

colorchecker classic



cm

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Y DEL

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA



AÑO 1907

BILBAO

REDACCION Y ADMINISTRACION

Librería Médica de M. Fuentes.—Bidebarrieta, 9

TELÉFONO 1148

calibrite

GACETA MÉDICA DEL NORTE

MCMVII

BILBAO

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

Y DEL

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA



HEMEROTECA
MUNICIPAL
MADRID

AÑO 1907

BILBAO

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Librería Médica de M. Fuentes.—Bidebarrieta, 9

TELÉFONO 1148

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

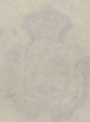
DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

DE

LA SOCIEDAD DE FARMACÉUTICOS DE BILBAO

HEMEROTECA
MUNICIPAL
MADRID



AÑO 1907

BILBAO

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Librería Médica de M. Puente, Bidebarrieta, 9

TELÉFONO 116

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XIII

Bilbao—Enero—1907

Núm. 145

SEÑORES:-



L reanudar las tareas académicas, el reglamento impone, á los que tienen el honor de presidirlos, la obligación de inaugurarlas con un discurso de carácter científico. Esta obligación que, para los Señores que, con más autoridad que yo, me han precedido, ha debido ser un trabajo relativamente fácil, si se tiene en cuenta, los grandes conocimientos científicos que les adornan. No sucede lo mismo con quien tiene el honor de dirigiros la palabra en este momento. Si me hubiese sido posible eludir el mandato reglamentario, lo confieso con toda ingenuidad, no hubiera dudado un instante; por una parte, para evitarme un verdadero mal rato al no poder corresponder como yo quisiera al inmerecido honor que los Señores Académicos me otorgaron al elevarme á la Presidencia, y por otra, por ahorrar á mis ilustrados oyentes la mala impresión que han de sacar del discurso presidencial en el día de hoy. Pero el reglamento es inexorable y hay que cumplirlo. Y como durante el año se ha tenido el honor de representar á la Academia, justo es que se haga el sacrificio y se pase por las horcas caudinas del reglamento, esperando que la nunca desmentida benevolencia de los Señores Académicos dispensará la flojedad de mi trabajo en gracia á mi buena voluntad.

Una de las dificultades que, para cumplir mi cometido, se me han presentado, y no la menor, ha sido la elección del asunto sobre que había de versar la oración, pues si bien en estas ocasiones el tema suele referirse á algún punto científico de carácter especulativo, en esta ocasión no lo he considerado propio, teniendo en cuenta el modo de ser que desde sus comienzos ha informado los actos y tra-

bajos de esta Academia, procurando que todos estos tuviesen un carácter de inmediata utilidad práctica. De conformidad, con este modo de pensar y con mis aficiones, he elegido un punto que por sus relaciones íntimas con la medicina general pudiera sernos de alguna utilidad.

Se refiere á los *Sintomas pupilares en las afecciones extra oculares*.

Es sabido que, hasta tanto que los estudios de neuro patología no han tomado una marcha científica progresiva, que en realidad no ha sido hasta bien entrado el siglo último, las manifestaciones oculares de las enfermedades situadas fuera del órgano de la visión, no eran tenidas en cuenta, de una manera sistemática, en la observación de los procesos patológicos. Acaso alguna referencia más ó menos vaga al hacer la descripción de algún estado nosológico, pero sin darles una importancia que más tarde han ido adquiriendo, á medida que los conocimientos sobre la Anatomía y Fisiología normal y patológica de los centros nerviosos, se hace más completa.

Acaso, con más propiedad, el lema que hemos puesto á este trabajo pudiera haber sido el de *Alteraciones funcionales del iris en las afecciones extra-oculares*, porque en realidad los cambios pupilares no son más que la manifestación funcional del iris, puesto que la pupila no es más que un espacio circular, negro y más ó menos grande, que existe en el centro del iris, un poco hacia su parte interna y algo superior, comprendido en el círculo menor del diafragma, espacio por donde la luz pasa á la retina para verificar el acto de la visión. Pero como nos hemos de referir en el curso de este trabajo á las diversas modalidades que afecta este espacio circular, de ahí que sea la pupila y no el iris al que nos reframos.

Un punto que debiéramos tratar con alguna extensión y que no lo haremos en gracia á la brevedad, se refiere á la Anatomía del iris, asunto que, á pesar de las muchas y pacientes investigaciones de los más notables anatómicos, aun se halla en tela de juicio desafiando á los poderosos medios de investigación, y á la exactitud de procedimientos de que dispone la histología moderna. Pues si bien todos los anatómicos se hallan conformes en reconocer que el iris se compone de vasos, nervios, fibras musculares lisas, y una armadura de tejido celular que da unión y consistencia á los otros elementos, los anatómicos no se hallan acordes sobre la cuantía y distribución de los elementos contractiles y sobre la innervación del diafragma iridiano.

Así como todos los investigadores se hallan de acuerdo acerca de la existencia y manera de ser del músculo constrictor de la pupila, sin que su existencia y disposición deje la menor duda, la presencia de un músculo dilatador, más se acepta como una necesidad fisiológica que como un hecho tangible y perfectamente demostrado. Una prueba de lo que decimos, la encontramos al leer la descripción que, del músculo dilatador, hacen los que sostienen su existencia y principalmente Koliker y Bruch, Henle, Merckel é Iwanoff. Koliker y Bruch fueron los primeros en dar, de este músculo, una descripción detallada, haciéndola por extensión de los trabajos realizados en diversos animales; estos autores describen al músculo colocado entre los vasos sanguíneos, en la sustancia misma del iris y formado de hazes finos y separados. Henle lo describe como una capa continua de fibras colocadas sobre la superficie posterior del iris é irradiadas desde el borde pupilar al borde ciliar. Merckel adopta en parte, la opinión de Koliker y en parte, la de Henle y lo señala como formado de hazes aislados, de forma radiada, y colocados en la cara posterior del iris, inmediatamente detrás de la capa pigmenosa posterior. Iwanoff con sus investigaciones, y su gran autoridad, vino á apoyar la opinión de Henle, pero con la diferencia de que para este autor, el origen de las fibras dilatadoras es el mismo que el de las fibras circulares de las que no son más que su continuación despues de haber sufrido éstas una especie de torsión formando arcadas entrelazadas y colocadas, en parte, en el interior mismo del exfinter, en su superficie interna, entre ésta y la capa pigmentosa; una vez que estas fibras han pasado el límite del exfinter, se reunen en hazes, formando una capa de fibras que se irradian hasta el borde ciliar.

La opinión contraria á la existencia del músculo dilatador, se halla sostenida por la mayoría de los anatómicos y sobre todo por Grunhagen, Schwalbe, Franck y Fuchs.

Como hemos visto por lo que antecede, y dada la gran autoridad científica de los autores que afirman la existencia del músculo dilatador, las diferencias que existen en sus descripciones son tan importantes que, nos hacen dudar acerca de la verdad anatómica de un órgano de tanta importancia, que de ser cierta su existencia, tendría á su cargo el producir uno de los dos movimientos pupilares, el de dilatación. Además, si fuese exacta la descripción de Iwanoff, vendría en apoyo de los que sostienen la teoría de que, tanto el movimiento de contracción como el de dilatación, se hallan bajo la dependencia del nervio motor ocular común, y que tanto un estado como otro no

dependen más que de la mayor ó menor cantidad de influjo nervioso conducido por este nervio.

En cuanto á la inervación del iris, todos los autores se hallan conformes en admitir que la recibe del ganglio oftálmico por medio de los nervios ciliares, los cuales llegan al iris después de haber atravesado el cuerpo ciliar. Como se sabe, el ganglio oftálmico se halla constituido por tres raíces: una mótor que suministra el tercer par del craneano, una sensitiva, la rama primera del quinto par y una trófica representada por filetes del simpático cervical.

Pero en el interior del cuerpo ciliar ha demostrado Grunhagen la presencia de células nerviosas ganglionares, las cuales, dada la unidad de acción que existe entre el músculo ciliar y el iris, deben tener una influencia sobre el aparato motor iridiano, aún desconocida.

Dado el carácter del órgano encargado de los movimientos del iris y el de su inervación, el 1.º formado de fibras musculares lisas y el 2.º de filetes nerviosos suministrados por un ganglio de naturaleza mixta y simpática al mismo tiempo, los movimientos han de ser reflejos y por consiguiente involuntarios: de *contracción y dilatación*.

Los primeros se hallan bajo la dependencia del nervio motor ocular común y no hay discrepancia de opinión en cuanto á este punto; los segundos son más discutidos aunque la opinión más generalizada es la de que se hallan sometidos á la influencia del simpático cervical, quien indudablemente tiene una acción dilatadora sobre la pupila, bien sea directa ó bien inhibitoria sobre la acción del músculo constrictor.

También la acción del quinto par ha sido muy discutida, pero si se tiene en cuenta que anulada la acción del tercer par y la del simpático cervical, la excitación del extremo periférico de la rama oftálmica no produce alteración ninguna en la dimensión de la pupila, bien puede considerarse á este nervio como desprovisto de acción sobre la misma.

La contracción del iris siendo un acto reflejo, no es instantánea; se necesita cierto tiempo, medio segundo, entre la acción de la luz sobre la retina y el principio de la contracción. Lo mismo sucede con la dilatación, pero así como la contracción llega á su máximun en un tiempo relativamente corto, la dilatación tarda en llegar al máximun 4 veces más. La magnitud variable y sus movimientos reposan sobre el hecho de que dos fuerzas antagonistas se hallen en lucha constante. Si la existencia de un músculo dilatador fuese tan evidente

como la presencia del constrictor de la pupila, los fenómenos pupilares se explicarían perfectamente, cosa que no puede hacerse si solo se admite la existencia de este último.

Si observamos lo que pasa en las pupilas de un individuo á quien se le expone á la acción de la luz, veremos que si después de cubrirle los ojos durante unos instantes, descubrimos uno de ellos, la pupila de este ojo se contrae con gran rapidez y casi inmediatamente, sufre una dilatación muy ligera quedando inmóvil y en la misma posición (ligeramente más dilatada) que tenía antes de la experiencia; este movimiento reflejo de contracción se llama, *reflejo luminoso directo*. Si continuando la experiencia descubrimos el ojo que continuaba cubierto, veremos que se presentan los mismos fenómenos que en el 1.º, y si observamos el ojo primeramente descubierto, notaremos que la pupila sufre una ligera contracción y, á este, se le conoce con el nombre de *reflejo consensual*. Ahora bien, si hallándose los dos ojos descubiertos se disminuye la luz que llega á uno de ellos, y observamos la pupila, veremos que este se dilata y tendremos el *reflejo directo de la sombra*, y si observamos la pupila del ojo que permanece descubierto, cuando cubrimos uno de ellos, veremos que la pupila sufre una ligera dilatación, *reflejo consensual de la sombra*.

