

# Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XV

Bilbao—Mayo—1909

Núm. 173

## LIGERAS CONSIDERACIONES

SOBRE

## MIS ENFERMOS DE SUPURACIONES DEL OÍDO

Tratados quirúrgicamente

Comunicación leída en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

### I

Yo practiqué la primera intervención en una otorrea crónica hace más de veintidos años, dejándome llevar por el criterio de cirugía general, entonces dominante, de combatir las caries á escoplo y martillo. Tuve la fortuna de hacer el debut en un joven que supuraba por el conducto años atrás, por añadidura con fistulas en la región mastóidea. Guiándome por ellas, sin olvidar lo entonces conocido de anatomía de la región, levanté la cáscara mastóidea y encontré un colesteatoma que disecaba perfectamente las células y el antro, y establecía amplia comunicación con la ceja. En muchos casos como este de tumores epidérmicos, lo que se llama cura radical, las ejecuta la misma lesión, limitándose la labor del cirujano á levantar la corteza exterior y extraer con la cucharilla el magma sebaceo, sin preocuparse de vecindades peli-grosas.

La facilidad de la intervención y el éxito consecutivo hizo desde luego, fortificar mi criterio de que las supuraciones del

oído son un caso particular de las caries óseas, con idénticas indicaciones operatorias, justificadas y reforzadas por los graves peligros que la propagación del proceso á los órganos próximos puede determinar en el momento menos pensado. Y desde aquella fecha consideré como deber profesional plantear en las otopatías graves, el problema de la operación, agotados los métodos ordinarios del tratamiento conservador. Esta es la razón por la que llevo ejecutadas cerca de ciento cincuenta intervenciones de esta naturaleza, si bien en la casi totalidad de ellas fué la labor más difícil y complicadas que en la primera.

En este largo período de mi experiencia profesional, la gran cirugía del oído ha progresado enormemente; mejor dicho, se ha constituido sobre bases sólidas, merced al conocimiento matemático de la región anatómica, puesto que aquí, cual sucede siempre, la anatomía es el fundamento de la cirugía. Como el resto de los cirujanos, he seguido la evolución de estos progresos, modificando los procederes y precisando las indicaciones al compás de los nuevos descubrimientos, hasta llegar al momento presente en que la cura radical de la otorrea figura entre las operaciones más regladas y corrientes.

La trepanación de la apófisis mastoides la ejecuté por vez primera, en 1776, un médico militar alemán, llamado Jasser, con el propósito de evacuar una colección purulenta, y pronto se generalizó en la práctica, no sólo con los fines de su autor, sino para curar toda especie de otopatías; demasía operatoria, que recuerda otra semejante, que un siglo más tarde habían de cometer los que la emplearon para el tratamiento de la sordera por esclerosis. El desconocimiento exacto de la región y el empleo de instrumentos inadecuados, como el trepano, el punzón y el trocar prepararon pronto á la operación de Jasser una revancha de fracasos; y entre ellos, el más sonado fué el del Dr. Berger, médico famoso de la corte de Kopenhague, que se hizo trepanar por su ayudante Kolpin. Padeecía el Dr. Berger una mastoiditis dolorosa y siguiendo la moda del tiempo, ordenó á Kolpin perforarse su apofisis, inyectando á continuación licor de Hoffmann; pero el enfermo murió rápidamente de meningo-encefalitis. La autopsia puso de manifiesto, que bien por el poco espesor de los

huesos ó por la inhabilidad del ayudante, el instrumento había penetrado en la masa encefálica. Esta célebre víctima de la trepanación provocó escarmiento en cirujanos y enfermos, y durante un siglo se la conceptuó como maniobra execrable, prohibida por la ciencia y por las leyes.

Desde el año 1860 comenzaron á publicarse nuevas curaciones alcanzadas con la trepanación, pero el rehabilitarla, mejor dicho, el crearla con bases firmes, se debe á los trabajos de Schwartz, cirujano de Halle. En 1872 apareció la memoria de Eysel, su discípulo, referente á la anatomía clínica de la región, donde por vez primera se marca el camino y las indicaciones quirúrgicas en los casos graves de retención purulenta; proscribiendo al mismo tiempo los perforadores, para en su lugar defender el empleo de la gubia y el martillo. En 1882 reseña Schwartz sus 100 primeras observaciones de vaciado mastóideo á enfermos con signos exteriores que garantizaban el diagnóstico; y por fin en 1885, publica su magistral tratado de afecciones quirúrgicas del oído, establece con exactitud el manual operatorio y las indicaciones, dando á éstas una extensión amplia y desconocida hasta entonces. Así por ejemplo, considera de rigor intervenir en las mastoiditis con tumefacción, dolor ó fístulas, en las otitis con signos graves de retención; entiende que es profiláctico y conveniente operar las otorreas crónicas rebeldes á los tratamientos ordinarios; y por último, defiende el criterio de llevar la mano del cirujano á las complicaciones meningo-cerebrales, é inflamaciones de los senos, aunque el éxito no corresponda siempre á la intervención.

Otros médicos han completado más tarde la considerable labor de Schwartz. Küster, cirujano militar alemán, hizo el primero la llamada cura radical, poniendo en comunicación la caja, el antro y las lélutas; Stacke y Zanzal idearon sus hoy clásicos procedimientos de atico-antrotomía; Jansen fundó la cirugía del laberinto; Koerner precisó el mecanismo y tratamiento de las complicaciones intra-craneales, etc., etc.

No intentaré en éstas notas fatigar la atención del auditorio, relatando historias de mis enfermos; y voy á limitarme á ligeras observaciones de carácter general, mencionando de paso algunos

hechos cuyo recuerdo no se haya borrado de la memoria, por el interés que en mí despertaron.

He dicho anteriormente que la cirugía del oído medio era un caso particular de cirugía de huesos; y esto, á primera vista, parece un poco paradójico, tratándose de procesos supurativos de la mucosa auditiva, propagados en su mayor parte, de otra mucosa, (la faríngea) á través de la trompa de Eustaquio. Pero debe saberse que la membrana de la caja y de los anejos difiere esencialmente de las otras mucosas: es una mucosa perióstica cuyos vasos penetran directamente en el hueso, provista por otra parte de hacecillos conjuntivos especiales (embudos de Politzer) que establecen unión íntima entre ambos elementos; y á esta conexión anatómica corresponden fenómenos fisiológico-patológicos idénticos, de tal modo, que es difícil concebir una simple hiperemia de la membrana sin otra semejante en la pared ósea. Por eso ha dicho Trolst, que toda inflamación de la mucosa auditiva es una periostitis. Tal relación é influencia explica las osteo-mielitis de origen mucoso, las osteitis fungosas inherentes á retenciones purulentas la corrosión de las laminillas óseas por efecto del colesteatoma, etc., etc., lesiones que constituyen el fondo anatomo-patológico de las afecciones del oído; y perteneciendo las lesiones á esta calidad fundamentalmente ósea, claro es que el tratamiento ha de incluirse en la pura cirugía de los huesos, con intervención en forma de legrados, resecciones, etc., etc.

