

# GACETA MÉDICA

## DEL NORTE

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y FARMACIA

DEDICADA Á LA DEFENSA DE INTERESES CIENTÍFICO-PROFESIONALES EN GENERAL

Y ÓRGANO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Época tercera

BILBAO 25 de Marzo de 1899

Año V—Número 42

### CRÓNICA

Cada vez debe uno fiarse menos de nadie. Se había discutido la acción etiológica de las ostras en la fiebre tifoidea; sabíamos que ciertos peces averiados producían graves ictiosismos, como en nosotros el atún (cimarrón) y otros dan grandes eritemas urticados más aparatosos, sin embargo, que graves; pero como si esto fuera poco, recientemente se ha comprobado en un hospital de Lyon el hecho de **transmisión de la psorospermia** del barbo, el inocente barbo, á un enfermo que dió en comerse tencas una temporada sin saber que entre tales habitantes del Ródano reinaba mortífera epidemia de este mal.

=Los peces, sin embargo no nos son tan enemigos como los insectos que actualmente van jugando tanto papel etiológico: los mosquitos en la malaria, las moscas en pústulas diversas, las pulgas mismas, convenidas con las ratas, en la peste. En el último Congreso Ornitófilo de Graz (Austria) L. A. Levat viene á poner el dedo sobre la llaga, comprendiendo á toda la clase. La **desaparición del pájaro** y la **multiplicación del insecto** son dos hechos conexos, lógicos, consecuentes uno de otro. Ante la nefasta tendencia del ornithicidio, hija del lucro y de la vanidad, de la ceguera de las masas, los insectos, en cambio, dice Levat, pululan y realizan impunemente sus destrozos. La alfalfa, avena, el olmillo, el pino, el albérchigo, todo esto sucumbe á sus ataques «sin contar las enfermedades parasitarias, hongos, antracnosis de la vid, mildew, etc., propagadas indirecta-

mente por el insecto que retiene entre sus patas y mandíbulas los esporos, activa el incendio, extiende la plaga en un amplio radio». Ante este peligro de la agricultura europea, Levat, que no olvida las medidas violentas y justas, opinando más por la persuasión exclama: «¡Ojalá el labrador pueda pronto inculcar á sus hijos el respeto hacia sus alados colaboradores!»

—En este sentido deben haberse inspirado también los propagadores de esa nueva fiesta del árbol, realización del gran Franklin quien ante la vista de alguno de ellos siempre exclamaba: por aquí ha pasado un hombre útil. Tal debe ser también la idea que anima á nuestro Municipio al exornar con máximas prácticas los **parques y jardines** públicos de la villa, con sus placas inscriptivas. Algo es algo ¿pero es algo? Há tiempo que el Arenal viene padeciendo de calvicie: tan pocas raíces... de árbol le quedan ya que en él todo se clarea (para mayor ilusión el asfalto de sus alamedas, en día de lluvia, brilla como brillar puede la más reluciente cabeza de un calvo).

En cambio, ni un acuario, ni una pajarera, ni un raro animal, ni un reloj de sol, ni esos cuadros de horarios comparativos, ni veletas, ni barómetros de comprobación, ni un termómetro consultor, ni una esfera, un árbol rotulado, un busto célebre, ni un capricho artístico, nada de eso que al par de distraer ilustra y beneficia, sobre todo á los niños, ese pueblo del mañana; al pueblo, ese eterno niño por su ignorancia de siempre. ¿Ha hecho algo el Municipio? Con buena intención, sin duda, su fruto será nulo á nuestro juicio. La primera inscripción, y ella me basta, que he podido leer en el Arenal, dice así: «La flor embellece á la planta como la virtud al hombre. Deleitaos en las flores como en la pureza del alma». Hermoso consejo si nuestro Municipio tuviera siquiera algunas nociones del alma del niño tan poco hecha á la abstracción. Porque á cualquier niño se le ocurre que poner esa inscripción en un punto en donde la flor. (término de comparación delectable) no existe, es originalidad muy cándida que incita á hacer que tampoco exista la pureza, por falta de objeto á que referir!o. Y los niños son más lógicos (la lógica es la ciencia más inferior y primitiva) de lo que parece. Esto es, sin embargo, dado caso que no se cuenten como flores las albas eflorescencias primaverales de árboles y arbolillos dispersos en el paseo; que de ser así la lógica no puede, médicamente al menos, ser más contundente entonces: es de rigor que allá donde abundan las flores blancas no falten siquiera algunas placas. Y puede que sea esto lo que se quisiera demostrar.

—*Aliquando bonus dormitat Homerus.* El cirujano francés Berger,

pensando que las partículas de saliva proyectadas al hablar durante una operación, podían causar la infección de las heridas ha adoptado sistemáticamente, y dice que le va muy bien, el uso de la máscara ó **cubrebocas en las operaciones**. ¡Cosas de los tiempos! Primero nos descalzábamos, después nos pusimos delantal, más tarde vino el guante, ahora el bozal! Á que nos resulta todavía que el tipo ideal del futuro cirujano va á ser el de un mudo en carnaval? Verdad es que tanto han hablado los sacamuelas que la contrareacción debe ser radical.

—**El valor y la procreación de sexos** no parece que hasta la fecha guardaban relación alguna. Pero no es así y yo, á fuer de fiel cronista debo comunicaros que varios médicos de New York, advertidos del aumento de 2 % en los nacimientos de varones de la ciudad, durante los meses de Enero y Febrero, atribuyen el hecho al espíritu marcial de que la población estaba animada antes y durante la guerra con nuestra nación. Si la deducción es acertada compadezcamos, sin embargo, á nuestros vencedores; porque de seguir á este paso y al mismo tiempo continuar la cuestión de las Filipinas no les va á nacer de aquí á poco ni una hembra, y entonces ¡adiós procreación de ninguna clase! Expectemos laborando serenamente.

DR. LESMES.

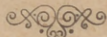
---

## BIOLOGÍA

---

**Poder reductor de los tejidos.**—Estudiando Henri Helier (Academie Scienc. de París) en el hígado y páncreas el poder reductor de los tejidos (que para él sería la cantidad de oxígeno que un gramo de este tejido es capaz de quitar al permanganato potásico para reducirle al estado de sesquióxido de manganeso) ha observado que, para ambas glándulas, comienza después de las comidas una caída del poder reductor, la cual es completa hacia la tercera hora. Después el poder éste se eleva á medida que se asimilan los productos de la digestión.

Mas no sólo el acto digestivo, que determina el funcionamiento de estas glándulas, es causa del fenómeno. En un animal que de ordinario come á las 8 de la mañana, la célula hepática comienza á funcionar á eso de las 10 y esto, *come ó no come* el animal. A las 10 la célula tiene hábito de funcionar y funciona por su memoria celular.—M. V.



## CIRUJÍA

### Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

(Sesión de 24 de Febrero de 1899)

#### Parálisis ocasionadas por la luxación del hombro

Señor *Abad* (D. Cipriano). El cumplimiento de una obligación moral para con la Academia y el deseo de proporcionar todo el bien posible á la enferma, me han movido á presentaros este caso clínico.

Se trata de una señora de 50 años, múltipara, de buena salud habitual, sin antecedentes patológicos que se relacionen con la enfermedad que le aqueja.