Al hacer estas experiencias pudiera ser que nos encontráramos con que cubiertos los dos ojos, al descubrirlos, en lugar de un movimiento de contracción de las pupilas, se verifique una dilatación pupilar, á este reflejo, descrito por Charcot y Forel, se le conoce con el nombre de *reflejo paradógico*. Reflejo que en muchísimas ocasiones, no tiene nada de patológico y que no es otra cosa que una parte del reflejo de Piltz y Westfal, ó un reflejo sensorial de que hablaremos en seguida.

Hay otros reflejos de contracción que se conocen con el nombre de *Acciones asociadas* y son los *reflejos á la convergencia y á la acomodación*. Si hacemos fijar la mirada en un objeto colocado á gran distancia, y rápidamente hacemos que se dirija á un objeto colocado á pocos centímetros del ojo, veremos que las pupilas se contraen. Hay dudas en cuanto á la influencia de la acomodación sobre este reflejo; lo cierto es que nosotros en muy pocas ocasiones, hemos podido observarlo, si, para evitar error, hemos tomado las debidas precauciones, y en los casos en que nos ha parecido observar una ligerísima contracción, más la hemos achacado á una ligera acción de la convergencia, que no hemos podido evitar, que al influjo de la acomodación; sin negarlo en absoluto lo menos que podemos decir es, que su observación es difícil y el reflejo muy débil. En cuanto á la convergencia, es de ac-

ción clara y manifiesta, pues el influjo nervioso en este caso, es muchísimo mayor, puesto que necesariamente se asocia siempre con una cantidad determinada de acomodación que la acompaña.

Hay otros reflejos de contracción, independientes de la acción de la luz, que entran de lleno en el grupo de las acciones asociadas y se obtienen haciendo cerrar fuertemente los párpados, y abriéndolos con rapidez, veremos que las pupilas en lugar de hallarse dilatadas y contraerse al influjo de la luz se presentan contraídas, y se dilatan cuando los párpados se separan. Este reflejo es conocido con el nombre de los que la propagaron, reflejo de *Piltz y Westfal*. Este reflejo se puede provocar sin necesidad de cerrar los párpados, basta con invitar al individuo á que los cierre con energía, pero manteniéndolos abiertos por fuerza, y veremos que la contracción de la pupila se mantiene mientras dura la contracción del orbicular de los párpados, y se produce un movimiento de dilatación tan pronto como cesa la contracción palpebral. En muchas ocasiones no es posible observarlo á causa de la asociación dinámica del músculo recto superior con el orbicular de los párpados, que dirigiendo la parte anterior del globo ocular hacia arriba, oculta la pupila bajo el párpado superior. Este reflejo, que se ha considerado como patológico, se encuentra con grandísima frecuencia en individuos sanos y creemos que su observación sería más común á no mediar la circunstancia últimamente descrita. La prueba es que, en todos los individuos que pueden mantener la pupila entre los párpados, durante la contracción del orbicular, se observa este fenómeno.

Piltz y Westfal creyeron que este reflejo era provocado por la presión de los párpados sobre el globo del ojo, lo que daría lugar á un aumento de tensión en los vasos del iris. Pero si tenemos en cuenta que el fenómeno se presenta sin que los párpados compriman el ojo, cuando por fuerza los mantenemos separados, esta explicación no puede satisfacernos. Más satisfactoria nos parece la explicación del reflejo que lo considera como un movimiento asociado, y provocado, por una excitación simultánea del músculo orbicular palpebral, y del centro del esfínter pupilar. Este modo de ver se apoya en el hecho señalado por Gifford de que sólo la porción palpebral del orbicular da lugar á la presentación del fenómeno de que tratamos. Las fibras del orbicular que bajan la ceja y las que elevan la mejilla, por muy enérgica que sea su contracción, no contraen la pupila.

Los reflejos de dilatación son todos de carácter *sensorial general ó psíquicos*. Si producimos una sensación dolorosa en cualquiera parte de la cara ó del cuello, las dos pupilas se dilatan inmediatamente. Este

fenómeno se produce cuando se excita cualquier otro nervio sensorial del cuerpo. Este reflejo se conoce con el nombre de *sensorial*. En muchas ocasiones al excitar el nervio trigemino, ó por una irritación inflamatoria como se observa muchas veces á consecuencia de lesiones superficiales en la cornea, se observa una contracción exagerada de la pupila, lo que ha conducido á muchos observadores á considerar á este nervio como productor de la contracción pupilar. Sencillamente se trata de la presencia del reflejo de Piltz por la contracción del orbicular, y como la influencia contractil es superior á la dilatadora de la irritación sensorial, de ahí que la pupila esté contraída. En ocasiones esta influencia es tan enérgica como para oponerse á la acción de los midriáticos débiles, como se observa en muchas queratitis linfáticas acompañadas de gran blefarospasmo.

En los individuos que se hallan bajo la impresión de causas que produzcan una gran depresión nerviosa como el miedo, ó bajo la influencia de una excitación extremada, se observa la dilatación de la pupila conocida con el nombre de *reflejo psíquico*.

En los individuos, aun privados de visión, pueden presentarse movimientos pupilares, tanto de contracción como de dilatación, según que reconcentre su atención, mentalmente, sobre objetos brillantes ú oscuros; este reflejo descrito por Haab se conoce con el nombre de *reflejo de representación*. Presenta grandes diferencias individuales de acuerdo con la intensidad de representación de que es capaz cada individuo. Las personas que tienen una representación visual muy viva, y que fácilmente pueden concentrar su atención, presentan este reflejo con mucha evidencia.

Los niños, las personas cuya atención es poco fija y cuyo modo de pensar es oscuro y vago, presentan este reflejo mucho menos acusado; según Haab el ejercicio juega un gran papel en esta clase de reflejos.

Hay otros movimientos pupilares que se conocen con el nombre de *Hippus*; consiste en ligerísimos movimientos de contracción y dilatación que, en la mayor parte de los casos, no se pueden observar sino es haciendo un exámen de las pupilas muy atento, ó por medio de un microscopio. Este fenómeno es producido por la acción directa de la corteza cerebral, á causa de los continuos cambios sensitivos y psíquicos que incesantemente actúan sobre el individuo.

Como vemos por esta sucinta relación de los reflejos pupilares fisiológicos, el de contracción se halla bajo la dependencia del ter-

cer par, y su agente excitador es, la luz; el reflejo de dilatación se halla bajo la dependencia del simpático cervical y de la acción de la médula espinal cervical. Probablemente este doble centro dilatador se debe á que siendo la causa de su producción unas veces las sensaciones del sensorio general, y otras las psíquicas, tienen una marcha independiente unas de otras con dos centros también independientes. De donde resulta, que los movimientos del iris se hallan sujetos á la ley de que «las excitaciones centripetas que parten del ojo, producen movimientos de contracción, y las excitaciones centripetas que parten del sistema periférico ó bien las centrifugas por excitación cortical, ó excitaciones psíquicas producen, la dilatación pupilar.»

Aparte de la intensidad luminosa otro factor que interviene en el diámetro de la pupila, es la coloración de la luz. La influencia de la excitabilidad coloreada disminuye del modo siguiente: amarillo, verde, anaranjado, rojo y azul; es decir, que lo hace en sentido inverso de la magnitud del campo visual que estos colores representan.

La presión sanguínea general tiene una gran influencia sobre el diámetro pupilar. Cuando el pulso es fuerte y lleno que indica una gran presión del sistema arterial, las pupilas están contraídas, y por el contrario un pulso débil y blando suele ir acompañado de pupilas dilatadas. También la presión intraocular suele ir acompañada de cambios de dimensión pupilar, sólo que entonces la dilatación pupilar coincide con un aumento de presión y la contracción, con una disminución del tono del ojo. Estos cambios de presión intraocular suelen corresponder con la alteración en la tensión sanguínea general.

En el estado fisiológico es dudoso que la presión sanguínea general sea capaz de producir, por acción hidráulica, un movimiento pupilar cualquiera, pues desde los trabajos de Heine, quedó demostrado, que para provocar una contracción pupilar, por aumento de presión sanguínea, sería preciso que ésta fuese tan enérgica como es imposible suceda durante la vida. Más acertado es relacionar la contracción y dilatación pupilar, con un mayor ó menor estímulo producido por estos estados sobre los centros de contracción del esfínter de la pupila.

Un punto muy controvertido y aún no dilucidado, es el que se refiere á la localización cerebral del reflejo pupilar contractil.

Bernheimer, después de muchas experiencias practicadas en animales por el método de las degeneraciones, y por estudios hechos sobre la mielinización, en el embrión humano; además de algunas autopsias, es de opinión de que se halla situado en la parte anterior de los tubérculos cuadrigéminos debajo del Aqueducto de Silvio. Mendel lo sitúa en el gánglio de la habenula y explica el movimiento de las dos pupilas, por la unión de los dos gánglios por medio de un haz de fibras. Bach, sostiene que este centro se halla colocado en la región dorso cervical de la médula, y que la decapitación, practicada al nivel de la unión de la médula espinal y ablougada, da lugar á la supresión del reflejo pupilar. Todas estas teorías se hallan apoyadas en hechos experimentales y de observación, de diversa índole, pero estas experiencias, como practicadas en un órgano tan complejo y poco conocido, están por su misma índole sometidas á muchas causas de error que hace se demore una solución franca y satisfactoria. Por lo demás, la opinión más generalizada es la sostenida por Bernheimer. Por nuestra parte hemos revisado un gran número de observaciones clínicas que se refieren á lesiones cerebrales, y casi siempre que en ellas se indican alteraciones pupilares, hemos visto que aparecen interesados los tubérculos cuadrigéminos anteriores y algunas veces el gánglio geniculado externo, y en aquellos en que no existe lesión de estos centros cerebrales no se consignan alteraciones pupilares. Bien es verdad que en muchísimas no se consigna el exámen pupilar, defecto grandísimo en historias clínicas de este género, y mucho más si se tiene en cuenta que se trata de afecciones del sistema nervioso.

Si difícil es localizar el centro del reflejo pupilar á la luz, y la participación que en ello toma el tercer par, las dificultades aumentan si se trata de la dilatación. La pupila se dilata excitando la corteza cerebral, en casi toda su extensión, y sobre todo al nivel de las zonas que se relacionan con el aparato ocular; tanto dinámico, como visual; dinámico al nivel de la zona frontal motriz de los ojos, visual al nivel de la zona visual occipital. El efecto pupilar se observa más característico cuando se excita en el primer punto al nivel del área de la superficie media del hemisferio. El área posterior se halla al nivel de la parte posterior de la segunda circunvolución externa, ó de Ferrier. Cuando la dilatación bien marcada, por excitación de la corteza cerebral, se acompaña de los síntomas característicos de una irritación del simpático cervical, los párpados están ensanchados y hay ligera protusión del globo ocular. Parssons, que ha hecho sobre este punto unos estudios muy notables dice, que si al

mismo tiempo se hace la sección del simpático cervical el efecto midriásico, por irritación de la corteza, disminuye, pero persiste desapareciendo en cambio todos los demás síntomas simpáticos. De esto deduce que la acción dilatadora existe en algún otro punto además del simpático. Si después de la sección del simpático, en ambos lados, se hace la sección intracraniana del tercer par, el efecto de la excitación cortical queda abolido y las pupilas quedan inmóviles y en la posición de *post mortem*. Como resultado de estas experiencias se puede atribuir, al simpático cervical, una acción moderadora sobre el esfínter pupilar; pero en otros casos esta acción inhibitoria se halla representada por otro centro que, muy bien pudiera ser la médula cervical, dirigiéndose sus fibras por los cordones posteriores al ganglio de Gasserio para de allí alcanzar el ganglio oftálmico y el ojo por los nervios ciliares.