## II

La mayoría de mis enfermos han pertenecido á la serie banal de infecciones propagadas de la faringe á través de la trompa pues son de ordinario las fauces, nido de toda clase de gérmenes y aumenta su caudal en la escarlatina, influenza, fiebre tifoidea, sarampión, etc., etc.; tanto los microbios piógenos como los específicos toman parte en el proceso, conservando sin embargo las inflamaciones el sello del agente específico, como veremos al describir algunas lesiones de nuestros operados. Y de todas estas infecciones, la gripe ha motivado mayor número de intervenciones, constituyendo ella sola cerca de la tercera parte del total.

No siempre la propagación de la flogosis ha venido por la trompa. Visité á un marino atacado en alta mar de flemón piridentario en el maxilar superior, cuyos gérmenes, provistos sin duda de gran virulencia, propagáronse á la fosa zigomática, caja del tímpano y cuero cabelludo, barriendo toda clase de obstáculos anatómicos. Hubo precisión de desembarcarle para sufrir una intervención variada y múltiple en el oído y regiones invadidas.

Cierto número de mis enfermos se refieren á otitis y mastoiditis desenvueltas en el curso de una fractura del peñasco por infecciones á través del conducto auditivo externo. Entre ellas es interesante la historia de una muchacha de 18 años, que se fracturó el temporal izquierdo al caer de una escalera, sangrando copiosamente por el conducto en el momento del traumatismo. Le visité por vez primera á los 14 días, encontrando supuración fétida abundante por el oído, acompañada de pastosidad inflamatoria, que desde la región mastoidea se corría por la parte alta y posterior del cuero cabelludo. La fiebre, intercalada de escalofríos, llegaba á 40°; al mismo tiempo había hecho su operación una artritis del codo izquierdo y un flemón en la pierna del mismo lado, denotando todo ello piohemia de origen ótico. Hice la cura radical y encontré todas las cavidades invadidas; pero como era de presumir, dado el edema del cráneo, la supuración se propagaba en forma de diploitis disecante por la escama del temporal, parte del occipital y parietal del mismo lado, siendo necesario levantar con el escoplo la capa ósea externa, hasta llegar á las zonas sanas. La enferma curó después de graves alterativas y nuevos focos embólicos, entre ellos uno del pulmón, evacuado espontáneamente. Este es un caso típico de deploitis corrosiva, complicación frecuente de cirugía craneal, olvidada y desconocida hasta los trabajos de Lannelonge en 1879; su gravedad es inmensa y he visto morir más que sanar á consecuencia de ella. Aunque se trataba de una verdadera piohemia ótica, no se afectó el seno lateral, y hago esta advertencia, porque muchos autores continuando la tradición de los cirujanos clásicos, atribuyen exclusivamente el accidente á trombosis de estos vasos. Sigue todavía el duelo entre Leuter y Koerner para explicar ciertas formas de infección purulenta; mientras el primero busca la gé-

nesis en una trombosis incompleta y parietal del gran seno, el segundo encuentra más lógico originarla por flebitis de pequeñas venas. Me parece más aceptable, en el caso actual, el punto de vista de Koerner, porque en esta osteo-mielitis había trombosis de las venas del diploe.

Incluyo, hasta cierto punto, entre los de procedencia traumática que he debido intervenir, algunos, bastantes enfermos que padecían afecciones del oído medio, de marcha crónica, y que después de maniobras intempestivas, hechas unas veces por ellos mismos y otras por diferentes personas, han visto reverdecer sus focos ó invadirse la mastoides, ú otras zonas más peligrosas. En cirugía de huesos y especialmente en el hueso temporal, los focos latentes que no causan grandes molestias, deben considerarse como un «*nolime tangere*», siempre que no pueda garantizarse la antisepsia y el desagüe.

Las supuraciones auriculares hematógenas no las creo tan excepcionales como se supone. Las experiencias de Lexer han probado el importante papel que las embolias microbianas representan en la génesis de las osteopatías, ingertando los gérmenes allá donde la riqueza y división vascular es más intrincada y fina, como ocurre en el oído medio y sus anejos. No todas las embolias microbianas gozan igual privilegio para fijarse en el tejido óseo; son frecuentísimas las osteitis tuberculosas por colonias bacilares que llegan del torrente circulatorio, y es muy raro este mecanismo si se trata de supuraciones estafilocócicas, estreptocócicas, etc., etc. He operado algunos enfermos de mastoiditis, coincidiendo con otros focos purulentos que revelaban este último origen; pero ninguna tan característica como un señor sacerdote, afecto de endocarditis infecciosa, y que entre varios abscesos embólicos, tuvo una otitis repentina, que se abrió espontáneamente por el conducto y mastoides; y donde intervine más tarde, siendo ya crónico el proceso.

El carácter específico del agente infeccioso imprime cierto sello á las lesiones óticas, aun cuando se halle asociado y combinado á otros gérmenes supuradores banales. En la gripe, por ejemplo, el proceso es difuso, pero superficial y perióstico; determinando fácilmente esas propagaciones á que se ha dado el nom-

bre de mastoiditis de Bezold. En una anciana desbridé abscesos que se propagaban desde el vértice del cráneo á la base del cuello, espaldas y brazo, y en cambio las lesiones auriculares ocupaban solamente parte de las celdillas mastoideas. Se ha abusado, en mi concepto, para explicar estas mastoiditis difundidas á los tejidos externos de la conformación especial de algunas apófisis neumáticas, cuyas células apicales apenas están separadas de las inserciones musculares por tenues laminillas de hueso. Yo he visto abscesos peri-óticos en niños de pocos años, que como es sabido, no tienen celdillas en la punta; y por otra parte las propagaciones altas, dejando libre el vértice, no son del todo excepcionales. Merece no olvidarse para completar esta explicación la tendencia que ciertos gérmenes, como el de la gripe tienen á extenderse en superficie más que á penetrar profundamente.

Es, por el contrario, la otitis escarlatínosa de condición, esencialmente destructora; necrosa con rapidez las partes duras y blandas del aparato auditivo. Recientemente he operado un muchacho de 15 años que supuraba por el conducto á consecuencia de dicha enfermedad; sus molestias no eran ni habían sido grandes, y las señales externas en la apófisis, casi negativas, pero en la intervención descubrimos que las caries habían corroído la mayor parte de las mastoides, destruyendo también el seno lateral. El antro y la caja se hallaban repletos de granuleciones, había desaparecido el techo del tímpano, dejando descubierta la dura madre fungosa. Por fortuna la necrosis respetó el conducto del facial y el enfermo obtuvo la curación sin deformidad.

La sífilis destruye también frecuentemente las paredes timpánico-mastoideas y en ocasiones se encuentran voluminosos sequestros cuya extracción es peligrosa, como sucedió en un niño afecto de sífilis hereditaria, que al arrancar parte de la apófisis mortificada desgarró el seno lateral, siendo preciso el taponamiento para combatir la hemorragia.