Refiere que el día 31 de Octubre de 1898 sufrió una caída, recibiendo un fuerte golpe en el hombro y brazo izquierdos, sintiendo desde ese momento, dolores fuertes en dichos puntos y en especial en la región infraclavicular. Cuando la vi (19 de Noviembre) pude observar un grande equimosis en la parte superior y posterior del brazo y una luxación intracoracoidea con dolores tan intensos, que apenas permitía se la tocara. Mi primera idea, y así lo creí indicado, fué reducir la luxación: procuré hacerlo por el procedimiento de Kocher y no me fué posible, por lo que desistí de toda maniobra hasta el día siguiente. En este día, acompañado de mi amigo y compañero don Juan Goiricelaya, conseguimos hacer la reducción por el procedimiento de extensión horizontal; una vez hecha la reducción, coloqué en flexión el antebrazo sobre el brazo colocando un pañuelo en forma de charpa y recomendándola la quietud durante unos días, que le hicieran un ligero masaje en el hombro y brazo, y que después podría empezar á hacer algún movimiento con la articulación luxada.

No creo pertinente hablaros de las luxaciones escapulo-humerales: son tan frecuentes, que creo no habrá uno de vosotros que no haya tenido necesidad de intervenir en casos parecidos. Lo especial del caso no es la luxación, sino la parálisis persistente consecutiva.

Algunos días después, vuelvo á ser llamado por la enferma y me encuentro que habían desaparecido los dolores, pero que no podía mover el brazo. La examino con detención y pude apreciar, lo mismo que habéis podido observar hoy, una parálisis del brazo izquier.

do con anestesia localizada por debajo de una línea trazada á dos ó tres centímetros por encima del codo, conservando los movimientos de ascensión del hombro, y la sensibilidad desde la línea derecha hacia arriba. Creí se trataba de una parálisis compleja del plexo braquial ya completa ó del paquete nervioso en el hueco axilar. Los traumatismos y en especial las luxaciones del hombro y sobre todo las subcoracoideas é intracoracoideas, producen con bastante frecuencia estas parálisis, asemejándose á las de Dubois que fué el primero en describirlas con el nombre de neuritis apoplejiforme.

Es muy posible, que la cabeza del húmero luxada y colocada por debajo y por dentro de la apófisis coracoides haya comprimido el plexo braquial al nivel de la segunda costilla. Si no ha habido más que una compresión del plexo y la parálisis es debida á la neuritis apoplejiforme de Dubois, es posible que la enferma cure, pero si esta neuritis ha producido la degeneración de algunos de los ramos del plexo podía mejorar, pero nunca recobraría los movimientos completos.

He pensado varias veces si se tratará en esta enferma de una parálisis radicular tipo (Klumpke); pero á pesar de observar con cuidado á la enferma desde hace tres meses, ni he podido apreciar los trastornos óculo-pupilares: la miosis y la estrechez de la hendidura palpebral, ni el aplanamiento de la mejilla del lado afecto, por lo que he desechado este diagnóstico, que no es de gran interés para el tratamiento puesto que es el mismo; aunque sí le tiene para el pronóstico que lo creo fatal.

El tratamiento empleado ha consistido en el masaje y la electricidad, sin que hasta la fecha se haya obtenido resultado alguno.

Someto, pues, cuanto dejo expuesto á la consideración de los señores académicos, á fin de que me ilustren acerca de la patogenia y tratamiento de las parálisis ocasionadas por el traumatismo citado.

Señor *Areilza* (D. Enrique). Nada más interesante, señores, que el caso que acaba de exponer y presentar el señor Abad y debemos felicitarle por la oportunidad de su debut académico con un asunto que tiene verdadera importancia para todo quien se dedica á la práctica médica. Por fortuna no son frecuentes, mas ocurren hechos semejantes, en que el médico llamado á reducir una luxación del hombro cree haber terminado su cometido al encajar la cabeza en la cavidad glenoidea enterándose más tarde con desagrado de la existencia de una parálisis de más ó menos extensión en el miembro. Difícil es convencer al enfermo y á la familia de que el accidente es ajeno á las maniobras de reducción, quedando el médico bajo acusaciones y

responsabilidades que de ningún modo pueden caberle, puesto que la parálisis es coetánea con la primitiva lesión traumática.

Es por otra parte de gran actualidad la historia clínica, porque veáis en estos momentos á las parálisis braquiales ocupando á otras Academias y Revistas, cual si médicos y cirujanos tuvieran empeño en disipar las dudas que han venido reinando en su patogenia.

Estas parálisis, mencionadas en la ciencia desde Erasistrato, 300 años antes de Jesucristo, fueron atribuidas por casi todos los cirujanos á compresiones del plexo braquial, hasta que Malgaigne sometió el asunto á una serie de experiencias de anfiteatro. Dedujo de ellas, que la teoría de la parálisis por compresión era totalmente inexacta, puesto que en ninguna variedad de dislocación se pone la cabeza humeral en contacto con el plexo: pero en cambio, emitió la hipótesis de que su verdadera causa estribaba en el estiramiento ó elongación que los nervios sufrían en el momento del traumatismo, ó en las maniobras reductoras.

Panas quiso comprobar los experimentos de Malgaigne y llegó á conclusiones enteramente opuestas. Por de pronto negó que los nervios se alargasen en la mayoría de las luxaciones; y sostuvo, que salvo en la llamada *luxatio erecta*, los nervios más que distendidos, se encuentran flácidos. Confirma en parte la idea antigua de que el plexo pudiera ser comprimido, admitiendo que en la variedad intra-clavicular era extrangulado entre la cabeza y la segunda costilla. Las observaciones clínicas desmintieron también las afirmaciones de Panas presentando inmediatamente casos de parálisis en luxaciones distintas de las intra-claviculares; y casos de dislocaciones intra-coracoideas *sin género* alguno de trastorno nervioso. Al mismo tiempo, fué posible demostrar lesiones anátomo-patológicas en los nervios, correspondiendo á procesos de elongación y arrancamiento. Es decir, que bajo ningún concepto fueron de provecho las experiencias de Panas excepto si se quiere, en que puede darse el caso de que en algunas dislocaciones intra-coracoideas se comprime alguno de los cordones del plexo braquial. ●

Es indudable que hay una variedad de parálisis limitada al nervio circunflejo, que se explica perfectamente por el estiramiento del mismo, como se ha comprobado por investigaciones tan exactas como las referidas por Nicaise. Fácilmente, este nervio que rodea la cápsula articular, separado de ella por un tejido celular ligero, es violentado en algunas luxaciones y corre la suerte del músculo subescapular sobre cuyo borde inferior se desliza. La parálisis limita su acción al músculo deltoides innervado por él, siendo posible re-

conocerle á pesar de la impotencia funcional engendrada por la luxación, porque coexiste con una zona anestésica en la piel que cubre dicho músculo. De modo que el cirujano puede muy bien pronosticarla antes de emprender maniobras de reducción.

Debemos hacer constar, sin embargo, que la oscuridad patogenética de las parálisis traumáticas, ha consistido principalmente en la dificultad de explicarse la irregularidad topográfica de las zonas aquinésicas y anestésicas que no corresponden en general, á la zona de inervación de un cordón determinado. Gracias á la patología médica se ha exclarecido este punto con el descubrimiento de las llamadas parálisis radicales. Duchenne fué el primero que se fijó en las parálisis obstetriciales del feto notando que se referían casi siempre á un grupo de músculos formado por el deltoides, biceps, braquial anterior y supinador largo y cuya inervación corresponde á tres cordones distintos; es decir, el primero al circunflejo, los dos siguientes al cutáneo y el último al radial. Después de crear Duchenne lugar aparte para estas parálisis, Erb descubrió que eran producidas por una lesión en una región común de la médula espinal correspondiente al origen de las raíces cervicales quinta y sexta creando así el tipo llamado de Erb-Duchenne.