De lo que llevamos dicho, se deduce que, el arco diastáltico para el reflejo de contracción es el siguiente: la impresión luminosa sobre la retina, es conducida por las fibras pupilares á través de los N. N. O. O., yendo mezcladas con las fibras visuales en todo su trayecto y sin formar un haz distinto, se entrecruzan en el quiasma parcialmente, y se dirigen por los bandaletes ópticos á los tubérculos cuadrigéminos anteriores y ganglio geniculado externo (núcleo de Gudden), y de aquí marchan al núcleo del esfínter donde, la excitación luminosa, se transforma en impulso motor y se dirige por el tronco del motor ocular hasta la órbita, donde se separa para formar la raíz motora del ganglio oftálmico, y llegar al iris con los nervios ciliares atravesando el cuerpo ciliar.

El arco reflejo para la dilatación se produce bajo toda clase de estímulos sensoriales, las fibras midriásicas tienen su origen en la parte anterior del suelo del 4.º ventrículo y se ponen en relación con el centro cilio-espinal, entre la última vértebra cervical y de 1.ª dorsal, se unen al último nervio cervical, ó primero dorsal, para atravesar los ganglios cervicales inferior, medio y superior simpáticos, y de aquí se dirigen al plexo simpático del seno cavernoso y al ganglio de Gasserio, para de allí ir al ganglio oftálmico por intermedio de la raíz sensitiva del 5.º par y llegar al iris por intermedio de los nervios ciliares.

Como se vé, al final de los dos conductores reflejos, constrictor y dilatador, vienen á terminar en el ganglio oftálmico. Pero deben existir otras fibras que, independientemente de las simpáticas, se dirigen por los cordones posteriores á la médula oblongada y de aquí al ganglio de Gasserio.

En cuanto al reflejo consensual provocado por la acción de la luz se explica fácilmente, si tenemos en cuenta que, las fibras pupilares del N. O. salen de la retina mezcladas con las fibras visuales y en el quiasma sufren la misma decusación que éstas, repartiéndose en los dos bandeletes ópticos yendo por consiguiente á distribuirse, los de cada ojo, en los dos núcleos y de consiguiente ambos son excitados por la impresión luminosa de una de las dos retinas.

Las alteraciones que se presentan en el funcionamiento de las pupilas las tenemos que considerar individualmente y como órgano par. Individualmente afecta su forma y la integridad de sus movimientos.

Una alteración en su forma puede ser producida por una alteración de su estructura que hace su contorno irregular, por adherencias que puede contraer con la superficie anterior del cristalino, ó con la posterior de la córnea, ó por alteraciones en su inervación. Siempre que excluyendo una lesión del tejido propio del iris, observemos una alteración en la forma de la pupila, debemos sospechar una alteración en la motilidad del iris por un defecto de inervación que, la mayor parte de las veces, es precursor de una alteración de mayor importancia, generalmente el signo de Argyll y Robertson. En ocasiones la irregularidad es tan pronunciada que se aprecia á simple vista, ó por el contrario tan poco marcada que exige el auxilio de la iluminación oblicua. Ordinariamente la alteración del contorno toma la forma oblicua oval y se observa en aquellas afecciones que presentan alteraciones pupilares, principalmente en la parálisis general, como síntoma precoz que precede á la alteración de los reflejos. En un principio suele ser monocular, aunque no es raro que se presente binocular desde los primeros momentos.

A este síntoma le dan algunos una importancia tan grande como al signo de Argyll y Robertson, del cual suponen no es más que el principio. En algunos casos la forma es triangular ó piriforme y hay que tener en cuenta que no es constante sino muy variable, pues unas veces se presenta (en el mismo individuo) de un modo y otras de otro. Todas las porciones del iris, en la pupila irregular, no se contraen simultáneamente y en el mismo grado, existe una verdadera ataxia, las porciones del iris que parecen contraerse menos son muy variables, tan pronto son en un punto como en otro. Esta circunstancia demuestra que el síntoma es resultado de irregularidad en la inervación iridiana.

La parálisis general, la tabes, la esclerosis en placas y otras enfermedades cerebrales y espinales, presentan este fenómeno. También las hemos observado bastantes veces en el alcoholismo crónico.

Este síntoma se presenta con frecuencia en el glaucoma crónico irritativo y sobre todo en el glaucoma absoluto, pero es debido á la compresión del iris empujado por la superficie anterior del cristalino, y lo señalamos porque pudiera dar lugar á confusiones graves.

Generalmente la alteración en la forma de la pupila suele ir acompañada de otra que es la desigualdad entre las mismas. En estado de salud las dos pupilas deben ser perfectamente iguales (Isocoria), y siempre que una afección intra-ocular ó de refracción no nos explique la desigualdad (Anisocoria), debemos sospechar una afección de los centros nerviosos ó por lo menos una alteración funcional de los mismos. La dimensión de las pupilas se halla bajo la influencia de tantos factores que, ligeros desarreglos funcionales del sistema nervioso puedan dar lugar á una ligera desigualdad.

Cuando ésta es acentuada, es siempre un síntoma de alteraciones orgánicas. Esta alteración se presenta muy amenudo, en la tabes como síntomas precoz, en la parálisis general, en las afecciones cardio-aórticas, en la pleuresia, pneumonía y en afecciones del aparato digestivo acompañando á la tenia ó vermes intestinales; una de las afecciones en que su presencia es más característica es en los aneurismas del cayado de la aorta. La forma como se presenta en esta afección es muy variable, unas es la midriasis y otras la miosis.

Casi siempre es unilateral y en el lado izquierdo. La mayor parte de los autores la atribuyen á una lesión del simpático cervical; pero es difícil darse cuenta exacta del modo de presentarse en una misma enfermedad y con las mismas causas, unas veces la midriasis y otras la miosis, fuera preciso que unas veces produjera la irritación y otras la parálisis del nervio simpático, y la verdad es que pocas veces se señalan los síntomas oculares que acompañan á las lesiones de este nervio.

Más visos de certeza tiene la opinión sostenida en estos últimos tiempos por Babinsky y Charpentier, de atribuir estas alteraciones pupilares á la sífilis cerebral, que generalmente acompaña á los enfermos cardi-aorticos; por lo menos siendo la sífilis la causa primera de muchos estados cardio-aorticos, puede ser un lazo de unión entre las manifestaciones arterio-esclerosas de los grandes vasos torácicos, y otras alteraciones similares de los vasos cerebrales que, por alteración de los territorios encargados de irrigar, produzcan alteraciones en la inervación iridiana.

Las dos principales alteraciones que se presentan en las pupilas se refieren á la *midriasis* ó dilatación pupilar y á la *miosis* ó contracción.

La presencia de la contracción es debida, en todos los casos, á la acción de la luz que es el único estimulante capaz de provocarla, cuando el movimiento es fisiológico, porque la miosis que acompaña á la convergencia es un movimiento asociado lo mismo que, el que acompaña á la contracción forzada de los párpados. La dilatación pupilar es producto de excitación del sensorio general, ó de acciones psíquicas desarrolladas en la corteza cerebral. Esto se observa en todos aquellos casos en que la actividad cerebral se halla suspendida ó interrumpida.

Cuando se admitía que los movimientos pupilares eran debidos á cambios en su circulación y que los movimientos del iris eran producidos y reglados por la circulación general, se suponía que en los casos de suspensión general de las funciones cerebrales, había isquemia simultánea del encéfalo y del iris y por tanto midriasis.

Si la lesión que determina la isquemia no ataca más que un solo hemisferio, la midriasis es unilateral y homonima.

Por el contrario la *miosis* es función de un estado congestivo del encéfalo y del iris.

En efecto, los estados isquémicos del cerebro, en la base, producen la midriasis, por falta de riego en la zona correspondiente al núcleo del esfínter pupilar, por parálisis de su función; y la miosis es consiguiente á los estados congestivos que afectan la región correspondiente al núcleo del esfínter, siempre que no den lugar á alteraciones profundas en su estructura que produzcan la parálisis de la función.

La dimensión de la pupila, normal, varía según la edad, la cantidad de luz que llega á la retina, la coloración del iris, el estado de la refracción y el estado psíquico y físico del individuo. En los niños recién nacidos las pupilas tienen una dimensión pequeñísima hasta el primer mes, después va siendo cada vez mayor hasta los tres años en que ya es de una dimensión uniforme, 4 milímetros próximamente. En la vejez las pupilas se presentan muy contraídas casi puntiformes.

Sabido de todos es que, cuando la luz es muy viva las pupilas se contraen de tal modo que su abertura es pequeñísima, y que en cam-

bio en una habitación oscura, las pupilas se dilatan de una manera notable.

Los estados de refracción del ojo influyen notablemente en la dimensión de la pupila; en los miopes se hallan algo más dilatadas que en los hipermetropes; en los que tienen el iris de colores claros se hallan más contraídas que en los de colores oscuros.

En los individuos que sufren algún decaimiento físico, como después de una noche de vela, ó después de haber cometido excesos que produzcan un agotamiento nervioso, cuando se halla el individuo bajo el peso de algún dolor físico ó moral, en todas estas ocasiones las pupilas se hallan más dilatadas.

Durante el sueño, en que las funciones de relación se hallan todas suspendidas, las pupilas se hallan muy contraídas, apesar de hallarse desprovistas del influjo luminoso. Este estado es muy de tener en cuenta, sobre todo en los niños. Si cuando éstos se despiertan y abren los ojos, las pupilas no se dilatan inmediatamente para alcanzar la dimensión ordinaria, se debe sospechar una afección cerebral de la base ó de las cubiertas.

En muchas ocasiones sería difícil saber cual de las dos pupilas se halla afectada, pues como hemos visto, el márgen, en cuanto á su diámetro, es bastante grande normalmente, sino viniese en nuestra ayuda el examen del reflejo directo y del consensual. Por el primero conoceremos cual de las dos pupilas verifica la más reacción con rapidez, y por el segundo cual de ellas conserva sus reflejos intactos. Aquella pupila cuya reacción es más viva y rápida, es la sana, ó la menos enferma, y la que provoca el reflejo consensual, la sana.

Por lo que llevamos señalado anteriormente, los dos estados patológicos de la pupila, la miosis y la midriasis, pueden ser producidos ó bien por estos irritativos de sus centros ó por destrucción ó parálisis de su antagonista; de aquí que tendremos una *miosis* producida por irritación del centro de la contracción pupilar ó *miosis espasmódica*, y una *miosis* producida por la parálisis del centro dilatador de la pupila, ó *miosis paralítica*; una midriasis producida por irritación del centro de la dilatación pupilar, ó *midriasis espermódica*, y una midriasis producida por la parálisis del centro de contracción pupilar ó *midriasis paralítica*.