La otitis hereditaria luética es muy corriente y constituye uno de los síntomas de la famosa triada de Hutchinson: rara vez debe ser sometido á tratamiento quirúrgico, si el enfermo cum-

ple los preceptos de la cura específica. Más excepcional es aún la apelación á la cirugía para combatir infecciones sífilíticas adquiridas, pero tengo en mi práctica algún caso en que se hizo indispensable. Un joven en el segundo período, con manifestaciones cutáneo-mucosas y que desde el comienzo del proceso fué medicinado con inteligencia é intensidad, sufrió un ataque inflamatorio de la caja y anejos, y no pudiendo modificar el grave estado local hubo de practicársele la atico-antrotomía. La operación resultó facilísima por hallarse el hueso reblandecido dejándose tallar con la gubia sin hacer uso del martillo; esta blandura «sui géneris» coincidiendo con la hemorragia profusísima en el acto operatorio, demostraba una exageración del proceso fetal propio de toda osteitis cuya característica estriba en la invasión y corrosión de las laminillas óseas por asas vasculo-medulares. Tal lujuria vascular debía estar relacionada con la naturaleza específica de estas osteitis, pero confieso que no he llegado á ver consignada la particularidad en las obras de anatomía patológica, incluso en los modernos trabajos de Ranvier acerca de estos procesos.

Otra forma de otitis en que la intervención resulta también de gran sencillez es el colesteatoma. El tumor cincelando las cavidades libra al cirujano de labor tan delicada y reduce su tarea á extraer con la cucharilla el magma caseoso sin peligro de herir troncos vasculares ó nerviosos. Si se tiene presente los gravísimos peligros que puede ocasionar el colesteatoma abandonado á su marcha, y lo simple de su curación en condiciones normales, debe aconsejarse á cualquier médico intervenga en cuanto asegure el diagnóstico. He visto á menudo estos extraños tumores acerca de cuya génesis embrionaria tanto se ha discutido. Las enseñanzas de la clínica prueban que en su inmensa mayoría están constituídas por masas de pus concreto, invadidas por el epitelio cutáneo á través de perforaciones timpánicas, y por ello en las bolas y láminas que lo integran, ya no existe el epitelio cilíndrico de la mucosa auditiva; pero hay casos cuyo origen fetal es tan seguro como en los colesteatomas del ovario, de la cola de la caja, etc. He observado en un niño de seis años, en el interior de la masa, mechones de pelos cuya presencia no

podía explicarse de otro modo y que me recordó el caso publicado por Ribbert en su tratado de tumores, en el que también aparecieron folículos pilosos y glándulas sudoríferas de la época embrionaria.

Considero la tuberculosis como muy corriente en las afecciones del oído, singularmente en los niños. Hemrici supone que la quinta parte de las mastoiditis primitivas son de este origen, y yo me inclino á creer que las secundarias dan todavía un contingente más elevado. En las otitis crónicas falta por excepción las caries del tejido óseo, y la palabra caries es hoy en cirugía casi sinónima de tuberculosis. Se invocan, ordinariamente, para explicar la cronicidad supuratoria, una porción de circunstancias locales (multiplicación de los recodos, imposibilidad del desagüe, carácter esponjoso del hueso, formaciones fungosas, lesiones nasales y cutáneas de vecindad, etc., etc.) pero con ser muy atendibles, no bastan á comprender la tenacidad del padecimiento. Gran parte de éstos enfermos crónicos se curan con un tratamiento farmacológico y climatológico, al igual de lo que ocurre con las restantes tuberculosis óseas, sin necesidad de modificar esas condiciones tóxicas perjudiciales; además, cuando las hacemos desaparecer mediante una intervención quirúrgica amplia, vemos amenudo retoñar la fungosidad tuberculosa en la superficie libre de la herida, donde ya no existen las circunstancias invocadas. En algunos operados se atribuye erróneamente la formación de estas fungosidades á defectos de cura, y en puridad son reingertos tuberculosos en la herida operatoria, semejantes á los que aparecen después de las resecciones y raspados de otros huesos.

### III

Las dos operaciones hoy consagradas como clásicas en las supuraciones del oído, son la antrotomía y la atico-antrotomía, reservándose también á esta el nombre de cura radical, porque establece comunicación definitiva entre todas las cavidades auriculares. No he de ponerme á describirlas, puesto que cualquier manual de cirugía las explica con todo detalle.

Al empezar mis intervenciones ya se practicaba en Alemania la antrotomía de Schwartz, pero no había comenzado aún la era de la cura radical. Sin tener conocimiento de los trabajos del cirujano de Hallé, y guiado por mí mismo, traté los casos con arreglo á las circunstancias de cada uno, dejándome llevar por las mismas lesiones; hubo enfermos en que pasé del antro á la caja á través de la pared postero-superior del conducto, ejecutando maniobra idéntica á la preconizada posteriormente por Zanfál, pero en general seguí el procedimiento siguiente: abría las células y el antro con el escoplo y enséguida atacaba por el conducto y á través de la herida retro-auricular las fungosidades de la caja, extrayendo, á ser posible, los huesecillos. Claro está que no podía resultar siempre completamente eficaz mi modo de proceder, desde el momento que dejaba fuera del alcance de la cucharilla el techo del tímpano, tan fecundo en caries y fungosidades.

Estas operaciones se consideran hoy indispensables en todas las mastoiditis, en las otitis con retención y en las otorreas ó supuraciones crónicas, variando el criterio en si ha de haber indicaciones para cada una de ellas ó si siempre se hará la cura radical y definitiva. He de poner mis reparos á estos radicalismos que nacieron sin duda del vértigo operatorio, y no de exacta observación de los hechos. En un congreso de cirugía de 1900, llegó á decirse que á los tres días de manifestada una mastoiditis debiera estar siempre operada; exageración que el mismo Politzer uno de sus partidarios, ha venido á refutar en la reciente edición de su tratado de Otología (1908), por los malos resultados que á la evolución del proceso inflamatorio ha visto determinar la trepanación extra-precoz. No había necesidad que los fracasos trajeran estas enseñanzas, mejor dicho, las recordasen, pues es elemental en medicina demorar la apertura de los focos hasta que el pus esté coleccionado, sino hay que llenar antes alguna indicación vital. No puedo admitir que toda mastoiditis deba necesariamente ser tratada con la trepanación mastóidea después de ver á diario afecciones de esta naturaleza curadas á perfección con las cataplasmas clásicas, con el método de Bier y especialmente con la simple incisión de Wilde. En las obras de cirugía y otología hay

unánime anatema contra la incisión perióstica, juzgándola como maniobra inútil que hace perder un tiempo precioso; pero rindiéndome á la evidencia de los hechos, declaro que muchos enfermos, temerosos de la trepanación y que prefirieron hacer en etapas el tratamiento, comenzando con el Wilde, se han curado sin ulteriores intervenciones. Vimos en consulta varios compañeros á uno de estos sujetos cuya mastoiditis alarmante reclamaba el vaciado de la apófisis; se negó á ello, impresionado al parecer, por la muerte reciente de un convecino, acaecida en una villa francesa, después de la antrotomía; y hubimos de practicar con anestesia local el corte perióstico desconfiados del éxito; pero nuestro pronóstico salió equivocado, y el enfermo tuvo razón, restableciéndose rápidamente, sin que en los seis años transcurridos hayan vuelto á molestarle los oídos.