Los estudios sucesivos de Mlle. Klumpke, Feré y otros han ido disociando el origen radicular de las diferentes ramas emanadas del plexo; y las observaciones de lesiones vertebrales, medulares y de las mismas luxaciones del hombro han acabado por despejar la incógnita de estas parálisis formando ya un capítulo especial de la patología que no hemos de repetir en este lugar.

De modo que en el estado actual, cabe admitir las variedades siguientes de parálisis consecutivas á las luxaciones del hombro:

*Del nervio circunflejo*, por desgarró del mismo, en las luxaciones intraclaviculares. Tiene por síntomas, parálisis deltoidea con anestesia contigua.

*Por compresión fascicular*. En la misma variedad, al extrangular uno ó más cordones entre la segunda costilla y la cabeza humeral, se caracteriza por anestias y aquinesias cuya topografía corresponde á la distribución cordonal.

*Por lesiones de las raíces*. No corresponden á variedad determinada y se manifiestan por alteraciones sensitivas y motrices distribuidas según los territorios radicales.

Refiriéndonos ahora al caso presentado por el señor Abad nos inclinamos desde luégo á considerarlo como una parálisis radicular originada por la distensión del plexo en el momento del traumatismo.

Pertenece al tipo llamado total en que son interesadas todas las raíces que concurren á formarle, ó sea la quinta, sexta, séptima y octava cervical, y la primera dorsal. Hay, por lo tanto, aquinesia completa de todos los músculos del miembro; y si bien es verdad que aun conserva ligeros movimientos de elevación del hombro débese á que se hallen íntegros el trapecio y el angular del omoplato, inervados por el espinal, nervio que, como sabemos, posee raíces cervicales.

Es también característica la distribución de la sensibilidad: abolida hasta el codo y casi intacta desde allí hacia arriba, singularmente en la cara interna del brazo, demuestra que las raíces segunda y tercera dorsal encargadas de la inervación de este territorio han permanecido ajenas á la lesión traumática.

Es cierto que la enferma no acusa alteraciones óculo-pupilares puesto que no hay miosis, ni parálisis óculo-palpebrales, ni hundimiento del globo etc. etc., síntomas todos que dan gran relieve á la enfermedad facilitando singularmente el diagnóstico; pero esto no quiere decir que falten lesiones radiculares; significa únicamente que el arrancamiento ó la distensión ha tenido lugar fuera de los agujeros de conjunción ó sea después que la primera raíz dorsal ha suministrado el ramo comunicante del gran simpático; ramo encargado de las fibras radiadas del iris, del músculo óculo-palpebral etc. etc. Hay muchos casos como el presente en que faltan estos fenómenos y no es necesario apelar á la literatura médica, porque son de todos conocidos. No podemos por el momento fijar la intensidad de la primitiva lesión y es aventurado cuanto se afirma de si las raíces están arrancadas, dislaceradas ó simplemente distendidas. Respecto las alteraciones secundarias es posible que á esta fecha pueda comprobarse ya la reacción degenerativa de los nervios, y que no tarden mucho en aparecer trastornos tróficos en todo el miembro.

El pronóstico grave del padecimiento no excluye que se haga cuanto sea posible por aliviarle empleando un tratamiento eléctrico racional y perseverante que es, hasta ahora, el único remedio que ha dado algunos resultados en parálisis tan rebeldes.

Señor *Abad*. Con verdadero placer he oído al señor Areilza, y no me extraña ni sorprende la interpretación y diagnóstico que ha hecho del caso clínico que he tenido el honor de presentaros, cuya presentación me congratulo haya sido bien vista por la Academia y haya merecido fijar la atención de tal autoridad en esta clase de estudios.

Hace tiempo en verdad que las Academias y revistas se ocupan en el estudio de estas parálisis, ya de antiguo conocidas, aunque de



diferentes modos interpretadas, lo que prueba la dificultad de establecer diagnósticos precisos, atribuyéndolas unos, á compresiones, estiramientos y elongaciones del plexo braquial ó de algunos de sus ramos, mientras que otros las creen radicales, es decir, parálisis debidas no solamente á arrancamientos de las raíces propiamente dichas, si no tambien á las resultantes de lesiones que interesan los pares nerviosos, que toman parte en la constitución del plexo.

Fundaba mi diagnóstico, en que la luxación fué intracoracoidea, luxación en la que no podrá negarse puede ser comprimido el plexo al nivel de la segunda costilla, en haber estado la luxación doce días sin reducir, el haber sido el traumatismo relativamente pequeño (pues según refiere al subir á la cama, cayó sobre la mesilla de noche) para que se pudieran producir lesiones en las raíces, y por último me inclinaba á desechar la idea de que se trata de una parálisis radicular, por no haberse presentado fenómenos óculo-pupilares, después de dos meses, que han pasado, desde que se produjo la luxación: bien sé y en esto coincido con el señor Areilza, que la lesión pueda radicar por fuera de los agujeros de conjunción y por esto no presentase los fenómenos óculo-pupilares, pero esto no es lo frecuente. Fundados en los experimentos de Feré hechos en animales, determinando el modo de asociación de los pares que forma el plexo braquial y su disociación después, experimentos que publicó en los Archivos de neurología el año 1883, creía yo podía tratarse de una parálisis tipo inferior puesto que la zona anestésica, se encuentra dos á tres centímetros por encima de la flexión del brazo y no como S. S. dice parálisis superior ó Duchenne Erb. De todos modos, si bien tiene importancia para el pronóstico, no la tiene para el tratamiento que en cualquiera de los dos casos es el mismo.

---

## MEDICINA PRÁCTICA

### Un caso de pitiriasis rosada de Gibert

*(Su confusión con la roséola sifilítica)*

A mediados del mes de Diciembre próximo pasado, se presentó en mi consulta un joven de 28 años de edad, que venía sufriendo hacía ya seis semanas de una afección de la piel, que en el momento del examen ofrecía los caracteres siguientes: Manchas de color rosado del tamaño de una moneda de 50 céntimos próximamente, ocupaban toda la parte anterior del tronco, desde la región cla-

vicular hasta el pubis. Estas mismas manchas, circulares en su mayoría y algunas ligeramente ovales, se veían también en la pared lateral izquierda del tronco; pero en la pared lateral derecha se habían ya reunido por sus bordes formando una placa bastante extensa que se prolonga desde la séptima costilla, hasta la duodécima próximamente, y cuya anchura no pasaría de diez centímetros.

Estas manchas no ofrecían relieve alguno, y al rascarlas con la uña, desprendíanse de ellas ligerísimas escamas blancas á manera de polvillo blanco y sutil. Esta descamación era más abundante en el centro de la mancha que en la periferia. En la placa del lado derecho del tórax, la descamación era abundante y los bordes de aquélla ofrecían coloración roja mucho más viva que la región central. La cara, el cuello, los brazos y la parte posterior del tórax estaban completamente exentos de ellas.