La *miosis espasmódica* se halla caracterizada por una contracción enérgica de la pupila que, apenas reacciona á la luz y á la convergencia. Se presenta en casi todas las afecciones inflamatorias del cere-

bro y las meninges sea cualquiera su origen. En la 1.^a fase de los estados epilépticos. Cuando una midriasis se presenta consecutiva á una miosis, el pronóstico se agrava de una manera muy notable. También se presenta al principio del desarrollo de tumores que afectan el núcleo, ó el trayecto del tercer par. En las intoxicaciones por la nicotina es de gran importancia este dato aunque, generalmente, esta miosis se halla contrarrestada por la midriasis que acompaña al alcoholismo, pues las dos intoxicaciones suelen ir unidas. Al principio de los ataques epilépticos suele haber contracción pupilar que, más tarde, se cambia por una midriasis.

La *miosis paralítica* presenta la pupila contraída pero reacciona á la luz y á la acomodación. Este síntoma es frecuente en las afecciones de la médula espinal cervical, sobre todo en la ataxia, así como en la mielitis cervical transversa y en la meningitis cervical. Este síntoma, por extensión de las lesiones, suele transformarse en el de Argyll y Robertson. También se presentan en las hemorragias de la parte superior del puente de Varolio.

En las afecciones del simpático cervical, se suele presentar la miosis paralítica, pero en estos casos la contracción es menos acentuada que, cuando se presentan en las afecciones cervicales orgánicas, probablemente, á causa de que no todas las fibras pupilares dilatadoras pasan á través del simpático cervical sino que, algunas se dirigen por los cordones posteriores al cerebro para llegar al gánglio de gasserio y de allí al oftálmico por la primera rama del trigemino.

La *midriasis espasmódica* se presenta generalmente con una dilatación moderada, pero conservando los reflejos á la luz y convergencia aunque disminuidos, los reflejos sensoriales y psíquicos se hallan abolidos. Aumenta algo bajo la influencia de los midriáticos y los mióticos tienen poca influencia sobre ella. No se acompaña de parálisis de la acomodación puesto que es consecutiva á un estado irritativo de las fibras dilatadoras de la médula cervical, ó del simpático cervical. Se la observa en diversas afecciones cerebrales siendo siempre síntoma de mucha gravedad. Cuando es de origen espinal, probablemente es consecutiva á una congestión de la médula.

Esta clase de midriasis se observa cuando hay gran presión intracraniana con inflamación de los meninges. La presencia de vermes intestinales, producen una midriasis espasmódica en ambos lados. En los ataques de urenia, eclampsia y epilesia podemos observar con facilidad este síntoma por el cual los distinguiremos de los ataques histéricos, en el principio de la tabes no deja de presentarse este síntoma, aun cuando la regla es la miosis si hay alteración en la pupila.

La *midriasis paralítica* presenta la pupila medianamente dilatada con pérdida de los reflejos luminosos y á la convergencia; el reflejo cutáneo se halla conservado. Ordinariamente va acompañada de la pérdida de la acomodación.

Generalmente supone una alteración del tercer par desde el núcleo hasta el globo ocular. Se presentan algunas veces en las últimas fases de la tabes, y suele ser subsecuente á la miosis en la parálisis progresiva.

Hay ocasiones en que una de las pupilas puede ser unas veces más grande y otras más pequeña y á este estado se le dá el nombre de *midriasis alternante*. Para hacer la observación de este fenómeno se requiere tomar todo género de precauciones con objeto de hacerlo siempre en las mismas condiciones de igualdad, pues de no hacerlo así, pudiera presentarse el fenómeno por no conformarse con este requisito, falseando la observación. De ahí que tengamos dos clases de midriasis alternante, la *verdadera ó espontánea* y la *falsa*. En la primera la oscilación se presenta tan pronto en una pupila como en la otra, y siempre producida por una misma causa que, actúa una vez sobre una pupila y otras sobre la otra. En la segunda forma una de las dos pupilas tiene una dimensión constante. Como dejamos señalado en todas las ocasiones en que tratemos de investigar los reflejos pupilares, las condiciones en que hagamos la observación deben ser rigurosamente idénticas, en cuanto á la iluminación, pues si bien la dimensión de cada pupila se halla teóricamente, regulada por la cantidad total de la luz que llega á las dos retinas, al mismo tiempo una ligera desigualdad en su dimensión, puede observarse si la luz cae oblicuamente sobre la cara del enfermo.

La *midriasis alternante verdadera* se observa con frecuencia en enfermedades orgánicas del sistema nervioso de las que forma parte integrante, y con más frecuencia que en ninguna otra, en la parálisis general; también es común en los desórdenes mentales. En estos casos la midriasis se presenta con gran rapidez y puede preceder á los demás síntomas, años antes. La explicación del fenómeno es bastante difícil atribuyéndolo Rahelman á variaciones en la actividad del simpático. Esta manera de ver es la más plausible, pues en muchos casos se ha observado que se acompaña de fenómenos de irritación del simpático, retracción de los párpados y protusión del globo del ojo.

En otras ocasiones no se produce por participación directa en el fenómeno morboso, sino que es producida por una afección, sea ó

no orgánica, que por acción refleja da lugar, unas veces á la dilatación de una pupila y otras, de la otra.

En la pleuresia, pneumonía, enfermedades del corazón, fiebre tifoidea, como enfermedades orgánicas; en la enfermedad de Graves, Histerismo y neurastenia, como neurósicas, son en las que con más frecuencia se encuentra.

La *midriasis alternante falsa* se presenta en tres casos: 1.º Desigualdad en la excitabilidad refleja para la luz en los dos ojos. 2.º Desigualdad en la respuesta de las pupilas al reflejo de la convergencia; y 3.º Desigualdad en la contracción pupilar como respuesta á la contracción del orbicular.

Según Frankel, que ha hecho un estudio muy detenido de estos síntomas, la midriasis alternante verdadera es siempre de origen espasmódico, porque de ser paralítica, difícilmente podría presentarse y desaparecer y volverse á presentar en un solo lado y mucho menos en los dos. Por esta razón los casos señalados como de origen neurósico, son dudosos y sujetos á un estudio más profundo.

Los movimientos de reacción pupilar, tanto de contracción como de dilatación en los individuos sanos, se verifican siempre sin irregularidades, es decir, que una vez iniciada la reacción pupilar, ésta se verifica de una manera continua más ó menos rápida (siempre el movimiento de dilatación es algo más lento que el de contracción; debido acaso, á que el arco diastáltico reflejo es más largo que el de la contracción).

Gowers describió un reflejo, que lleva su nombre, caracterizado por la manera irregular de verificarse el movimiento de reacción; en lugar de hacerlo de una manera continua, lo hace por medio de oscilaciones más ó menos violentas hasta alcanzar el diámetro normal.

Este síntoma, que se presenta con frecuencia en los enfermos tabéticos, es producido por excitaciones irregulares del simpático para contrarrestar los efectos contractiles del motor ocular común. Lo mismo que la contracción irregular de la pupila, y la desigualdad de éstas, es un síntoma precoz y de gran importancia clínica que, nos indica una alteración próxima de los movimientos del iris que, por lo general, termina con la presencia del signo de Argyll y Robertson.

La alteración del reflejo pupilar que en realidad tiene una impor-

tancia diagnóstica del mayor grado, es la conocida con el nombre de *signo de Argyll y Robertson*, ó *rigidez refleja de la pupila*. Este sintoma se halla caracterizado por una inmovilidad completa, directa é indirecta, á todo estímulo luminoso, pero conservando intacta, y muy viva, la contracción pupilar á la convergencia. En la inmensa mayoría de los casos, y cuando el signo está bien establecido, la pupila se halla bajo la forma de una contracción extrema, de donde le viene el nombre de *rigidez refleja de la pupila*.

En estos casos no sólo la pupila se halla inmóvil á la luz, sino que todo estímulo sensorial ó psíquico es impotente para producir el menor cambio de dimensión en la pupila.

El origen de este signo ha sido muy discutido y aún no resuelto.

Hay autores como Babinsky y Charpentier, que lo consideran como un sintoma patognomónico de la sífilis cerebral. Llegando Dejerine á afirmar que, el signo de Argyll no se presenta más que en los individuos afectados de sífilis. Esta manera de ver va ganando terreno de día en día y son ya muchos los partidarios de este modo de pensar.

Este signo que se observa en más del 70 % de los casos de tabes, se encuentra con frecuencia en otras afecciones cerebrales y espinales, siguiendo en importancia á la tabes la parálisis progresiva. Si fuese cierto lo señalado por Babinsky se encontraría, en casi todas las afecciones dependientes de un estado sífilítico cerebral ó espinal.

La localización central del sintoma ha sido y es objeto de muchísimas opiniones. Unos lo localizan en una alteración de la sustancia gris central, ó en los tubérculos cuadrigéminos; otros como dependiente de la destrucción de un fascículo entre el bandelete óptico y el núcleo del tercer par; otros en el núcleo del tercer par, (especialmente en el núcleo de Edinger Westfal), en las raíces y el tronco del tercer par, en el gánglio ciliar, en los nervios ciliares y finalmente en los N. N. O. O.

Como se ve fuera de los últimos que colocan la lesión en los conductores del reflejo pupilar, los demás se hallan relacionados con el punto en que cada autor cree se halla colocado el centro del reflejo pupilar. Estos últimos años se ha tratado de colocar el punto de la lesión en la médula espinal cervical y ha conducido á resultados bastante contradictorios. Según Bach, estas contradicciones pudieran muy bien haber sido producidas por haberse hecho las observaciones en casos que no eran exactamente iguales.

Un punto difícil de dilucidar, en este signo, es la participación que tienen necesariamente que tomar diversas partes de los centros

nerviosos para poder explicar la pérdida de la reacción luminosa y la miosis. Los casos de pronunciada miosis, con inmovilidad refleja, se encuentran cuando se hallan afectados los cordones posteriores de la médula espinal cervical, y la pérdida del estímulo sensorial consiguiente no explica la miosis extrema, y por tanto la inmovilidad refleja en la tabes no depende directamente de una afección de la médula espinal cervical. Bach y Meyer sostienen que, la inmovilidad refleja es producida por la destrucción de un haz nervioso que se extiende desde los tubérculos cuadrigéminos á la médula allongada, ó en algunos casos, y transitoriamente, por la irritación de un centro inhibitorio que, señalan estos autores, tienen su asiento en el extremo espinal de la médula allongada.

Este signo se presenta casi siempre en ambas pupilas pero en algunas ocasiones se presentan en una sola. Esta forma unilateral es más difícil de explicar, bien sea que admitamos la lesión en un centro de reflejo luminoso pupilar ó bien aceptando las ideas de Bach acerca de la existencia del centro inhibitorio en la médula allongada.

En ocasiones pueden ser de gran importancia al conocer donde se halla colocada la lesión si en el trayecto de los bandeletes ópticos, ó más arriba después de haber pasado los tubérculos cuadrigéminos.