Muchas de las mastoiditis yuguladas por estos métodos sencillos, pudieran encajar en la llamada osteo-periostitis de Duplay; mas los caracteres de esta osteitis superficial, tan prolijamente expuestos por su autor, aparecen en la práctica muy precarios, y no es extraño que la mayoría de los cirujanos nieguen su existencia; por eso voy más allá en la defensa de la incisión de Wilde, y supongo que las mastoiditis curadas han sido como todas, es decir, verdaderas osteo-mielitis ¿Pero acaso las osteo-mielitis no se tratan hoy por un procedimiento semejante? En 1907, el profesor Delbet presentó á la sociedad de cirugía de París una memoria acerca del tratamiento de las osteo-mielitis en general, defendiendo la incisión perióstica supra-bulbar, como método electivo, y reservando la terebración del hueso para un número limitado de casos. Esta doctrina apoyada en copioso material clínico, y bien opuesta por cierto á la sostenida en la primera edición de su popular tratado de cirugía, causó estupefacción y protestas entre muchos socios de aquel centro científico, por lo que tenía de regresiva; mas obtuvo el beneplácito de prácticos distinguidos, como Reclus y Calot, y hoy cuenta numerosos adherentes entre los cuales citaré al Dr. Sagarra, autor de un procedimiento especial basado en observaciones personales. Por lo tanto, si la mayoría de las inflamaciones agudas de los huesos se curan por la sencilla incisión del perióstico, ¿qué razón hay

para que nos suceda algunas veces, cosa idéntica en el hueso temporal? Y al decir algunas veces, excluyo desde luego toda exageración en la defensa del método de Wilde, puesto que sólo ha de ejecutarse cual de excepción, y á modo de compás de espera para empeños quirúrgicos más importantes.

También he de discrepar en la indicación mantenida muy universalmente, de aplicar la cura radical á toda otorrea que resista al tratamiento conservador y tópico. Corre por muy valido el aforismo de que la meningitis es la muerte natural de los otorréicos, y entiendo que tal aforismo es completamente falso. Hay innumerables enfermos con pequeñas secreciones por el conducto, de carácter permanente, y jamás sufren molestias que autoricen á intervención de tal entidad. Bueno que vivan prevenidos y dispuestos á operarse si la supuración aumenta, se hace fétida, si hay cefaleas, vértigos, vómitos, etc., etc.; pero es un evidente exceso quirúrgico, proponer en todo caso la cura radical: y luego que hay buen número de estos pacientes crónicos cuyas exudaciones sostenidas por estados diatésicos, se modifican y desaparecen por un tratamiento general, un cambio de clima una larga permanencia al borde del mar, etc., etc. Me han dado las gracias, no pocas personas, á quienes ha sucedido esto, y que desistieron de operarse por mi consejo.

Nótase en las descripciones técnicas de estas operaciones del oído una exactitud mecánica, por la que se establece cierto sistematismo absoluto, obligando á seguir el mismo camino, sea cual fuere la extensión y profundidad de las lesiones. A mí me parece esta exactitud, antitética, con las desigualdades de la clinica, y encuentro más razonable ejecutar cada intervención acomodándole á las necesidades del caso: abrir todo el oído medio y sus anejos en unos, dejar descubierto el antro en otros, levantar las células mastoides hasta donde se hallen afectas, etc., etc., en una palabra, guiarse en el acto operatorio por las mismas lesiones.

Hay en cierta manera una relación paradójica entre la mayor ó menor facilidad de la operación y la mayor ó menor extensión del proceso. Si se trata, v. g., de un colesteatoma ó de osteitis fungosas, abarcando todas las cavidades, dirigen las lesiones la mano del cirujano, desviándole de vecindades peligro-

sas; pero cuando el foco es muy limitado y nos empeñamos en revisar meticulosamente las células, el antro y la caja, buscando lesiones quiméricas en medio de tegidos normales, hay grave peligro de herir algún órgano importante. Después de abiertas las cavidades supurantes, juzgo así mismo inútil y peligroso raspar los ínfimos recuencos donde aniden las fungosidades, pretendiendo dejar los huesos según frase de algún cirujano, como el *marfil pulimentado*.

Tal minucia operatoria emana de un error de terapéutica, divulgado hace algunos años en el tratamiento de las supuraciones de los huesos, y de todas las fungosidades tuberculosas. Se recomendaba y aún se recomienda el raspado prolijo de los focos, y no se acaba de comprender que la cucharilla no puede destruirlos radicalmente; si después del legrado no se modifican las superficies con medicamentos antisépticos y cáusticos, veremos repulular indefectiblemente nuevos mamelones fungosos. Mi conducta quirúrgica general consiste en extirpar en bloc las granulaciones tuberculosas, cual si fueran tumores malignos; y si esto no es posible, considerar el raspado como simple ayuda, para que los agentes modificadores hagan más fácilmente la verdadera destrucción de los gérmenes morbosos. De ahí que en el oído, abiertas las cavidades, asegurado el desagüe y al alcance de nuestra vista y de nuestros instrumentos los sitios enfermos, doy por terminada la operación, esperando tranquilo el éxito, con las curas y el tratamiento consecutivo.

Idéntico espíritu de precisión escolástica informan las recomendaciones de muchos autores con la conducta á seguir en la herida operatoria: ha de hacerse siempre la autoplastia y en forma determinada, se marcarán de antemano los días de renovación del apósito, la gasa ha de tener anchura y bordes especiales, etc., etc.; y disponiendo de tales elementos matemáticos, no es extraño puede predecirse el día fijo en que acabará el proceso cicatrizante. Estas frivolidades no tienen el más insignificante valor clínico y recuerdan aquellas pedantescas lecciones de medicina-operatoria, sobre las posturas del bisturí; como dice Politzer es conveniente individualizar los casos para aplicarles el método más apropiado: será inútil la autoplastia si el proceso agudo

invadió partes duras y blandas en gran extensión, y en cambio abreviará notablemente la convalecencia en lesiones crónicas altas y limitadas: convendrá la mayoría de veces emplear el tapón compresor de gasa iodofórmica como agente de cutificación y habrá enfermos eczematosos é irritables en que sea preferible dejar vacía la cavidad, siguiendo el ejemplo de Mühlen, Elman, Schütter, etc., etc. En definitiva: el criterio del cirujano y sus hábitos, resolverán el problema mucho mejor que los preceptos dogmáticos.

DR. AREILZA.

(Continuará).

## Observaciones sobre las reacciones urinarias de Erlich

Numerosas y utilísimas deducciones prácticas nos da el análisis de la orina en muchas enfermedades, pero por desgracia las enfermedades infecciosas no se nos revelaban por signo alguno en esta secreción, aparte de los cambios constitutivos producidos por la fiebre é iguales ó casi iguales en todas ellas, hasta que se le ocurrió la idea del ensayo de las reacciones que llevan su nombre, al ilustre experimentador de Francfort, Pablo Erlich.