El enfermo nunca experimentó ni picazón, ni ardor, ni otra molestia que le advirtiese la presencia del mal. Una mañana al mudarse la ropa interior, observó en el pecho y en el vientre manchas rosadas del tamaño de una lenteja, que le cubrían las mencionadas regiones. Estas manchas fueron creciendo luégo poco á poco hasta adquirir el tamaño de un céntimo de peseta, y entonces, preocupado ya ante la persistencia y desarrollo de la erupción, fué á consultar al médico de su pueblo. Apenas vió el facultativo la erupción, hizo el diagnóstico de roseola sifilítica y le prescribió la medicación mercurial. En vano le hizo observar el enfermo que no había tenido ningún otro síntoma de sífilis, el médico insistió en que á pesar de la carencia de otras manifestaciones, la roseola era tan típica y tan clara que no daba lugar á duda ninguna.

Yo estoy seguro de que si el mencionado profesor, hubiese observado la erupción en la época en que yo le vi, ó sea cuatro semanas después, no hubiese cometido semejante error de diagnóstico, y de confundir la enfermedad en este período por mí descrito, es indudable que lo hubiera hecho con otras afecciones que se le parecen mucho más que la roseola sifilítica.

Cuando yo vi al enfermo, hice el diagnóstico de pitiriasis rosada de Gibert aunque no de una manera absoluta; pero la evolución que siguió este proceso patológico y la sencillez de los remedios con que curó dieron plena confirmación á mi diagnóstico.

Antes de entrar de lleno en la descripción y sobre todo en el diagnóstico diferencial de la pitiriasis rosada de Gibert, pongamos en claro si el médico que confundió dicha pitiriasis con la roseola sifilítica, cometió error tan grande como el que á primera vista parece desprenderse de esta descripción.

Asistía yo el año 1890 á la consulta de enfermedades sifilíticas y de la piel que en el Hospital de San Luis tienen los principales maestros de la dermatología en Francia. Una mañana, presentóse en la consulta del ilustre Fournier, un joven de unos 17 años; iba desnudo hasta la cintura, para mostrar por completo la erupción que se presentaba especialmente en la parte anterior del tronco, y apenas lo

observó el sabio dermatólogo, dijo mirando á los que le rodeábamos:

«Hé aquí un bellissimo ejemplar de roseola sifilítica.» Y tan seguro creía estar el sabio profesor de lo que decía, que añadió dirigiéndose al enfermo: «Á ver dónde está ese chancro sifilítico.» Pero con grande extrañeza del maestro el chancro duro no apareció por ninguna parte. Se examinó detenidamente el glande para ver si se encontraban vestigios de alguna cicatriz, se hizo el mismo escrupuloso examen en el prepucio con igual objeto, pero nada pudo encontrarse que certificara la existencia de un chancro ya curado.

Se buscaron luego con gran interés los infartos ganglionares y ni en las ingles, ni en el cuello, ni en ninguna otra región del cuerpo pudieron encontrarse. Tampoco se descubrieron placas mucosas en los labios, en la lengua, ni en la faringe. En cuanto á los síntomas subjetivos el enfermo nunca había experimentado la cefalea ni los dolores osteocopos, ni ninguna otra molestia propia de la infección sifilítica.

Ante este resultado negativo de la investigación, el sabio dermatólogo no se decidió á emplear desde aquel momento el régimen mercurial y aconsejó al enfermo que volviese á la consulta de la semana siguiente.

Pero el enfermo al verse objeto de tanta curiosidad y de tan detenido examen entró en aprensión y no tuvo paciencia para esperar á la otra semana; así es, que al día siguiente, presentóse de nuevo en la consulta del Hospital San Luis. Esta vez correspondíale al doctor Tenneson pasar la visita, y al reconocer al enfermo que en la consulta anterior había diagnosticado el doctor Fournier de roseola sifilítica, ocurrió poco más ó menos la misma escena. «Hermodiosa roseola sifilítica» exclamó el maestro. Pero le ocurrió lo mismo que al doctor Fournier; por más que buscó síntomas específicos, con gran sorpresa suya, no pudo encontrarlos.

Le ocurrieron, como es natural, las dudas consiguientes, y aconsejó al enfermo que volviera á su consulta en la semana próxima.

Pero más impresionado aún el enfermo por este nuevo reconocimiento, volvió al Hospital al otro día para que le viese el doctor Quinquaud á quien correspondía la consulta del miércoles.

Excuso decir que esta tercera escena, fué exactamente igual á las dos anteriores: sorpresa del profesor y recomendación al enfermo para que volviese la próxima semana á su consulta.

Ya no volvimos á ver más al enfermo hasta el lunes de la siguiente semana en que el doctor Fournier celebraba su consulta.

Para este día la dermatosis del joven había sufrido algún cambio

que para un profesor tan experimentado como el doctor Fournier no pudo pasar desapercibido. Las manchas rosadas del tamaño de un céntimo de peseta, que cubrían toda la región anterior del tronco y se extendían por los muslos hasta muy cerca de la rodilla, habían tomado coloración más oscura, y al rascarlas con la uña desprendíanse de ellas ligerísimas escamas blancas. Al observar esto el profesor, rechazó por completo su primer diagnóstico y lo sustituyó por el de pitiriasis rosada de Gibert.

En esta fecha aun conservaban las manchas su independencia, es decir que no se ensancharon reuniéndose por sus bordes para formar placas grandes de contornos redondeados, y como el tamaño y confluencia de dichas manchas no había aumentado nada, supongo continuarían en el mismo estado hasta su desaparición.

No tengo que añadir que los otros dos profesores rectificaron también su diagnóstico, estando enteramente conformes con la opinión del doctor Fournier.

Yo nunca había visto una afección de la piel tan parecida á la roseola sifilítica, como aquel caso de pitiriasis rosada de Gibert. Tan grande era su parecido, que á los ojos más experimentados dió lugar á un error de diagnóstico. Creo también que si por cualquiera otra circunstancia el enfermo hubiese presentado infartos ganglionares ú otro síntoma que pudiera confundirse con una manifestación sifilítica, se le hubiese ordenado el tratamiento mercurial.

Pasaron algunos años y llegó el mes de Febrero de 1895. Asistía yo á la consulta gratuita que en el Hospital de San Juan de Dios, celebraba el sabio profesor de dermatología y sifiliografía del Colegio de San Carlos, D. Juan Azúa, cuando, una tarde, tomando un modelo del museo de dermatología, que representaba un caso de pitiriasis rosada de Gibert, nos hizo una brillante descripción de esta enfermedad. Yo observé que al hacer el diagnóstico diferencial no se ocupó para nada de la roseola sifilítica; así es, que, cuando hubo terminado su conferencia, me acerqué á él y le dije que me extrañaba que hubiese pasado por alto el diagnóstico diferencial entre la pitiriasis rosada y la roseola sifilítica.

Sorprendióse el señor Azúa al hacerle semejante observación, pero yo, que recordaba perfectamente el caso del Hospital de San Luis, insistí en la posibilidad de semejante confusión, y como á pesar de esto el mencionado profesor continuase creyendo muy difícil confundir la roseola sifilítica con la pitiriasis rosada, le referí el caso ocurrido en París á los maestros más eminentes de la dermatología.

La relación que acabo de hacer nos pone, por consiguiente, de ma-

nifiesto, la gran facilidad con que hasta los médicos más experimentados y los dermatólogos más ilustres, pueden confundir en algunos casos la pitiriasis rosada con la roseola específica. Nada tiene, pues, de extraño que un médico de pueblo que tiene que ser especialista en todas las enfermedades, cometiese el mismo error.