Para esto existe en muchas ocasiones un medio que puede sacarnos de duda, y es el *signo de Wernicke ó reacción hemianópsica*. En estos casos falta una mitad del campo visual bien sean las mitades izquierdas ó las derechas ó una fracción ó cuadrante que se correspondan homonimamente. Según la ley de Wernick siempre que la lesión se halle en los tractus ópticos, más allá del punto en que las fibras pupilares del N. O. abandonan á las visuales, la reacción pupilar subsistirá, á menos que no se hallen alterados los centros del reflejo pupilar por extensión de la enfermedad, y por el contrario, si la lesión se halla entre el quiasma y los tubérculos cuadrigéminos no se contraerá la pupila si un haz luminoso llega á la parte insensible de la retina.

Para esto colocaremos al enfermo en una cámara obscura y le colocamos de espalda á una luz débil, con un espejo plano se ilumina el ojo del enfermo con una cantidad de luz, lo estrictamente necesaria para poder ver la pupila y con la otra mano se arroja oblicuamente un haz luminoso, procedente un espejo cóncavo, sobre la porción insensible de la retina; si la pupila quedá inmóvil la lesión se halla en los

bandeletes ópticos ó el quiasma, si por el contrario se contrae la lesión se halla más allá de los tubérculos cuadrigéminos. La experiencia es bastante delicada para tener una seguridad completa de hacerla sin error por que, es muy difícil evitar los círculos de difusión de la luz que atraviesa la pupila, y que puede impresionar la parte sensible de la retina.

Como ya hemos indicado anteriormente este signo ó ley de Wernick, tiene ya un número de casos negativos tan grande que, aun teniendo gran importancia clínica, no tiene un carácter absoluto, puesto que se señalan muchos casos en los cuales, una lesión pura de la corteza del lóbulo occipital ha ido acompañada de la pérdida de la reacción luminosa.

JOSÉ MARÍA DE SOMONTE.

REVISTA EXTRANJERA

La naturaleza del cáncer y la caquexia cancerosa, por el Dr. Debove.—Con ocasión de varios casos clínicos de cáncer en el hígado y estómago, ha expuesto este médico las diferentes teorías, ó mejor dicho hipótesis, que tratan de explicar el desarrollo del cáncer y su caquexia consecutiva.

Entre ellas, cita una destinada á relacionar los hechos de un modo más ó menos ingenioso y seductor, pero que no puede asegurarse su veracidad.

Sábase que el cáncer consiste clínicamente en la aparición de un tumor con tendencia indefinida en su crecimiento, á recidivar cuando se le estirpa y á la generalización, naciendo en los diversos órganos tumores llamados secundarios de idéntica estructura al primitivo por intermedio de las vías sanguínea y linfática.

Ahora bien: ¿por qué hipótesis cabe la explicación de este proceso?

Una de las que ha tenido más aceptación es la *diatésica*, consistente en una predisposición congénita ó adquirida que hace que bajo la influencia de causas diversas, un individuo pueda tener reacciones idénticas. Un sujeto por ejemplo; predispuesto á la tuberculosis, se

le declara ésta por una bronquitis en el pulmón, por un golpe en la rodilla, en esta articulación y por blenorragia en el testículo.

En el día, si bien se admite la influencia del terreno, se aprecia como necesaria la presencia del germen de la enfermedad dentro del organismo.

Es decir, que si no hay siembra previa, de nada sirve un buen terreno y vice-versa.

Tratándose del cáncer, puede haber un excelente terreno, y ¿cuál será ese elemento diabólico ó real que se desarrolla? Este es el enigma á resolver.

Los partidarios de la teoría diatésica se guardan bien de decirnos en qué consiste la diatesis, y si bien explican por ella la multiplicidad de los nódulos cancerosos, no les es posible hacerlo sobre la idéntica estructura de los mismos.

La teoría parasitaria, aunque antigua por la significación de la palabra cáncer ó cangrejo, ha tomado otro carácter desde la aparición de la doctrina microbiana. Supone ésta, que el cáncer debe ser análogo á la tuberculosis y que partiendo del foco primitivo los microbios pueden formar colonias, es decir tumores secundarios.

Aunque el parásito productor no ha sido descubierto aún, no puede servir esto de objeción, por cuanto estamos convencidos de que las fiebres eruptivas son microbianas y sin embargo no conocemos el microorganismo causante de la enfermedad.

El argumento más formidable contra ella, es la semejanza de los focos secundarios con el primitivo. Un cáncer melánico en un ojo por ejemplo, que se halla cargado de pigmento, puede generalizarse á la piel, pulmón, cerebro ú otro órgano, constituyendo un tumor secundario negro.

¿Es esto corriente en las afecciones parasitarias?

En manera alguna toman este carácter.

La teoría de la anarquía celular, que yo sostengo, descansa en un parasitismo muy particular fabricado por el organismo. Esta idea rara merece su explicación.

Todo nuestro organismo está compuesto de una serie de células que son otros tantos organismos vivientes con existencia propia, aunque formando parte integrante del ser en totalidad. Por consiguiente, tienen una existencia individual y otra colectiva. Bajo este último aspecto se hallan sometidas á una regulación recibiendo las órdenes

de un poder central, que en este caso particular no puede ser otro que el sistema nervioso, regulador de la nutrición. Puede darse el caso de que estas células dejen de obedecer al centro y declararse en anarquía desenvolviéndose sin tener en cuenta lo que le ocurra al organismo, del cual se nutren, con semejante conducta indisciplinada.

Estas células pueden ser destruidas por sus vecinas macrófagas, pero supongamos que tienen fuerza suficiente para resistir ó que por debilidad del organismo, la vigilancia debida y ordinaria no tenga lugar y la acción de las macrófagas resulte insuficiente. Entonces esas células se desarrollarán como verdaderos parásitos y constituirán el tejido canceroso.

Si se interviene quirúrgicamente con ellas al empezar la anarquía constituida por un pequeño grupo, se obtendrá la curación del cáncer; pero si por cualquiera causa se retrasa la intervención, esas células se hacen aberrantes y se multiplican ulteriormente aumentando el volumen del tumor ó se reproducen en el sitio, si la estirpación es deficiente.

La generalización se verifica por las vías linfática y sanguínea, debiéndose á la primera las masas ganglionares cancerosas correspondientes á los tumores, y á la segunda el desenvolvimiento de los de carácter secundario en los diversos órganos.

Esta hipótesis explica, en ciertos casos, el por qué se han podido verificar *ingertos cancerosos*, frase más propia que la de *inoculación tumoral*.

He aquí explicado cómo el cáncer viene á ser considerado como una afección parasitaria, en la cual los parásitos son células derivadas de las normales.

Veamos ahora qué debe entenderse por caquexia cancerosa.

Las células cancerosas no se ha demostrado que segreguen substancia alguna capaz de producir ninguna alteración en la sangre, como se ha venido sosteniendo. Si el cáncer mata, es porque destruye los órganos ó alterando gravemente sus funciones, el organismo sucumbe.

No puede por tanto creerse en la existencia de la caquexia cancerosa en su antigua concepción, y menos el que sea consecuencia de un envenenamiento celular neoplásico. En prueba de ello, no hay más que observar el gran número de casos de cáncer de la mama en los que el estado general no se altera, y en los del estómago con apariencias

caquéticas, desaparecer éstas por una gastro-enterostomía que supprime los efectos desastrosos del estrechamiento pilórico. Los que realmente aparecen intoxicados, deben su caquexia á las infecciones añadidas al cáncer cuando se ulcera y no es posible conservarlo aséptico.

La curabilidad del cáncer en general, por el Doctor Poirier, de París.—Ante la Academia de Medicina ha expuesto este notable cirujano las reglas de conducta que deben seguirse en el tratamiento del cáncer en general y en el de la lengua en particular.

Fracasada la sueroterapia en todos los casos y limitada la acción de la radioterapia á los cánceres de menor gravedad, afirma nuevamente que la acción quirúrgica precoz, extensa, suficiente y lógicamente desarrollada es la única por hoy capaz de efectos curativos.

Si las estadísticas de mortalidad son aterradoras, débese á varias causas; primera, el enfermo acude tarde donde el médico á exponerle su dolencia, sobre todo si es mujer ó sifilítico; segunda, la imprevisión del médico que no manda reconocer histológicamente la lesión pasando un tiempo precioso con diversos medios sin obtener resultado alguno; tercera, la timidez operatoria limitándose á extirpaciones pequeñas, en los casos buenos y recientes.

Si los cirujanos reuniesen todos los casos de curación verdad, se verían miles de ellos, no obstante la creencia general sobre incurabilidad del cáncer.

Contrayéndose á los casos operados en la lengua, que por el sitio son de los más graves, refiere el Dr. Poirier que de treinta y dos, siete murieron inmediatamente; uno al día siguiente de la operación.

La mayor parte de éstos tuvieron enormes masas ganglionares.

Once de los demás recidivaron muy pronto y los ocho restantes siguen bien durante cinco, tres y dos años transcurridos después de la operación. El diagnóstico ha sido hecho por examen histológico.

A pesar de esta gran mortalidad por haber recaído en casos de excepcional gravedad, hay hechos favorables á la operación.

Es seguro que el tanto por ciento hubiera sido mayor, si los cánceres operados fueran recientes y el no haber cometido el error de emplear un tratamiento antisifilítico ó esperar la aparición de tumefacciones ganglionares.

La operación no sólo debe aplicarse á los cánceres confirmados,

sino también á las leucoplaxias tenaces, por cuanto siempre terminan en ser el asiento del carcinoma.

El cáncer de la lengua, en su opinión, es consecuencia de la nicotina y la sífilis reunidos. O en otros términos: «el cáncer elige un sífilítico fumador».

Nosotros seríamos más explícitos diciendo: el cáncer bucal es, en dos tercios de casos, patrimonio de sífilíticos fumadores y alcohólicos y en el tercio restante, de artríticos de constitución fuerte.

De lo expuesto se desprenden que Poirier opina respecto á la naturaleza del cáncer en sentido anarquista como Debove, formando las células del organismo una especie de sindicato social absorbente y destructor.

Una maniobra fácil para extraer de la uretra un trozo de sonda, por el Dr. Grasset.—Cuando en el curso de un cateterismo ocurriera la ruptura de una sonda de goma, bien por falta de cuidado ó por el mal estado del instrumento, el procedimiento de extracción es sumamente sencillo.

No hay más que fijar el extremo vexical de la sonda por medio del dedo índice y hacer movimientos suaves de ascensión al periné y enseguida al pene producirle plegamientos y estiramientos con la otra mano libre, en forma alternativa parecidos á los que usamos para hacer progresar á una aguja de pasar jaretas en un delantal.

Las lesiones de los grandes proyectiles de la marina de guerra, por el Dr. Matignon.—La batalla naval desarrollada en Tsoushima durante la guerra ruso-japonesa es sin duda alguna la más notable que se cuenta en los anales de la marina. La victoria rápida y tremenda obtenida por el almirante Togó sobre las fuerzas rusas, está á cien codos por encima de las de Salamina y Trafalgar, con la particularidad de haber costado pocas pérdidas.