Dos son estas reacciones: una la diazónica, muy conocida: otra la aldehídica, más ignorada; ambas en varias enfermedades, sobre todo infecciosas, nos dan datos prácticos de diagnóstico, y el haber realizado numerosos ensayos con ellas, me han movido á la publicación de esta nota, pues desde hace más de cuatro años que comencé á practicar ambas reacciones con frecuencia, (1) en los numerosos análisis de orinas que llevo efectuados, las he encontrado constancia en ciertas entidades nosológicas.

El objeto de estas dos reacciones es dar á conocer la existencia en la orina de cuerpos químicos complejos que ciertos

(1) La aldehídica fué importada en España y enseñada por mi querido maestro el profesor Simonena.

estados patológicos hacen aparecer, pero no corresponden á la presencia de un cuerpo definido, pues son desconocidos de su naturaleza, creyéndose son aromáticos en su mayor parte y teniendo la propiedad de producir compuestos colorados rojos.

*Reacción diazónica.*—Para el ensayo de ella es preciso preparar dos soluciones:

Solución núm. 1: Nitrito sódico purísimo . . . . .	0,50	gramos.
Agua destilada . . . . .	100	»
Solución núm. 2: Acido sulfanílico puro . . . . .	0,50	»
Acido clorhídrico puro . . . . .	5	»
Agua destilada . . . . .	100	»

Algunos autores han empleado con resultado, en lugar del ácido sulfanílico, la paramidoacetofenona, de cuyo producto no tengo experiencia.

He aquí ahora, el *modus operandi*: en un tubo de ensayo grande, se mezclan 10 gotas de la solución número 1 con 10 *ccb* de la número 2 y otros 10 *ccb* de orina, se añaden 2-3 *ccb* de amoniaco y se agita violentamente; si disponemos del cómodo tubo de Erlich se añaden los reactivos hasta las marcas que el mismo lleva. (1) Si la reacción es positiva, al agitar se produce una coloración roja de todo el líquido, que se comunica á la espuma que se tiñe de rojo y al cabo de 24 horas el depósito formado en el fondo del tubo y teñido de verde nos dará otro dato de certeza de la reacción, pues en las orinas normales dicho depósito es blanquecino.

De estos tres caracteres el color rojo de la espuma es el característico, pero en un líquido rojizo con espuma dudosa, el depósito verde observado á las 24 horas puede afirmarnos la reacción; es preciso tener en cuenta que los productos han de ser purísimos y las mezclas de ellos en proporciones bien determinadas, pues de lo contrario pueden resultarnos errores así como que el enfermo no tome creosota ni tanino, que producen la reacción.

Esta reacción puede verificarse con orinas de algún tiempo

(1) Bondí ha simplificado la reacción, verificándola con papel de filtro y los mismos reactivos que dan una mancha roja en los casos positivos, pero tiene poca importancia esta modificación.

y aun después de hervidas éstas, no produciéndose jamás en las normales.

No voy á examinar esta reacción en todas las entidades de la patología, sino en aquellas en que con más frecuencia y constancia se ha presentado y cuya comprobación repetida pueda dar alguna luz diagnóstica; estas enfermedades son: la fiebre tifoidea, el sarampión y la tuberculosis generalizada.

En la primera es constante y característica, guardando la gravedad de la afección relación con la duración é intensidad de la reacción, que empieza en la primera semana y termina en la tercera, para reaparecer en las recaídas; la aparición de la reacción en el segundo día de enfermedad es para Michaelis de un precioso valor diagnóstico, pues para esa fecha no hay otros síntomas de la infección y la serorreacción no se presenta aún. De mis observaciones en tifoideos, en cuyo 50 por 100 practiqué el suero-diagnóstico, he podido deducir que es al final de la primera y comienzo de la segunda semana (7.º á 8.º día) cuando se halla en su apogeo y entonces la coloración escarlata del líquido, la espuma roja y el depósito verde han sido constantes.

El número total de tifoideos en quienes he practicado la reacción asciende á 23, con 22 casos positivos francos, lo que da una casi totalidad de los observados.

*Sarampión.*—En esta enfermedad tan parecida á la rubeola y difícil de distinguir de la escarlata en ocasiones, he practicado la reacción en 11 casos, habiendo visto confirmado también su valor, pues en 9 fué positivo el resultado; de estos 9, 3 fallecieron á consecuencia de bronco-neumonía y en 2 de ellos al final la reacción fué intensísima.

La *tuberculosis miliar* (granuelia) y las formas generalizadas acusan amenudo esta reacción, que yo he observado también en algún caso crónico, si bien no es frecuente en estas condiciones; he practicado el examen en 3 granúlicos, 10 tuberculosos generalizados de pulmón, meningitis y peritoneo y 2 tuberculosos crónicos, con resultados positivos; la fiebre no influye de un modo absoluto, pues en varios tuberculosos con buen estado general, pero febriles, fué negativa la reacción,

siendo cosa de tener presente que en los días que preceden á la muerte y el estado general es grave, es positiva la reacción en los tuberculosos de todas clases que yo he observado.

En la *pulmonía* he practicado frecuentemente la reacción y he podido observar un paralelismo grande entre la gravedad del proceso y la intensidad de aquélla, mientras en las formas francas fibrinosas fué negativa, en aquellas otras de forma atípica, sobre todo de vértice y masivas, es espléndida la reacción, aunque diga Bourguet que no se presenta en esta enfermedad; 20 casos de ella con 5 fallecidos, y 9 reacciones positivas en todos los casos de muerte; 3 graves curados y 1 ignorado lo confirman.

En algún caso de cirrosis, erisipela, fiebre puerperal y paludismo he observado la reacción, así como en algunas fiebres altas, pero en todos estos casos no es constante, pudiéndose únicamente afirmar que la diazoreacción cuando aparece en una enfermedad en que no es característica, es un signo de pronóstico desfavorable.

Así mismo esta reacción observada en un sujeto sano y apirético, en varios días seguidos, debe hacer pensar en la tuberculosis; en un señor de apariencia de salud con ligeros edemas, á quien por tal causa analicé la orina, comprobé en ella la reacción positiva; su hallazgo me hizo repetirla en 6 días consecutivos y apareció en 4 de ellos; dicho señor no tomaba ningún preparado farmacéutico; este enfermo, á quien perdí de vista, supe murió al cabo de año y medio de una lesión de pecho que ignoro cuál fuera, pero creo de utilidad apuntar este caso.

*Reacción aldehídica.*—Para su ensayo es preciso preparar el reactivo de Erlich, que se compone de:

Paradimetilamido benzoaldehido . . . 2 gramos

Acido clorhídrico . . . . . 50 »

Otros autores aconsejan poner el ácido clorhídrico á partes iguales con agua; dicho reactivo, que debe dar un color rojo con la anilina, se conserva por bastante tiempo, en frasco anti-fotogénico, ó en la obscuridad mejor.

Para practicar la operación se toman 10 ccb de orina y se

agrega 8 gotas de reactivo, agitando suavemente la mezcla; si la reacción es positiva se produce una coloración que va del rojo naranja al carmín, siendo este color el indicante de la verdadera é indudable reacción positiva; dicha coloración subsiste más de 24 horas, al cabo de las cuales se forma un depósito rojizo en los casos positivos, que en los dudosos se puede hacer desaparecer calentando la mezcla.