De todo lo dicho hasta ahora se deduce que ni aun especialistas tan ilustres como Fournier, Tenneson, Quinquaud y Azúa no llegaron á creer muy fácil semejante confusión, pues su larga experiencia nunca les había ofrecido en la práctica semejantes dudas.

Y no es que los autores dejen de señalar en sus obras de dermatología, la diferencia que existe entre ambas afecciones; lo que sin duda alguna sucede, es que deben ser muy raros los casos en que ésta confusión sea posible, y hasta los profesores más sabios llegan, por decirlo así, á olvidarse de hacer semejante distinción.

Berlitz en su *Manual práctico de enfermedades de la piel* establece el diagnóstico entre la roseola y la pitiriasis rosada; y lo mismo hacen en sus obras Dering, Brocq, Bazin y Kaposi. Hardy no hace mención de este diagnóstico, y los autores que acabo de mencionar y otros muchos lo mencionan en su mayoría muy someramente.

Kaposi, que llama á la pitiriasis rosada, *herpes tonsurans maculoso y escamoso* y la incluye en su capítulo de *tricofitía generalizada* dice así refiriéndose á esta afección:

«Su forma en círculos rojos y escamosos crea á veces dificultades de diagnóstico entre ella y los círculos aislados de sífilis y el psoriasis anular. El herpes tonsurans maculoso, se parece en efecto mucho, del tercero al cuarto día de su desarrollo, á una erupción aguda generalizada de psoriasis ó de roseola; pero desde que se pueden reconocer las escamas centrales finas y delgadas de las manchas, el diagnóstico es evidente. Se comprende, por lo dicho, muy difícilmente que se haya confundido bastante á menudo el herpes tonsurans con la roseola sífilítica, que carece en absoluto de descamación.»

Ernesto Basnier y Adrián Doyon, traductores al francés del texto alemán de Kaposi, añaden al llegar á este punto, la siguiente nota:

«Si la confusión entre la roseola sífilítica y la tricofitía cutánea, no ha sido hecha por los dermatólogos sino muy rara vez, lo ha sido en cambio y lo es hoy muy frecuente entre los médicos poco versados en las afecciones cutáneas.»

Sin embargo, yo creo que á pesar de esta afirmación de tan eminentes profesores, es muy fácil confundir la roseola sífilítica con la pitiriasis rosada ó viceversa, aun por los dermatólogos más experimentados, durante la primera y aun la segunda semana después de

desarrollada la pitiriasis, como lo comprueba perfectamente el caso del Hospital San Luis.

La pitiriasis es afección de curso bastante variable y si bien es cierto que la descamación comienza generalmente del cuarto al sexto día, otras veces no se presenta hasta la segunda ó tercera semana, como ocurrió en el caso de San Luis.

Además, hay que tener en cuenta que generalmente, las escamas de la pitiriasis rosada son poco abundantes y á veces para descubrir la descamación durante los primeros días, es preciso rascar con la uña las placas que, á simple vista, no demuestran la existencia sobre ellas de las escamitas que apenas hacen disminuir su coloración rosada. Esta circunstancia ha hecho también que en muchos casos se haya considerado la descamación más tardía de lo que en realidad era, aumentando esto las dudas, y haciendo más larga la confusión entre esta enfermedad y la roseola sifilítica.

En el caso del Hospital San Luis, la descamación no comenzó hasta después de las dos semanas, y en el caso por mí descrito no debió comenzar hasta después de terminarse la primera semana, contando desde el día en que el enfermo observó la erupción. Lo que sí está verdaderamente fuera de duda, es que la confusión entre estas dos afecciones, es de todo punto imposible después de iniciarse el período de descamación.

Por consiguiente, cuando veamos un enfermo con una erupción, que por todos sus caracteres nos parezca la roseola sifilítica pero sin que encontremos en el individuo ningún otro síntoma específico lo prudente, antes de establecer un diagnóstico, es esperar una, dos ó tres semanas hasta que el curso de la enfermedad nos indique su naturaleza.

Esto no quiere decir que la pitiriasis rosada, en los primeros días de su aparición se confunda siempre con la roseola sifilítica, pues por regla general esta pitiriasis, aun en sus primeros períodos, no tiene parecido alguno con la roseola.

La pitiriasis rosada suele presentarse con muy diversos aspectos. Unas veces sólo está constituida por elementos circinados y discretos, otras consiste en placas rosadas y discretas, apenas escamosas; y en algunas ocasiones la erupción es tan roja, inflamada y abundante, que es comparable á un brote agudo de eczema.

Según Brocq, la pitiriasis rosada comienza casi siempre por una placa única á la que da el nombre de *primitiva*, y cuyo tamaño oscila entre algunos milímetros y dos ó más centímetros de diámetro. Esta placa persiste sola durante varios días, hasta que simultánea-

mente aparecen los otros elementos eruptivos, que forman la erupción *secundaria*. La placa primitiva pasa muchas veces desapercibida, y al presentarse la erupción secundaria es cuando el enfermo se hace cargo de su afección.

Rara vez acompaña á la pitiriasis rosada prurito intenso, pero algunas veces la picazón es de las más vivas y molestas.

Según Thibierge, esta enfermedad nunca recidiva y su duración oscila entre algunas semanas y varios meses.

Los elementos de la pitiriasis, unos son pequeños diseminados, confluentes y mal limitados, y otros más grandes como medallones repartidos entre los elementos anteriores y que á veces se observan solos, constituyendo la variedad que se conoce con el nombre de pitiriasis circinada.

Yo he tenido ocasión de ver hasta hoy, seis pitiriasis rosadas de Gibert: la primera de ellas fué la que se confundió por los profesores de San Luis, con la roseola sifilítica; las otras cuatro también en la clínica de dicho Hospital, y que no ofrecieron dificultades para el diagnóstico y la sexta la que me ha dado ocasión para este insignificante trabajo y que fué confundida también en sus comienzos con la roseola sifilítica. Habiendo presenciado tan corto número de ejemplares, mi información particular para el diagnóstico no puede ser muy rica. A pesar de esto, creo que las afecciones con las que más fácilmente puede confundirse esta enfermedad, son la tricoficia y el eczema seborreico. Pero la marcha de la pitiriasis rosada es más aguda, más regular, más clínica que en la tricoficia ó herpes circinado; en esta última afección, los elementos eruptivos ofrecen gran diferencia de volumen comparados los unos con los otros, y aparecen también más localizados é irregulares en su extensión; además su coloración es más bien roja que rosada, suelen formar relieve bastante marcado y á veces se cubre de algunas vesículas y pústulas. En caso de grandes dudas, el examen microscópico de las escamas, nos pondrá de manifiesto los esporos y el micelium del *trichofiton*, en el herpes circinado.

En el caso de pitiriasis rosada que he visto en Bilbao no hice este diagnóstico de una manera absoluta, porque la placa que he descrito en el lado derecho del tórax, se parecía mucho al eczema seborreico, pues esta erupción ofrece á menudo en forma de placas redondeadas y cuya descamación suele parecerse á la de la pitiriasis rosada; pero la evolución del mal, me hizo salir de dudas. El enfermo curó en menos de dos semanas, con baños emolientes y unturas de glicerolado de almidón, cosa que no se hubiese conseguido siendo la enfermedad el eczema seborreico.