Dicha batalla no ha sido solamente un hecho culminante naval sin precedentes, sino también una página inédita de cirugía de guerra.

Togó sabía perfectamente que en esa acción se jugaba la resolución de la guerra y que si comprometía todas sus fuerzas navales exponiéndose á ser derrotado, el Japón quedaba inutilizado por completo. Así es que organizó el ataque de una manera brusca é inesperada por medio de 40 torpederos que fueron lanzados sobre los acorazados rusos, dispuestos á ser destrozados totalmente y auxiliados en combinación por grandes cruceros. Aquí se probó, contra la suposición in-

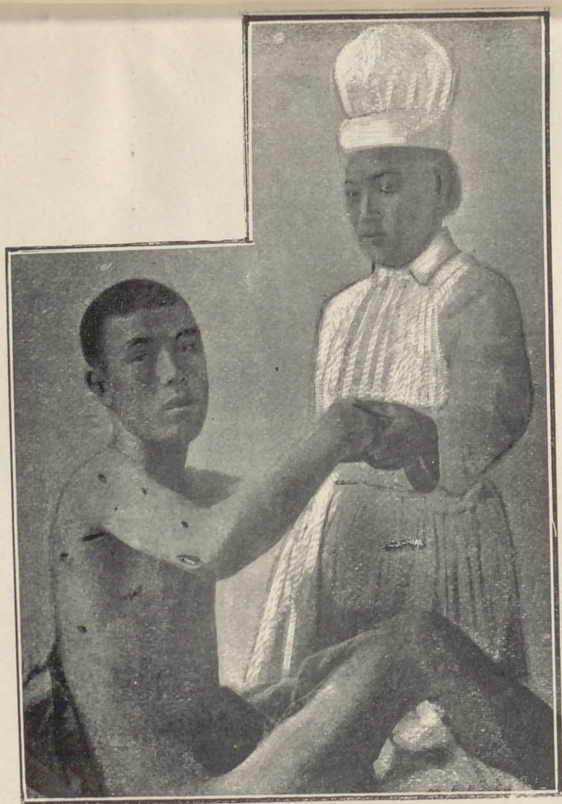


Figura 1.^a

Lesiones imitando heridas incisivas
y punzantes

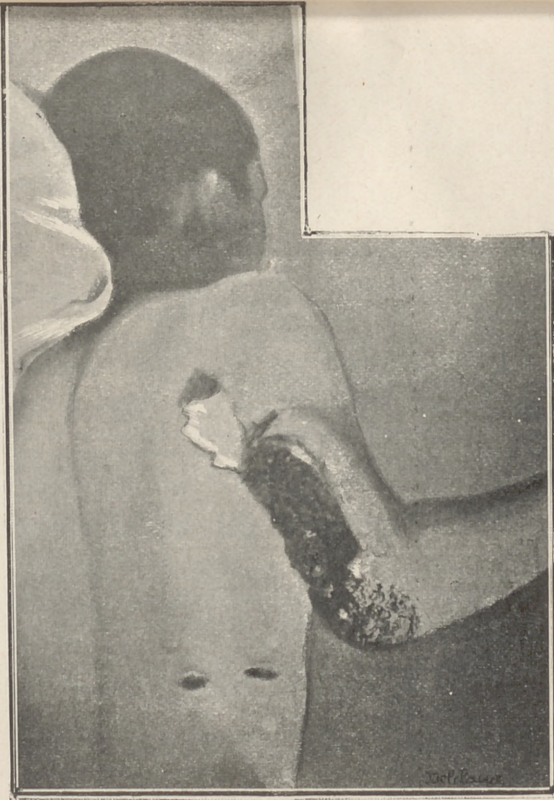


Figura 2.^a

Desgarramiento del brazo
y heridas penetrantes de pecho

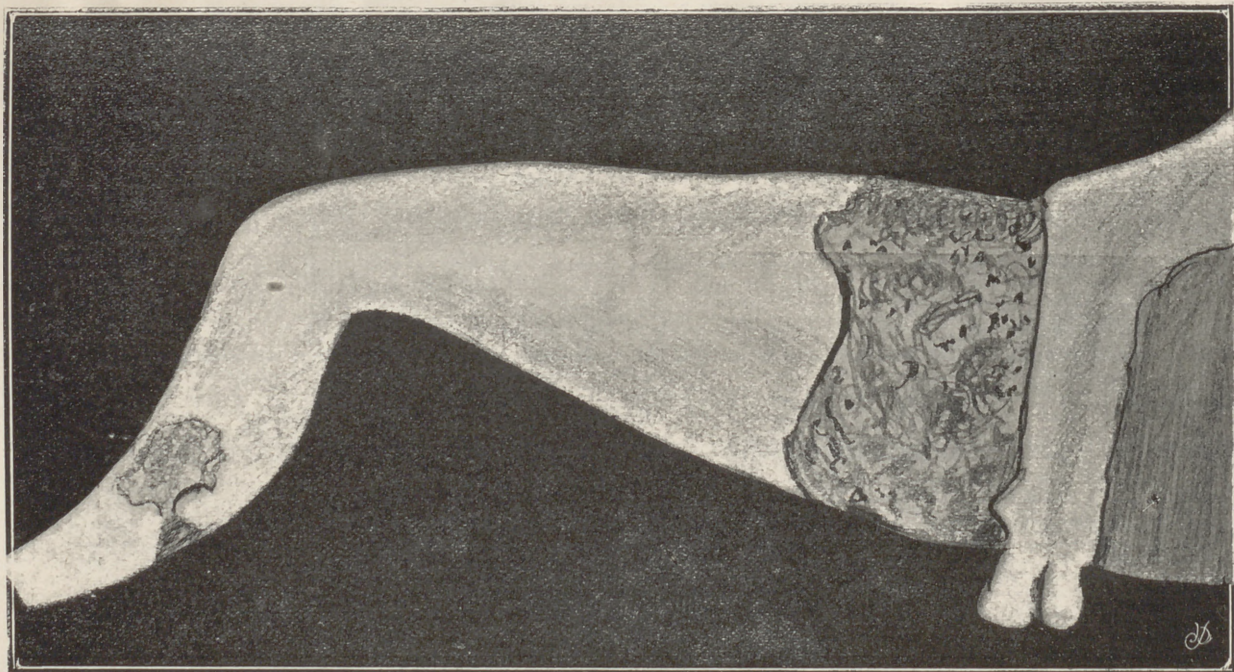


Figura 3.^a

Arrancamiento de la parte superior del muslo

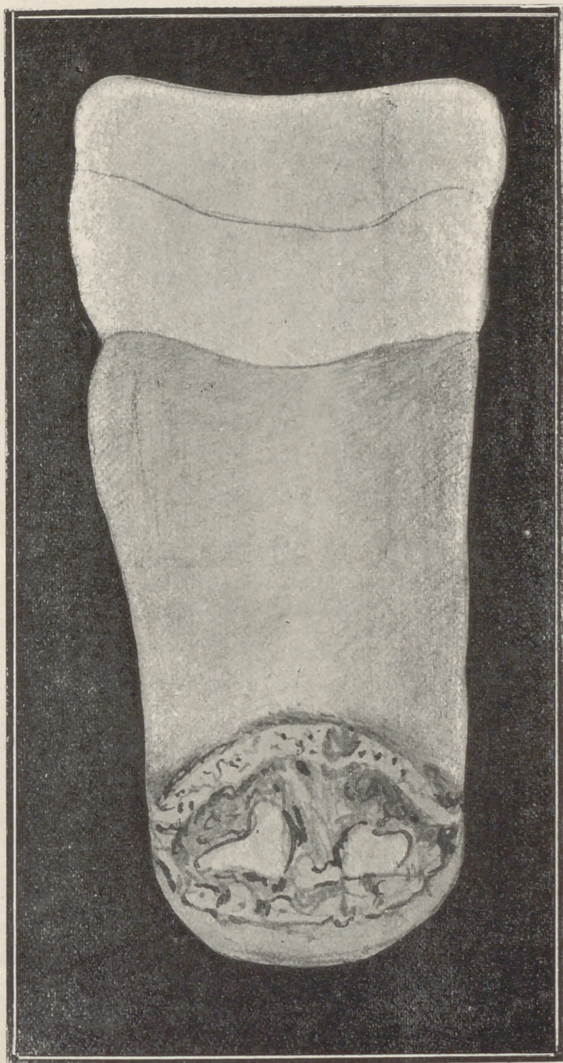


Figura 4.^a
Desarticulación de la rodilla

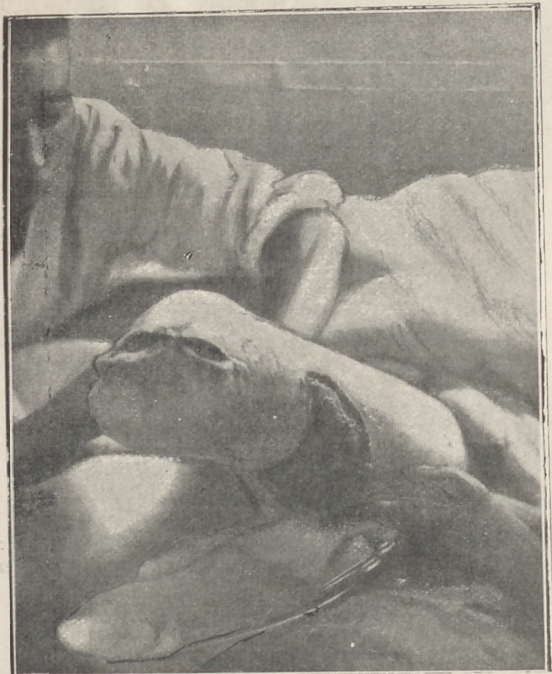


Figura 5.ª
Traumatismo á colgajo y saturado.



Figura 6.ª
Quemaduras
por los gases de la explosión del obús

glesa, que esas pequeñas unidades, cuando van tripuladas con gente que desprecia la vida, y se arriman de verdad á los monstruos de hierro, les hacen pedazos y engendran una confusión horrible y á que las unidades grandes de reserva acaben con una armada, decidiendo la victoria.

Los cirujanos militares conocen bien los efectos vulnerantes de los proyectiles de guerra; pero saben muy poco de los grandes de la marina cuyas dimensiones alcanzan de altura un metro y treinta, y treinta y cinco centímetros de diámetro, hallándose sus flancos rellenos de productos picratados ó nitro-glicerinaados, capaces de hacer saltar en pedazos la sierra del Guadarrama.

Estos obuses son una admirable síntesis de cuanto el ingenio humano puede inventar para destruir á nuestros semejantes por el solo hecho de su explosión, puesto que actúan simultánea y sucesivamente como balas de pequeño calibre, explosivos violentos, puntas de sable y gruesa metralla antigua. Esto unido á su gran velocidad inicial y á la difusión que ofrecen al estallar, producen toda clase de heridas por inverosímiles que parezcan.

Las adjuntas figuras demuestran perfectamente la infinidad de variedades. Así por ejemplo se vé que un fragmento irregular no hace más que rozar la carne, pero de una manera característica. En la figura 1.^a aparecen punciones de trocar y estoque; heridas de sable atravesando los tejidos como balas del fusil Lebel y agujeros de agujas de un acerico.