Es preciso practicar la reacción con orinas frescas, pues el compuesto que la produce es muy volátil y desaparece á las pocas horas; dicha reacción, que es más frecuente en las orinas de densidad aumentada, la producen también la creosota y el tanino, por lo cual se tendrá presente esta circunstancia para asegurarse si los pacientes toman tal medicación.

Esta reacción falta siempre en las orinas normales.

He observado la reacción aldehídica de preferencia en la gripe y viruela, como enfermedades infecciosas y en los casos de reabsorción biliar é intoxicaciones y trastornos gastrointestinales.

*Gripe.*—En 6 casos he obtenido resultado positivo, en 2 negativo y en 1 fué positiva en vez de la aldehídica la reacción de diazódica; el serodiagnóstico de Fiker evidenció una tifoidea; es cosa de tenerse en cuenta que en los casos con manifestaciones abdominales en todos fué positiva la reacción, siendo negativa en dos casos de forma torácica; estos diagnósticos excepto uno, fueron hechos clínicamente. En esta enfermedad es la reacción más intensa en los cuatro primeros días.

*Viruela.*—Solamente en tres casos de ella he podido probar la reacción positiva, durando hasta el período de descamación; uno de los enfermos acusó también la diazoreacción; no se hallaba vacunado y murió de viruela confluyente.

En los casos de *reabsorción biliar* ha sido positiva la reacción, que he observado espléndida en 9 casos, la mayor parte de angiocolitis, comprobando que en la mayoría de los casos que existe urobilinuria la reacción se ha presentado, siendo digno de especial mención un sujeto afecto de cálculo del coledoco con gran reabsorción, en el que no se acusó la reacción,

ensayada repetidas veces, siendo positivas las reacciones de Gmeling y Maershal de los pigmentos biliares.

Por último, he comprobado esta reacción en 4 enfermos con trastornos gastro-intestinales antiguos é intensos (en ninguno de los cuales se presentó la diazoreacción), de los cuales 3 presentaban también fuerte indicanuria, siendo esta reacción del indican una demostración de la intoxicación intestinal y putrefacción de los albuminoides.

De lo dicho se concluye: que en la diazoreacción tenemos un signo más de diagnóstico, para el tifus, sarampión y tuberculosis generalizadas y pronóstico para la pneumonía y demás casos en que aparezca; que en la aldehidoreacción, tenemos igual medio para la gripe, viruela, reabsorciones biliares y ciertos estados de intoxicaciones gastro-intestinales.

Bilbao, Enero 1909.

DR. ANGEL LÓPEZ PÉREZ

Médico del Hospital Civil.

---

## REVISTA EXTRANJERA

---

**Las gastroectasias y el decúbito lateral derecho, por el Dr. Carnot.**—La mayor parte de las gastroectasias y de las dilataciones del útero, vejiga, intestinos, bronquios, etc., son la consecuencia de una alteración funcional crónica y tienen un carácter atónico más ó menos graduado.

Su diagnóstico descansa principalmente en la investigación del ruido ó cabrilleo hidroneumático (clapotaje) por medio de la aplicación metódica de ambas manos en la región abdominal.

Este signo característico, debido al Dr. Bouchard, se halla hoy sumado al sondaje y la radioscopia. La adición á estos medios clínicos de otro sencillísimo, cual es el de colocar al enfermo en decúbito lateral derecho, sirve para averiguar la permeabilidad pilórica y la distensión gástrica, términos ambos muy importantes en la distinción de la gastroectasia sin estenosis, así como también para la terapéutica.

El diagnóstico de la gastroectasia sin estrechez pilórica comprende á la vez el de la retención gástrica y el de la permeabilidad del orificio.

Se sabe que en el estado normal, el estómago lleno de alimentos ó de bebidas puede distenderse enormemente; pero esta dilatación es pasajera porque la contracción de las paredes gástricas lanza el contenido al través del píloro hacia el intestino (Fig. 1)

Por el contrario, cuando la contractibilidad de las capas musculares de sus paredes es insuficiente, los alimentos y bebidas se acumulan en las partes más declives ó se estancan por debájo del plano del píloro, cuando el sujeto se halla de pie, y por consecuencia sin tendencia alguna á la evacuación espontánea (Fig. 2).

En tal caso, si se modifica la posición del sujeto de tal manera que el píloro se coloque en la parte más baja de la bolsa gástrica, la evacuación de ésta tendrá lugar fácilmente y el éxtasis gástrico desaparecerá (Fig. 3). Tal es el principio de la doble prueba que utilizamos en nuestra práctica.

1.º En una primera prueba, por la mañana en ayunas, el estómago previamente vaciado de su contenido, por la sonda, se hace beber al sujeto un medio litro de agua. Durante una hora se le deja en posición vertical, de pie ó sentado; pasada ésta, se extrae con la sonda el líquido restante en el estómago. Si éste es normal y el píloro está permeable, la sonda no saca nada ó poca cantidad al cabo de la hora, como quiera que el líquido habrá desaparecido parte por absorción y parte por salida hacia el píloro (Fig. 1).

Pero si el estómago se halla caído ó dilatado, cierta cantidad de líquido quedará acumulado en el bajo fondo declive que no tiene retracción bastante y la sonda demostrará este hecho sacando una notable cantidad del líquido introducido (Fig. 2).

Lo mismo ocurrirá, si el píloro está obturado orgánica ó espasmódicamente.

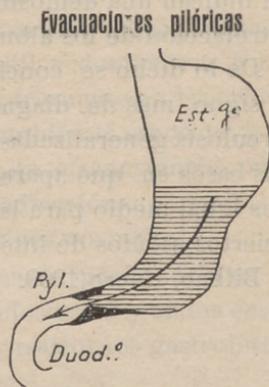


Figura 1.ª

Estómago normal.—Posición vertical.

Los líquidos se evacuan por el píloro situado

en la parte declive del estómago

Esta prueba indica la existencia de un éxtasis alimenticio ó por lo menos un retardo considerable en la evacuación gástrica; pero por sí sola no pone en claro el que exista una dilatación atónica, como quiera que iguales resultados pueden obtenerse á consecuencia de una estenosis pilórica, permanente ó intermitente.

2.º En una segunda prueba, que puede practicarse al día siguiente, se repite la misma operación y en las mismas condiciones; pero tan pronto como el sujeto ingiera el líquido, se le hace acostar en posición horizontal, la pelvis levantada y el cuerpo inclinado sobre el lado derecho. En esta posición, si se trata de un estómago caído relajado ó ectasiado, el píloro queda en declive y si está permeable, el bajo fondo del estómago puede desembarazar su contenido. (Fig. 3). Una hora después de hallarse el enfermo en esta actitud, se le introduce una sonda y se ve que apenas revela una existencia de líquido.