Se hace también el diagnóstico diferencial de la pitiriasis rosada con el eczema húmedo, la pitiriasis versicolor, la urticaria, ictiosis etc.; pero todas estas afecciones ofrecen en su curso, y aspectos, caracteres bastante distintivos para que podamos evitar el error. Hay, sin embargo, una afección, la pitiriasis circinada y marginada de Vidal que es muy difícil distinguirla de la rosada de Gibert, y del eczema seborreico. Por esta razón, la mayoría de los dermatólogos la incluyen según los casos, en una ú otra de dichas afecciones.

Además de lo que llevo dicho hasta ahora, otras muchas observaciones pudieran añadirse respecto de la sintomatología y diagnóstico de la pitiriasis rosada de Gibert; pero como no ha sido mi objeto escribir este artículo para los dermatólogos, á los cuales con mi escasa ilustración y pobre criterio nada podría enseñar, voy á dar fin á mi insignificante trabajo, recordando á los médicos en general, que no olviden nunca que hay una afección de la piel que en las primeras semanas de su desarrollo puede confundirse muy fácilmente con la roseola sifilítica. Este ha sido mi principal objeto.

Ya hemos visto que la pitiriasis rosada es enfermedad poco frecuente, y de pronóstico muy benigno; pero en cambio la roseola sifilítica es afección que abunda mucho y que revela siempre una infección grave.

De aquí se deduce la consecuencia práctica; pues la confusión de estas dos erupciones puede acarrear al enfermo grandísimas molestias y hasta producirle efectos que alcancen alguna gravedad. Si á un enfermo que no presenta más que la pitiriasis rosada de Gibert (1) le decimos que padece una infección grave como la sifilítica ¿en qué situación moral le colocamos? Esto aparte de los inconvenientes y trastornos tan grandes como los que siempre ofrece la medicación mercurial.

También puede ocurrir que un enfermo realmente sifilítico presente una erupción de pitiriasis rosada de Gibert, en cuyo caso la confusión de esta enfermedad con una dermatosis sifilítica es mucho más fácil. Moingeard, en su tesis de doctorado, refiere el caso de una joven de 27 años, que habiendo recibido la infección sifilítica de su marido, no cesó durante cuatro meses de seguir el tratamiento mercurial. Interrumpido éste, vió aparecer en su cuerpo una erup-

(1) Si alguno de los lectores quiere estudiar esta afección en los tratados de dermatología bueno será advertir que su sinonimia es muy variada *Pitiriasis circinata* y *maculata* (Daring). *Pitiriasis rubra aguda diseminada* (Bazin). *Eritema papuloso descamativo* (Vidal y Besnier). *Roseola escamosa* (Fournier). *Pitiriasis diseminada* (Hardy). *Herpes tensurans maculoso escamoso* (Kaposi). *Eczema eritematoso* (Wilson). *Pitiriasis circinada* (Morand).



ción, que el doctor Fournier diagnosticó de pitiriasis rosada, cuando la enferma acudió al Hospital San Luis. Esta erupción fué diagnosticada de dermatosis sifilítica por otro médico de París, el cual ordenó á la enferma las fricciones mercuriales, que no le curaron la erupción, pero le produjeron una intensa estomatitis que fué la causa de su ingreso en el Hospital.

F. ULACIA.

## FARMACIA

### Semeiología

#### Disquisiciones urológicas: Úrea. (Véase el número 40)

(Conclusión)

Y daremos fin á este artículo con el estudio de las relaciones que la úrea debe guardar con los elementos normales. Entre las causas que determinan variaciones en la eliminación de la úrea nos encontramos primeramente con la alimentación, una alimentación muy nitrogenada aumentará la proporción de úrea, mientras que las menos nitrogenadas harán disminuir considerablemente esta proporción, así vemos que Harley después de muchas experiencias ha fijado las cantidades de úrea eliminadas por un hombre sano, sometido á diversos regímenes anotando las cifras siguientes:

Régimen	Úrea escretada
Animal . . . . .	92 gramos
Mixto . . . . .	37
Vegetal . . . . .	28
No nitrogenado . . . . .	16

Varios han sido los autores que han hecho experiencias sobre el particular y algunos las han hecho sobre ellos mismos, entre éstos citaré á Oppenheim que se sometió al régimen siguiente: 300 gramos de carne, 400 de pan, 40 de mantequilla, 950 de leche y 500 c. c. de agua, tomaba estas substancias en tres comidas una á las siete de la mañana otra á la una de la tarde y la última á las siete de la noche, guardó una regularidad extremada en las horas de sueño, las de defecación, en los ejercicios musculares etc. el equilibrio nutritivo quedó establecido cuando la cantidad de nitrógeno de los ingesta era igual

á la de los excreta. A los cuatro días la cantidad de úrea, empezó á mantenerse constante y se observaron las cifras siguientes: gramos de úrea, 34 gramos, 34,9 gramos, 34,8 gramos, 34,7 gramos, 35,4 gramos, 34,7 gramos (media en 24 h. 0=17,3 gramos de nitrógeno); las materias fecales encerraban 1 gramo, de nitrógeno, el nitrógeno de los excreta era 17 gramos 3 el de los ingesta 18 gramos 9 (la igualdad absoluta no podía existir porque hay que tener en cuenta la cantidad de nitrógeno que se exhala por el pulmón, sudor, descamación de la piel etc. aunque ésta sea muy pequeña). Voit ha establecido un hecho que recibe el nombre de ley de Voit y dice que la cantidad de úrea es igual á la de nitrógeno que el organismo recibe por la alimentación. Bouchard deduce de estas experiencias que cada 100 gramos de carne ingerida aumente en 6 gramos la cantidad de úrea de las orinas. La alimentación es pues la causa que más influencia tiene en la eliminación de la úrea.

Otra de las causas que influyen en esta eliminación es la elevación de temperatura del cuerpo (por medios artificiales) los baños calientes, hacen menor la eliminación de úrea; los fríos la aumentan. Las experiencias practicadas sobre este punto son completamente contradictorias.

En ciertos estados febriles la úrea aumenta, en otros disminuye.

El agua obra favoreciendo la eliminación sin hacer que la cantidad de úrea aumente ó disminuya.

Un exceso de trabajo intelectual aumentará siempre la cantidad de úrea. El trabajo muscular parece que no tiene gran influencia sobre esta substancia.

El peso del cuerpo influye también en la eliminación de esta substancia. Uhle establece las cifras siguientes por kilogramos de peso en individuos sanos:

De 3 á 6 años . . . . .	1	gramo (cerca)
De 7 á 11 > . . . . .	0,80	>
De 12 á 16 > . . . . .	0,40 á 0,60	>
Adulto . . . . .	0,37 á 0,60	●

Del presente cuadro se deduce que la edad tiene influencia en la producción de úrea. A. Gautier dice que la orina del niño es vez y media más rica en úrea que la del adulto.

Algunas sales tienen también alguna influencia sobre la eliminación de la úrea: el carbonato amónico se transforma fácilmente en úrea, el ácido arsenioso disminuye la cantidad de úrea etc., etc.

La cuestión principal es fijar la cantidad de úrea que un individuo sano debe eliminar en 24 horas, como ésta varía con la alimentación

que en cada país es distinta, es necesario fijar una cantidad media de úrea no sólo para cada país si que también para las distintas clases de la sociedad. Numerosas son las experiencias hechas bajo este punto de vista y no las citaré, pero apuntaré las cifras encontradas por diversos urólogos en Francia, Inglaterra y Alemania. Se han tomado como base para estas experiencias las clases acomodadas y las cifras encontradas son las siguientes: En Inglaterra 34 á 36 gramos de úrea por 24 horas; en Alemania, 32 á 36, y en Francia, 31 á 34; como podemos observar la diferencia no es muy grande pero se ve que en Inglaterra y en Alemania que la alimentación es más nitrogenada, porque ingieren mayor cantidad de carne, la cifra de úrea es más elevada que en Francia donde la alimentación si bien es animal se consumen muchos vegetales.