Las figuras 2 y 3 exponen heridas de garras de una fiera estando los tejidos dislacerados y arrancados brutalmente. Al mismo tiempo la atrición y aplastamiento son tan grandes que la reacción vital contra la infección es imposible, siendo su curación larga con las supuraciones consiguientes.

Los arrancamientos más tremendos son los que se representan en la figura 4.^a, parece que un cirujano los ha ejecutado con el bisturi mal afilado.

Las láminas 5.^a y 6.^a son también notables, pues en la primera el miembro inferior está aplastado y regularizado en sus bordes con suturas por los cirujanos japoneses y la segunda da á conocer las quemaduras por los gases de la explosión de los obuses, en formas raras de tatuaje, equimosis é isloles.

Finalmente: hay que haber oído á los que fueron víctimas de la

derrota, para formarse idea de los horrores sufridos en el combate, viendo irse á pique los acorazados Borodino, Alejandro III y Souvaroff, modelos buenos de la marina rusa, en medio de un ruido y conmoción atronadores, solamente comparables á la erupción de un volcán. Para tener presencia de ánimo en un combate naval y dirigirlo desde el puente del buque almirante, hay que tener una alma bien templada y en más alto grado que al frente de un ejército en tierra, por cuanto en ésta, es fácil sustraerse á las oscilaciones de la lucha y en el mar hay que aguantar los más rudos golpes, sin cambiar de lugar.

DR. IGNOTUS

ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

Acta de la sesión celebrada el día 16 de Noviembre de 1906

Bajo la Presidencia del Sr. Camiruaga y con asistencia de los Académicos Sres. Alonso, Gil y Gorroño, Somonte, Santibáñez, Gil é Iburgüengoitia, Cantero, San Vicente, Entrecanales, Castiella, Otaola, Martínez, Saralegui, Esparza y Mendaza, se dió lectura al acta de la sesión anterior que fué aprobada por unanimidad.

El Presidente, Sr. Camiruaga, leyó el mensaje de felicitación que por acuerdo de la Academia había de dirigirse al eminente histólogo Dr. Ramón y Cajal, por el nuevo triunfo obtenido en su larga carrera científica recompensado con el premio Nobel.

El Sr. García Esparza.—Dice que el caso presentado en la sesión anterior por el Sr. Alonso, había traído á su memoria otro de cuerpo extraño en una mano que asistió en los comienzos de su carrera y que había sido publicado en la *Correspondencia Médica* para probar la facilidad con que en estos casos se puede incurrir en errores de diagnóstico.

El caso que presenta se refiere á una mujer que recibió un disparo por arma de fuego (revólver) en la cara palmar de la mano, la herida era completamente limpia, é introduciendo un

estilete, pudo apreciar claramente en el fondo de la misma la existencia del proyectil.

En el momento del reconocimiento hizo varias tentativas con unas pinzas ordinarias para extraer el proyectil, que resultaron inútiles, aplazando la operación para el día siguiente, pero habiéndose negado la lesionada por no tener ninguna molestia (tanto que se encontraba trabajando cuando fuí á visitarla) di conocimiento al Juzgado, quien ordenó fuera reconocida por otros dos médicos, que no pudieron comprobar la existencia del cuerpo extraño, y ante mi insistencia la vieron otros varios médicos entre ellos el Dr. Encinas creyendo todos que no existía la bala.

Habían transcurrido de dos á tres meses, la herida continuaba abierta, lo que me hacía ratificarme en mi primer diagnóstico, de lo que pude con toda evidencia convencerme un día que estando la mujer haciendo calceta notó un movimiento extraño en la mano, introdujo ella misma una de las agujas por la herida apreciando el proyectil, me avisaron y lo extraje, encontrándolo alojado sobre el tercer metacarpiano, aplastado y encorvado en forma de media caña.

El Sr. Gil y Goroño.--Dice, que aunque el caso presentado por el Sr. Esparza tiene escasa importancia clínica, debe tenerla como médico-legal, teniendo en cuenta el que la lesionada no había dejado intervenir á su debido tiempo.

Para demostrar lo difícil que es en muchos casos determinar el sitio donde se alojan los proyectiles, cita dos casos evidenciados por la Radiografía: en uno de ellos la bala había entrado por la palma de la mano, encontrándose en la extremidad inferior del cúbito, en el otro, la bala situada entre el tercero y cuarto metacarpiano no denotaba ninguna sensación de presencia. En todos los casos de heridas por armas de fuego sin orificio de salida, deben reconocerse detenidamente empleando todos los medios de diagnóstico disponibles.

El Sr. Entrecañales.—Después de manifestar en elocuentes palabras su reconocimiento á la Academia por haber admitido como tema de discusión las infecciones biliares por él propuesto, á lo que le había conducido el ser un asunto de actualidad tanto por su importancia clínica como por el gran pa-

pel que en su diagnóstico y tratamiento juegan Médicos, Cirujanos, Urólogos y Oculistas con lo cual invitaba á los Srs. Académicos que cultivan dichas especialidades á que tomaran parte en la discusión, ilustrándonos con sus conocimientos á fin de que las sesiones nos resultaran á la vez que instrutivas más animadas que en años anteriores.

En una bien razonada síntesis, expuso la importancia trascendental que el hígado tiene en la patología, haciendo una ligera reseña de las distintas funciones de la célula hepática y de las distintas causas que podían alterar su integridad funcional (infecciones generales, alcoholismo embarazo, litriasis, é infecciones biliares).

Siendo las infecciones biliares el asunto principal que había de tratarse para el estudio de las mismas, consideraba el hígado representado por una célula unida al duodeno por un conducto dividido en tres zonas: *primera*: que comprende la parte inferior del colédoco; *segunda*, parte superior del colédoco, cístico, vejiga biliar y parte inferior del hepático, y *tercera*, por la parte superior del hepático, y las vías biliares intra-hepáticas señalando en cada una los microbios que se hallan con más frecuencia.

Acta de la sesión del día 23 de Noviembre de 1906.

Preside el Señor Camiruaga

Bajo la presidencia del Sr. Camiruaga y con asistencia de los Académicos Sres. Carrasco, Guerriabeitia, Otaola, Saralegui, Gil y Gorroño, Santibáñez, Ledo, Cantero, Alonso, Somonte, García Esparza, San Vicente, Castiella, Entrecanales y Madaleno, fué leída y aprobada el acta de la sesión anterior.

El Sr. Gil hace uso de la palabra para contestar á la pregunta por él formulada en la última sesión, acerca de si dada la existencia de un cuerpo extraño en una herida, puede obligarse judicialmente al herido se la deje extraer.

Él cree que no, y no solamente el médico, sino la misma

autoridad judicial, carecen de fuerza suficiente para obligar al lesionado á acceder á una intervenci3n de la poca 3 mucha importancia que supone la extracci3n de un cuerpo extraño.

En su opini3n, el m3dico de cabecera 3 el forense deben hacer constar al Juzgado la conveniencia de practicar una intervenci3n, ya para extraer un cuerpo extraño, ya para hacer una operaci3n: el herido puede 3 no permitir la intervenci3n y el facultativo, en el caso de que aqu3l no permita intervenir, se lo oficiará al Juez.

Sr. Santibáñez.—Entiende que este asunto es más de orden jurídico que médico-legal: el Juez podrá ordenar la intervenci3n, oyendo desde luego el parecer del m3dico, limitándose éste tan sólo á aconsejar.

Sr. Gil.—Cree que el problema no es sólo jurídico, sino también, y muy especialmente médico-legal, pues en algunas circunstancias ocurre el caso de que el Juez no solamente pide su opini3n al perito, sino le ordena intervenga activamente: precisamente para estos casos es para lo que pide parecer á la Academia y pregunta si compete al Juez Fiscal, abogado defensor, etc., esta excitaci3n.

Relata el caso del hallazgo de un feto muerto en un pueblo pequeño, caso en el cual el Juez quiso obligar al m3dico violara un secreto profesional, lo que demuestra que algunas veces el Juez para aclarar las circunstancias que concurren en la comisi3n de un delito, no vacila en imponerse al m3dico, tratando de obligar á éste á ejecutar actos que no son de su incumbencia.

Sr. Santibáñez.—Opina que queda en pie su afirmaci3n, de que este asunto es más jurídico que médico-legal. El m3dico que se halla en presencia de un herido debe officiar al Juez é indicar en el oficio no tan sólo el diagn3stico y pron3stico de la lesi3n sino su tratamiento y cuando haya necesidad de practicar una intervenci3n, proponerla: el Juez entonces debe pesar el pró y el contra de la intervenci3n y si ésta compromete la vida del enfermo, lo cual equivaldría á aumentar la pena que pudiera imponerse al agresor, debe aconsejar la abstenci3n, pero debe ordenarla cuando aquella no lleve envuelta un peligro inminente de vida para el herido.

Sr. Esparza.—Expresa su idea de que no pueden ni deben imponer su voluntad el médico ni el Juez sino limitarse á aconsejar al herido. Claro está que el médico dará cuenta de este asunto al Juez para que obre en autos, y como es consiguiente á ello se deben atener el Fiscal y el Defensor, el uno para proponer la pena y el otro para atenuarla.

Sr. Somonte.—El médico, en todos los actos en que interviene, se limita á desempeñar el papel de consejero. En los asuntos jurídicos las cosas se llevan con más formulismos, pero después de todo queda patente la acción del médico como consejero.

Si propuesta una operación, sea de la naturaleza que quiera, el herido se niega á ella, el médico, en su concepto, no puede hacer más: da parte al Juzgado y éste obrará en consecuencia.

Sr. Gil.—Queda demostrado que ni el Juez ni el médico tienen sobre el lesionado jurisdicción suficiente para obligar á éste acceda á una intervención quirúrgica, si antes se ha negado á ella. Por tanto, ni el médico ni el Juez juntos ó aisladamente podrán hacer presión sobre el herido acerca de este particular, ni el Juez podrá obligar al médico intervenga, si el herido se niega á ello.

Sr. Carrasco.—Abunda en las mismas consideraciones. Por su caracter de médico del Hospital Civil de esta población encargado de una sección de Cirugía, ha tenido que intervenir en multitud de casos de esta índole: jamás ha practicado una intervención quirúrgica sin consultar la opinión del lesionado. Claro es que procura siempre llenar las indicaciones terapéuticas que hayan surgido ó vayan surgiendo, pero siempre respetando la libertad que en su concepto cabe al herido, de dejarse curar si lo estima conveniente.

La legislación alemana, tan lo entiende así, que no solamente en los casos criminales, sino en los de accidentes del trabajo, deja al lesionado en completa libertad de acción, y hasta le permite recurra á un curandero si así lo quiere aquél, cargando no obstante á las Compañías aseguradoras, los gastos de curación. Así entienden allí la libertad individual.