### Evacuaciones pilóricas

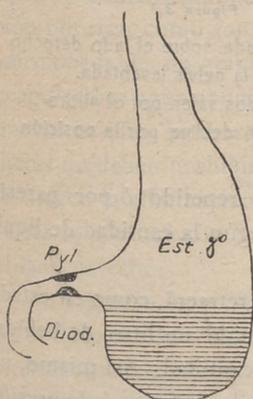


Figura 2.<sup>a</sup>

Gastroectasia atónica.  
Posición vertical.

Los líquidos quedan en el fondo de saco dilatado y el píloro se halla á un nivel superior

De esta manera se aprecian la permeabilidad del píloro y la naturaleza del éxtasis estomacal observado en posición vertical.

La retención del líquido estando el sujeto de pie ó sentado, su evacuación al cambiar esta posición por la lateral derecha con pélvis levantada, caracterizan una gastroectasia atónica sin estrechez pilórica.

Prácticamente este medio investigador nos ha dado resultados conformes con la teoría expuesta y fáciles de interpretarlos en la mayoría de casos.

Si se trata, por ejemplo, de una gran caída ó insuficiencia motriz absoluta y permanente, la retención gástrica en posición de pie y la evacuación en la actitud echada, son fenómenos constantes de observación clínica. Estos se comprue-

ban por la succión y ruido hidroneumático que existen después de una posición de pie y que desaparecen á la hora siguiente en la que al enfermo se le hace adoptar la actitud inclinada lateral derecha una

vez echado; el examen radioscópico demuestra en el primer estado la persistencia del líquido en el fondo de saco gástrico y su ausencia en la segunda posición; pero la manera más precisa de comprobar, á la vez, el éxtasis y la permeabilidad pilórica es el sondaje sistemático, siguiendo las reglas ya indicadas.

En otros casos menos claros, por tratarse de gastroectasias transitorias, las citadas pruebas nos muestran la gran variabilidad que tienen algunas dilataciones ó caídas gástricas. Existen, en efecto, muchos grados intermedios entre la distensión fisiológica pasajera del estómago en el momento de las digestiones y las dilataciones ó caídas completas y permanentes, en las que las paredes gástricas se hallan de tal modo alteradas ó paralizadas, que no pueden en ningún caso retraerse. Muchas veces hemos hallado caídas y dilataciones incompletas é interminentes,

consecutivas á una fatiga ó abuso de trabajo repetido ó por paresia nerviosa pasajera más ó menos graduadas, según la cantidad de líquido ingerido.

Por ejemplo: un estómago dilatado no se retraerá, como en estado normal, si se encuentra agobiado por el peso de un litro de bebida; pero sí lo hará con la mitad ó menos de esa cantidad. Así mismo, un estómago dilatado se retraerá mal en un período de fatiga ó de presión y á la semana siguiente quedará corregido de esa falta, si el tonismo general de la economía se mejora.

Por lo tanto, no debe extrañar en ambos casos, el ver los resultados variables que ofrecerá la prueba que recomendamos. Además, ésta podrá caracterizar de una manera precisa el estado de contractilidad del estómago y sobre todo pondrá de relieve la variabilidad de ciertas dilataciones ó caídas, según la fatiga nerviosa ó la nutrición de los enfermos.

El tratamiento de las gastroectasias sin estrechez pilórica se basa

### Evacuaciones pilóricas

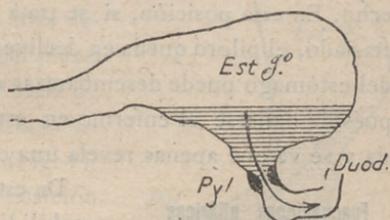


Figura 3.<sup>a</sup>

Posición echada sobre el lado derecho y con la pelvis levantada.

Los líquidos salen por el píloro colocado en declive por la posición

en gran parte en los hechos expuestos. Los enfermos con simples dilataciones ó caídas del estómago, de estado permanente ó transitorio, saben muy bien los efectos saludables del reposo en cama y muchos de ellos tienen la costumbre de echarse á lo largo, después de comer.

En cambio notan que los signos molestos se acentúan al fin del día por la posición vertical, para desaparecer con el reposo de la noche, hechos que concuerdan con los manifestados acerca de la evacuación del estómago.

En general, se procurará que durante el tiempo de la estación vertical del sujeto, el estómago se halle lo menos cargado posible de alimentos y bebidas. Las comidas substanciosas y regularmente abundantes serán digeridas en posición horizontal ó vuelta sobre al lado derecho.

Estas reglas se ejecutarán del modo siguiente:

En primer lugar, las comidas que se hagan durante el día serán ligeras y estarán compuestas únicamente de alimentos de fácil evacuación pilórica, como son la leche descremada, fuertemente azucarada y adicionada de un gramo de citrato sódico por litro para evitar su coagulación: agua abuminosa, caldos claros ó adicionados de tapioca, huevos batidos, jarabes y cremas azucaradas, etc. Para estas comidas ligeras no deben prohibirse los líquidos, sino, por el contrario, pues favorecen la eliminación pilórica. Durante la primera ó dos horas, el sujeto se acostará con la pelvis levantada y el cuerpo inclinado sobre el lado derecho.

En segundo lugar, la comida de la noche comprenderá la mayor parte de la ración alimenticia cotidiana, evitando los alimentos ricos en despojos que alargan la digestión y pesan sobre el estómago. Pueden tomarse los más nutritivos que excitan á una gimnasia motriz y secretoria muy favorable. De ningún modo debe restringirse la alimentación, pues hay que no caer en la debilidad gástrica.

La naturaleza del régimen alimenticio deberá subordinarse al estado de las demás funciones gástricas.

En los casos, bastantes frecuentes, existen á la vez caída gástrica é hiperexcitabilidad glandular; será conveniente el moderar la secreción gástrica; se insistirá principalmente en el uso de los hidrocarbonados que no provocan á su paso excitación glandular.

Por el contrario, si hay insuficiencia en la secreción, será bueno

dirigir al òrgano hacia una alimentaci3n creciente y desarrollar la secreci3n.

Inversamente en los dilatados comilones hay necesidad de disminuir la alimentaci3n, como quiera que su excesiva cantidad habr3 motivado la alteraci3n.

En algunos enfermos la alimentaci3n copiosa de la noche ocasiona cierto grado de insomnio que puede ser un obst3culo al ritmo alimenticio que hemos dejado sentado. Entonces se le disminuir3 y se reducir3 transitoriamente; si fuere preciso 3 huevos, caldos 3 leche.

El tipo de alimentaci3n de la noche, una vez fijado, se recomendar3 el acostarse inmediatamente despu3s de la comida con arreglo 3 las posturas dichas, pues seg3n ellas, digerir3 mejor, y peor si no las obedece el enfermo.

Para colocar el p3lilo en posici3n declive con relaci3n al fond3 de saco g3strico, se inclinar3 el cuerpo del lado d3recho levantando al propio tiempo la p3lvis. Esto se consigue empleando una almohada que se coloca debajo de la cadera correspondiente: la cabeza se pondr3 en elevaci3n suficiente para evitar su congesti3n. Esta posici3n suele ser bien acogida por el paciente, 3 condici3n de que se le habit3e progresivamente en la inclinaci3n del cuerpo.