No tengo noticias de que en España se hayan hecho experiencias sobre el particular y creo con fundamento que la cifra de úrea en nuestro país bajaría aún algo, yo de mí sé decir que en el número de orinas normales que llevo analizadas en Bilbao, entre clase acomodada, he encontrado cifras de úrea de 28 á 34 gramos y que en experimentos que he hecho durante largo tiempo con mi propia orina he encontrado casi constantemente la misma cifra de úrea 31 gramos el invierno 28 y alguna vez 25 el verano, llegando alguna vez como máximo á 38. Sin embargo estas cifras se ven elevarse á 40 y 60 gramos bajo la influencia de una fuerte alimentación. Tenemos pues que en Vizeaya la cantidad normal de úrea eliminado en 24 horas por un individuo sano debe ser de 28 á 35 gramos, bajando algo la cifra en el sexo débil. En mis hojas de análisis que hice con arreglo á las últimas del profesor Hayem tengo anotadas como cantidad normal de 25 á 30 gramos pero como se puede observar fácilmente la cantidad normal pasa de estas cifras en la clase acomodada.

En el estado de dieta un enfermo debe producir de 17 á 18 gramos de úrea por 24 horas, el enfermo que pase de esta cifra produce pues una cantidad de úrea superior á la normal.

Una vez fijadas estas cifras debemos tener en cuenta la relación que la úrea debe guardar con los demás elementos para sacar en consecuencia la actividad de que está dotado el organismo, pues puede muy bien ocurrir que la cantidad de úrea no llegue ó pase de la normal y la actividad orgánica esté en equilibrio por guardar perfecta relación estas substancias con los demás elementos.

Tenemos en primer término la proporción que la úrea debe guardar con los elementos solidos, esta proporción llamada también de coeficiente de Bouchard, sería de un uso muy práctico si la determi-

nación de los materiales sólidos en la orina no estuviera rodeada de serias dificultades, sin embargo de esto la proporción que debe existir según A. Robin es de 49,4. Hugueta da la misma cifra, Moreigne da el 60  $\%$ , nosotros tomándolo de Viellard para hacer más sencilla esta proporción y no dándola gran importancia por la razón indicada, nos colocaremos en un término medio y fijaremos esta proporción en el 50  $\%$ .

Viene después y esta es la más importante, la proporción del nitrógeno de la úrea con el nitrógeno total. Numerosos son los trabajos hechos sobre este particular por todos los autores citados en este artículo y no entra en sus proporciones el enumerarlos, digamos sin embargo que Bayrac sostuvo en Lyon una tesis muy notable sobre este particular y no puedo resistir á la tentación de reproducir aquí sus conclusiones principales.

1.<sup>a</sup> La proporción entre el nitrógeno de la úrea y el nitrógeno total ó proporción azotúrica (de que antes hemos hablado) varía en los individuos sanos de 80 á 99, no llega nunca á 100 y generalmente se obtiene la cifra 87.

2.<sup>a</sup> En el mismo individuo y durante el mismo día esta proporción puede variar.

3.<sup>a</sup> La proporción de dos días consecutivos no es la misma, pero la del primero y tercero y la del segundo y cuarto son casi idénticas.

4.<sup>a</sup> La cantidad de alimentos ingeridos influye notablemente sobre esta proporción, tanto más cuanto más se nutra el individuo pero sin bajar nunca de 80. El soldado en Francia cuya alimentación es justamente la suficiente tiene una proporción superior á 90, y esto demuestra que quema sus materiales completamente.

5.<sup>a</sup> La ingestión de una gran cantidad de agua aumenta la proporción, probablemente favoreciendo el pasaje de la úrea á la orina.

6.<sup>a</sup> La naturaleza de los alimentos no tiene influencia sobre la proporción, que sólo se altera por la cantidad.

7.<sup>a</sup> El trabajo muscular aumenta la energía comburente siempre que sea regular que no se le lleve á la fatiga en cuyo caso la proporción azotúrica bajará.

Bayrac pues adopta la cifra 87 $\%$  MM. Gely y Richet dan la de 84 $\%$  y la misma dan Bouchard y Hugueta Albert Robin la hace bajar hasta 80 $\%$ , Moreigne y Viellard encuentran débiles estas cifras y la hacen subir á 91 $\%$ , como se puede observar no reina la armonía que fuera de desear entre las cifras obtenidas por los diferentes semeiólogos que han tratado la cuestión, nosotros lo único que podemos hacer es colocarnos en el justo medio y seguir á aquellos que hayan

hecho mayor número de experiencias quedándonos por lo tanto con la cifra de Bayrac, Gely, Rochet, Bouchard y Huguet 78%.

El nitrógeno total de la orina mide la actividad de desasimilación de los albuminoides, mientras que el de la úrea está en relación con su grado de oxidación, ó si se quiere con la energía comburente, por consiguiente, una proporción azotúrica elevada nos indicará un *aumento en la asimilación*, una vida enaerobia muy intensa, mientras una proporción azotúrica débil es decir inferior á la normal indicará una *disminución de la desasimilación*. He aquí cómo la premisa sentada al principio de este artículo, cuando hablaba de la importancia de la úrea y cuando decía que de su dosificación y estudio podemos deducir la actividad orgánica resulta cierta.

Sobre la relación que deben guardar entre sí el ácido úrico y la úrea se han hecho grandes experiencias y no las citaremos en honor á la brevedad, basta saber que todos los autores dan gran importancia á esta relación y que colocándonos siempre en el justo medio y teniendo en cuenta que la alimentación en este país es en general mixta, la relación que estas dos cifras deben guardar entre sí es de 1 á 27.

Una de las relaciones más conocidas y estudiadas es la que guardan entre sí la úrea y el ácido fosfórico (fosfatos), dice Ivon que esta relación es tan constante que él no duda nunca en concluir que se halla en presencia de una fosfaturia, cualquiera que sea la cantidad de fosfatos eliminados siempre que esta relación se halle elevada, él señala la cifra de  $1 \frac{1}{8}$  del peso de la úrea. Albert Robin hace igualmente la comparación de estas dos cifras y fija la de 18% del nitrógeno total de la orina concluyendo cuando la relación pasa del 10% que existe una fosfaturia, pero distingue dos clases de fosfaturia una en la que la cantidad de ácido fosfórico está grandemente aumentada y que él llama fosfaturia absoluta y otra que la designa bajo el nombre de relativa en la que la cantidad bruta de ácido fosfórico no está aumentada ó ha disminuido en algo pero su relación con la cantidad de úrea no es de 18% y crece más ó menos pudiendo llegar á 30, 40 y aun á 50%. Claro se está que en este segundo caso no hay fosfaturia en el sentido absoluto de la palabra, lo que existe es una desasimilación exagerada de los órganos ricos en fósforo.

La relación de la úrea con los sulfatos es tan constante como la anterior y su cifra se fija en 20%.

Respecto de los cloruros diremos que algunos autores (A. Robin) determinan la proporción de cloruros no relacionándola con la úrea pero sí con el nitrógeno total, esta relación está sujeta á muchos

errores porque las variaciones que pueden tener los cloruros son muy grandes por no ser su dosificación siempre muy exacta.