INFECCIONES DE LAS VÍAS BILIARES

Sr. Santibáñez.—Dirigiéndose al señor Entrecanales, ponente del tema, quiere que éste aclare el concepto de aquél: si se trata puramente de las infecciones *limitadas* á las vías biliares, como son el conducto colédoco, el cístico y la vejiga de la hiel, ó las del propio parenquima hepático, célula hepática y tejido conjuntivo ó de ambas entidades á la vez. Sea la infección ascendente, es decir, partiendo del intestino, sea sanguínea, sea secundaria ó intra-infección anterior, desea saber si se ha de discutir la infección limitada á todo ó á parte del sistema biliar.

Sr. Entrecanales.—Para él, el tema se halla bien planteado. Descarta las infecciones secundarias; descarta también las sanguíneas y se limita á aquellas que partiendo de las vías biliares, van ascendiendo por el colédoco, vexícula biliar, llegan á los espacios intercelulares y alcanzan á la propia célula hepática. En este cuadro tienen cabida las ictericias catarrales ó no, las litiasis, las angiocolitis, las colecistitis, algunas cirrosis y la propia hepatitis supurada.

Para entrar en materia y para que sirva como núcleo de discusión presenta el caso siguiente:

Trátase de un individuo de 62 años de edad, habitualmente sano, de costumbres muy morigeradas, sin antecedente hereditario alguno. Tuvo necesidad de ausentarse de Bilbao una temporada, é ir á una localidad fuera de esta Provincia, donde debido á la escasez de medios, su alimentación forzosamente fué mala, haciendo uso con gran frecuencia, entre otras cosas, de sardinas en conserva. Al poco tiempo de su estancia allí, se notó algo indispuerto, aquejando algún trastorno gastro-intestinal, pocos vómitos, ligera diarrea, inapetencia, etc. Vino á Bilbao persistiendo este cortejo sintomático; se le sometió á un régimen apropiado, se le administró un purgante de calomelanos, sobreviniendo una ictericia, de forma probablemente catarral acompañada de decoloración de las heces fecales, prurito generalizado, coloración intensa de la orina, etc., y dolor del vientre. Merced á la medicación empleada fué desapare-

ciendo paulatinamente el estado morbosos, curando aparentemente la lesión sin dejar trastorno ninguno, pues hasta la orina, analizada debidamente, no acusaba entonces la presencia de pigmento alguno.

Un año después repitió nuevamente el ataque, precedido de un escalofrío tan intenso que se pensó al principio pudiera ser el comienzo de una afección aguda del aparato respiratorio. Este nuevo estado y siempre con escalofríos y fiebre alta, duró cuatro ó cinco días, hasta que se presentó otra ictericia acompañada como la anterior de todos los síntomas habituales ictericia y trastornos que duraron otras cuatro ó cinco semanas. De este ataque quedó el enfermo mal, flaco y macilento, con una convalecencia penosa y larga, y con algunos trastornos del aparato digestivo.

Seis meses después, nuevo ataque con el consiguiente escalofrío, ictericia patente y clara, mal estado general, pulso lento prurito intenso: cuatro meses después, la orina denotaba todavía la presencia de la urobilina y el indican, y los Sres. Carrasco y Areilza, llamados en consulta, opinaron que, ante la presencia de un hígado tan profundamente trastornado, debía insistirse en el empleo de la leche á fin de evitarle trabajo á la célula hepática.

En Mayo último repitió el ataque, con pequeña ictericia, diarrea profusa, estado general mucho más grave y más profundamente decaído que en los casos anteriores, y el enfermo sucumbió en pleno colapso.

En todo el curso de la dolencia no hubo ni abultamiento ni dolor en el hígado

¿En qué clase de afecciones encaja este cuadro?

Analiza todas las enfermedades del hígado, y descarta la cirrosis, el cáncer de la ampolla de Water, el del hígado, el cáncer de los conductos biliares y el de la cabeza del páncreas, entre otras razones, porque en estas afecciones existe dolor que aquí no hubo, ni el más pequeño, en algunas de ellas hay hipertrofia hepática y ascitis, síntomas de que carecía el caso presentado, y suele haber anuria, al contrario de lo observado en el enfermo objeto de esta historia, en el que casi siempre se notaba una gran cantidad de orina.

Para él, se trataba más que de otra cosa, de una infección ascendente de los conductos biliares. Aquellos trastornos gastro-intestinales del comienzo, quizá aquella alimentación super-tóxica, determinó una infección ligera de las primeras vías, cuyo contenido microbiano exaltado en su virulencia fué ascendiendo paulatinamente y por etapas, hasta el parenquima hepático, donde dió lugar al cabo del tiempo á una hepatitis intestinal supurada. Su opinión es que terminó por una septicemia hepática, cuyo origen se hallaba en las vías biliares.

Dice que no pudo ser una atrofia amarilla aguda del hígado porque esta es más breve, hay hemorragias copiosas, que en este caso no hubo más que alguna ligera melena.

Sr. Lledo.—Las clasificaciones en patología hepática pecan muchas veces de artificiosas. En la mayoría de los casos no es posible dilucidar si la infección se halla localizada á una parte del árbol biliar ó alcanza á todo él, y para él, las llamadas infecciones biliares son más bien hepáticas, sin poder determinar claramente y con seguridad muchas veces su verdadero origen.

Como quiera que las funciones del hígado son múltiples, la infección alcanza á todas ellas que se hallaban más ó menos afectadas, claro está, según la mayor ó menor intensidad del proceso.

La mayor parte de las infecciones hepáticas de los países cálidos, tienen su origen en el aparato digestivo y reconocen como causa ya una trasgresión de régimen, ya una infección digestiva pequeña ó grande, que va alterando y comprometiendo la función hepática; las de los países cálidos reconoce como causa, la hiperfunción hepática debida á que el hígado se encarga de suplir en parte la función de la piel y de los riñones.

El Secretario,
C. MENDEZA.

COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Sesión celebrada el día 8 de Noviembre de 1906.

En el Salón de sesiones del Colegio y bajo la presidencia del Sr. Alonso de Celada se reunieron los Srs. Saralegui, Artaza, Sastre, Aguirrezabala y Bolivar.

Fué leída por el Secretario el acta de la sesión anterior siendo aprobada. A continuación se dió cuenta del gran retraso de que es objeto la entrega de la nueva Tarifa y por tanto su aprobación é implantación en Vizcaya, acordándose solicitar nuevamente de los Srs. Comisionados de su redacción, la inmediata entrega de su trabajo, pues es de suponer esté ya terminado.

Se dió cuenta de las gestiones practicadas en Madrid, á fin de que se active la resolución acerca del recurso interpuesto por un señor Farmacéutico de Bilbao, contra el acuerdo del Colegio relativo al cierre de las Farmacias.

Se dió cuenta de una denuncia presentada por el Sr. del Río, en la que manifiesta que el Sr. Eguiraun rescindió el contrato que tenía con la Sociedad de Socorros Benéficos, la «Fraternal» por no atemperarse dicha Sociedad al acuerdo y Reglamento del Colegio de Farmacéuticos relativos al contrato con Sociedades Benéficas particulares, contrato que fué aceptado por el Farmacéutico Sr. Barrera F. haciendo caso omiso del referido Reglamento y faltando al compañerismo y unión de la clase, con su desconsideración al Sr. Eguiraun. Se acordó en consecuencia á esta denuncia, convocar al Sr. Barrera F. para que comparezca ante la Junta de Gobierno y explique su actitud, haciéndole ver que de no acudir incurrirá en la 1.^a corrección, según establecen los Estatutos.

A propuesta del Sr. Bolivar, se acordó dirigir una entusiasta felicitación al eminente sabio D. Santiago Ramón y Cajal, por la adjudicación del premio Nobel.

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

El Secretario,

JOSÉ BOLIVAR

Sesión celebrada el día 13 de Diciembre de 1906.

En el Salón de sesiones del Colegio y presididos por el Señor Alonso de Celada se reunieron los Srs. Artaza, Sastre, Saralegui, Aguirrezabala y Bolivar.

Leída el acta de la sesión anterior, fué aprobada.

Se dió cuenta de la promesa formal hecha por el Sr. Zuazagoitia, de entregar la nueva Tarifa á la Junta de Gobierno del Colegio en el plazo de breves días por ser insignificante la labor que falta para dar por terminado el trabajo á ellos encomendado.

A continuación se convino en que no hubo lugar á hacer comparecer ante la Junta, al Sr. Barrera F. con motivo de la denuncia de que se dió cuenta en la sesión anterior, por haber desaparecido el motivo que originó el acuerdo, según informe recibido.

Se dió cuenta del telefonema de felicitación dirigido á Don Santiago Ramón y Cajal, así como de la atenta carta por él dirigida á los Farmacéuticos de Vizcaya.

Se acordó patrocinar el acuerdo tomado en reunión celebrada por los Farmacéuticos de Bilbao, el día 10 del corriente mes, de protestar ante la Alcaldía de la villa, contra la implantación de nuevas contribuciones al Farmacéutico, siempre que este satisfaga la correspondiente á su profesión.

Se hizo notar el sin número de errores que contiene la nueva Nomenclatura de medicamentos para la Beneficencia Municipal de Bilbao, y la necesidad de subsanarlos antes de 1.º de Enero de 1907, á cuyo objeto se comisionó á los Srs. Artaza y Bolivar, para que en unión de la Comisión Municipal correspondiente lleven á cabo la rectificación.

Se acordó dirigir una circular, á todos los Farmacéuticos

de la Provincia, recordándoles que en 31 de Diciembre actual termina el plazo de inscripción como Socios fundadores de la Institución Benéfica «Caja de Socorros del Cuerpo de Farmacéuticos titulares» y que los que deseen inscribirse como tales deben dirigir la solicitud de ingreso á D. Ignacio Landazuri, Farmacéutico, en Durango.

Al mismo tiempo deberá comunicarse á todos los Srs. Farmacéuticos de Vizcaya, que durante todo el mes de Enero proximo, podrán hacer las objeciones que juzguen oportunas en la nueva Tarifa de Medicamentos que estará á su disposición en la Redacción de la GACETA MÉDICA DEL NORTE. (Librería de Fuentes.—Bidebarrieta, 9.)

Así mismo, se acordó pedir á los Srs. Farmacéuticos, de San Sebastián datos sobre la forma en que llevaron á cabo el establecimiento de depósito de curas antisépticas, ortopedia, etcétera que en la Capital vecina existe, con objeto de estudiar su implantación en Bilbao.

Se dió cuenta de un escrito dirigido por el Sr. Subdelegado de Farmacia del distrito de Valmaseda, en el que comunica que apesar del tiempo ya transcurrido desde que dicho Sr. hizo la denuncia de que el Ayuntamiento de Portugalete, no había provisto la titular de Farmacéutico, y de las órdenes dadas al efecto por la Inspección Provincial, aún es hoy el día que en la referida Villa, todo sigue en idéntica situación; en su vista se acordó dar traslado del mencionado escrito al Sr. Inspector Provincial de Sanidad.

Se acordó á propuesta del Sr. Sastre enviar una felicitación al Excmo. Sr. D. Angel Pulido, por haber sido designado para el importante cargo de Subsecretario del Ministerio de la Gobernación.

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

El Secretario,

JOSÉ BOLIVAR.