Reasumamos en un cuadro todas estas relaciones y fijemos las cifras generalmente admitidas por los semeiólogos.

Relación de la úrea con los materiales sólidos . . . . .	50 %
» azotúrica (coeficiente de oxidación nitrogenada) . . . . .	87 %
» de ácido úrico con la úrea. . . . .	2,5 %
» » » fosfórico » » . . . . .	12,5 %
» » » » » el nitrógeno total . . . . .	18 %
» » los sulfatos con » » » » » . . . . .	18 á 20 %
» » los cloruros con la úrea . . . . .	40 %
» » » » » el Az T. . . . .	70 %

Y para finalizar este artículo que resulta más largo de lo que hubiéramos deseado, diremos que si bien algunos autores no dan gran importancia á estas relaciones, las experiencias han comprobado suficientemente su certeza y el urólogo debe tenerlas siempre presentes al hacer las conclusiones de todo análisis, limitándose á decir, si los elementos normales de la orina guardan ó no entre sí estas proporciones, para ilustrar al clínico sobre el estado de actividad y defensa del organismo y para concluir con este y otros datos si la orina que estudia es ó no patológica.

Ved pues que si en nuestro primer artículo ponderábamos la necesidad de hacer este estudio por lo menos una vez en cada individuo, lo hacíamos con el convencimiento pleno de poder confirmar nuestros asertos, y guiados solamente por el interés de generalizar estas ideas entre las clases médica y farmacéutica, imposibilitadas en general de poder leer las grandes obras por falta material de tiempo y algunas veces, y esto es lo peor, por falta de recursos para adquirirlas.

R. DE PINEDO.

NOTA.—En mi artículo anterior aparecían por un error de caja las erratas siguientes:

Página 116, línea 4.ª, dice: «Vemos, pues, que la úrea es un producto de oxidación y desdoblamiento primero y de hidratación después». Debe decir: «La úrea es un producto de hidratación y desdoblamiento primero y oxidación después».

Página 117, línea 25, dice: «Siendo este el último término de oxidación». Debe decir: «Siendo este uno de los términos de oxidación».

R. DE P.

## VARIA Y PROFESIONAL

### Colegio de Farmacéuticos de Bilbao

**Información.**—En la última sesión verificada por la Junta de Gobierno, se aprobaron todas las solicitudes de inscripción presentadas acordándose que proceda el Secretario á extender los títulos correspondientes para que los entregue el Tesorero mediante la percepción de *cinco pesetas* por cada uno. Sobre este punto ha rectificado la Junta su criterio de cobrar las *veinte pesetas* de que hablaba la circular del Presidente según acuerdo de la misma, fundándose en que consultado el caso con otros Colegios de España, se ha convenido, por bien general de la Clase, en no percibir por ahora, más que el derecho de inscripción según autorizan las Disposiciones transitorias.

Razones de economía, de unidad y de facilidades para los Colegiados han prevalecido para adoptar esta modificación, á pesar de que hace muy difícil la gestión económica en esta provincia, de tercera clase por categoría oficial, pero no más barata que otras de primera por sus costumbres sociales.

Más de cuarenta profesores se hallan inscriptos á esta fecha y tan luégo como esta cifra supere á la mitad más uno del total de los de la Provincia, se procederá á una convocatoria ó Junta General ordinaria en la cual se plantee y discuta la marcha que más convenga em prender y seguir la Colegiación.

Por nuestra parte nos permitimos excitar el celo, actividad y entusiasmo de los que no se han inscripto todavía para que lo hagan en breve, con objeto de que se pueda llegar cuanto antes al fin deseado.

#### *Solicitudes aprobadas:*

Don Diego Espada y Fonseca, Bilbao.

- » Juan D. Gáldiz y Mendiola, Bermeo.
- » Marcos Iruarrizaga y Aranguren, Villaro.
- » Elías López Bustamante, Portugalete.
- » Manuel Unceta y Urrengoechea, Bilbao.
- » Casto Garaigorta y Barrio, Erandio.
- » Francisco Barrera y Perea, Bilbao.
- » Francisco Eguiraun y Eguiraun, id.
- » Manuel Mas y Más, Santurce.
- » Lucas Puente y García, Abanto y Ciérbana.
- » Félix Pértica y Mazo, Guernica.
- » Quirino Pinedo y Basarte, Bilbao.
- » Valentín Ruiz y Zarzosa, Santurce.
- » Segundo de Isusi y Asua, Amorebieta.
- » Venancio Pérez Arrilucea, Orduña
- » Francisco Lanzagorta y Mugica, Zalla.
- » Manuel Picatoste y Sicilia, Santurce.
- » Félix del Rfo y García, Bilbao.



HEMEROTECA  
MUNICIPAL  
MADRID

- Don Ignacio Landázuri y Torrecilla, Durango.
- » Félix Vicuña y Lazcano, Baracaldo,
  - » José M.<sup>a</sup> Goicoechea y Alzuaran, Elorrio.
  - » José Elejoste y Soloeche, Durango.
  - » Cándido Zuazagoitia y Garro, Bilbao.
  - » Modesto García Borreguero, Portugalete.
  - » Miguel Martín Moro, San Salvador del Valle.
  - » Alejo Sarría y Alday, Algorta.
  - » Antonio Segura é Ibáñez, San Salvador del Valle.
  - » José Régil Peral, San Julián de Múzques.
  - » Luiz Artaza y Achica-llende, Bermeo.
  - » Juan Bautista Zobarán y Tellechea, id.
  - » Angel Paz y Varela, id.
  - » Primitivo Giménez Bretón, Ceánuri.
  - » José M.<sup>a</sup> Colina y Moncaleón, Sopuerta.
  - » Cándido Ruiz Portal, Carranza.
  - » Anselmo Montejo Mardones, Bilbao.
  - » Juan Ant.<sup>a</sup> Goicoechea y Olávarri, Lequeitio.
  - » Daniel Soto y Casado, Bermeo.
  - » Francisco Ortiz y Gallo, Lanestosa.
  - » Luis Blanco del Amo, Valmaseda.
  - » Pedro Villarreal y Garcés, Portugalete.
  - » Maximino Rincón Gómez, Bilbao.
  - » Ramón Madina y Ruiz, Abanto y Ciérbana.

**Incubadora cuna.**—Tal es la presentada por el Dr. Diffre (de Montpellier) en el último Congreso de Pediatría de Marsella, y de la que hace elogios, según *La Nature*, el profesor Budin. Sus características, entre otras, son la de su caldera herméticamente cerrada que evita el tener que mudar para nada el agua; su lámpara, cuyo gasto diario no representa más de 0,15 á 0,20 de peseta; su fácil asepsia por el fuego y sobre todo, su aspecto que aleja de sí la idea de vitrina de museo, instrumento ó cajón lúgubre de los demás aparatos de esta índole.

M. V.

**Los oxiuros vermiculares y la luz.**—En este país en que tanto abundan las ascárides lumbricoides y los oxiuros vermiculares, hemos tenido ocasión de observar que al hacer la antisepsis del intestino recto en los niños, previa dilatación digital del esfínter del ano, los parásitos salen á la acción de la luz natural y artificial, lo cual facilita extraordinariamente la curación de la dolencia.

Citamos el hecho por si fuera útil al tratamiento de los oxiuros, tan incómodos por el prurito anal que desarrollan.

DR. IGNOTUS.