Si 3sta fuera mal tolerada, se har3 simplemente echar 3 lo largo al sujeto, despu3s de la comida de la noche, para evitar la tensi3n vertical del est3mago en estado de plenitud: la elevaci3n de la p3lvis 3 inclinaci3n lateral derecha no se exigir3 entonces m3s que 3 las dos horas despu3s de la comida, permaneciendo en de ella una 3 dos horas, es decir, en el momento de la evacuaci3n p3l3rica.

En resumen: la instituci3n de un r3gimen que evite la sobrecarga g3strica de pie y la distensi3n en posici3n echada en la forma dicha, vaci3ndose el est3mago con facilidad, son medios recomendables para curaci3n 3 alivio de las gastroectasias, no olvid3ndose de modificarlas por medio del masaje, hidroterapia y helioterapia que levantan el tono general y local del enfermo.

**Una nueva enfermedad consistente en la detenci3n del desarrollo 3seo del escafoides en los ni3os, por el Dr. Kohler.**—Con cierta desconfianza hemos leido una memoria por 3ste m3dico publicada con un gran n3mero de radiografias represen-

tativas del armazón huesoso del pie correspondiente á tres niños y en las que se aprecia una lesión del escafoides.

Al mismo tiempo da á conocer un síndrome raro, que puede ser solamente una forma clínica particular de una osteitis localizada al citado hueso que evoluciona de distinto modo que de ordinario, ó una enfermedad verdaderamente nueva.

De todos modos resumiremos brevemente las tres observaciones que le sirven de base á este último concepto de nueva enfermedad.

Los enfermos han sido tres niños cuyas edades se hallan comprendidas entre cinco y nueve años. En la familia del más joven, se han contado varios tuberculosos y los otros dos no tienen antecedentes particulares. Nada ofrecen los tres en su historia personal.

La afección de que se quejaron los tres databa de tres semanas y consistía esencialmente en un dolor situado en el dorso del pie, al nivel del escafoides. En uno de ellos, los dos pies estuvieron dolorosos y además se quejó de las dos rótulas. Se manifestaba de día al andar ó estar

de pie y aún de noche estando acostado.

El exámen del pie no reveló nada de anormal en su forma y fun-

### Radiografía de la enfermedad de Kohler

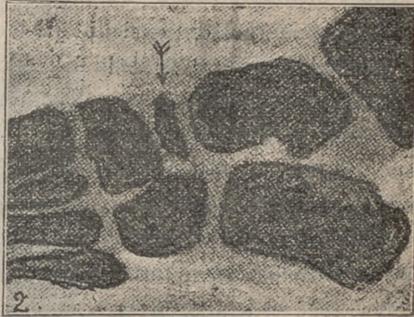


Figura 1.<sup>a</sup>

Escafoides anormal

### Radiografía de la enfermedad de Kohler



Figura 2.<sup>a</sup>

Escafoides normal

ciones. La palpación y presión tanto del pie como de la rodilla en toda su extensión, sólo demostraron un ligero foco de dolor en los puntos mencionados. Los niños no presentaron estigma alguno de raquitismo, ni hubo traumatismo de ningún genero: su aspecto fué bueno y bien desarrollado su cuerpo.

El examen radiográfico solo dió á conocer una lesión en el hueso escafoides. Este hueso (Figas. 1 y 2) comparado con el del lado sano, es mucho más pequeño con sus contornos irregulares y estrechados, ondulados en ligero zíg-zag. No se distinguen las capas cortical y la esponjosa que aparecen confundidas. El tono oscuro de la sombra indica la riqueza que tiene en sales de cal.

En el niño que se quejó al mismo tiempo de las rodillas las lesiones fueron idénticas (Figas. 3 y 4).

### Radiografía de la enfermedad de Kohler



Figuras 3.<sup>a</sup> y 4.<sup>a</sup>  
Rótulas sana y enferma

Estos enfermitos fueron sometidos á un tratamiento encaminado á impedir la fatiga del miembro en lo posible y los grandes esfuerzos. El dolor se atenuó poco á poco, y ha tardado dos ó tres años en desaparecer completamente. Esta curación no sólo fué funcional sino que la radiografía hecha después (Fig. 5) que los escafoides de los tres y las rótulas en uno habían adquirido sus dimensiones normales.

Ahora bien ¿cuál es la naturaleza de esta lesión ósea?

El Dr. Kohler, que es un especialista en el diagnóstico radiológico' declara no haber visto nada que se le parezca á las imágenes de esos escafoides atrofiados.

### Radiografía de la enfermedad de Kohler



Figura 5.<sup>a</sup>

Escafoides después de la curación

Los niños no fueron raquiticos, ni en su esqueleto se apreció que otro hueso estuviera lesionado. No pudo pensarse en la existencia de un mixedema, mongolismo y fractura antigua.

¿Se ha tratado de una osteomielitis curada con esclerosis del hueso? Nada ha existido en la anamnesia é historia clínica de los niños que autorice á formar tal suposición. En segundo lugar, estos enfermos fueron radiografiados en el momen-

to del periodo agudo, viéndose la atrofia ósea. Además: en ninguna de las radiografías se aprecian restos demostrativos de que el periostio haya tenido participación alguna. Por consiguiente debe además excluirse la sífilis y tuberculosis.

El Dr. Kohler posee la radiografía de un escafoides tuberculoso, cuya extirpación ulterior confirmó el diagnóstico y esta imagen es completamente distinta de la que ahora se trata. Tampoco no pudo pensarse en una osteomalacia infantil por falta de datos.

Finalmente: aun admitiendo el que se tratara de una anomalía pasajera en el desarrollo del escafoides y la rótula, quedaría por explicar el porqué de ella y el no haberse presentado en otros huesos.

Consultado por el Dr. Kohler, su compañero Dr. Recklinghausen, éste, hizole observar que el escafoides y la rótula ofrecen esa particularidad porque la aparición de los núcleos de osificación y la transformación cartilaginosa en tejido óseo se han efectuado con mayor lentitud que en los demás huesos. Añadió sobre lo expuesto, que ese mismo fenómeno suele encontrarse en el segundo cuneiforme del tarso y en

el trapecio del carpo de otros niños de condiciones análogas á las de los tres casos citados.

Examinadas después de esta consulta numerosas radiografías por el Dr. Kohler, no ha podido comprobar lo manifestado por su compañero.

De todo lo cual se deduce que la base anatómica del síndrome provocado por la lesión del hueso escafoídes, queda por el momento indeterminada.

**La hidroftalmía congénita, por el Dr. Abadie.**—Entre las variadas enfermedades que afligen á los niños, tanto por su aspecto físico como por su finalidad, figura en los primeros términos la hidroftalmía intraocular llamada también buftalmía.

La deformidad monstruosa que ocasiona la enorme prominencia de los globos visuales y la expectativa de una ceguera incurable, son factores suficientes para producir el mayor desconuelo entre las familias.

Y no tiene nada de particular que cause malas impresiones, en atención á que la terapéutica empleada hasta hoy, estaba basada en creerla análoga al glaucoma de los adultos, siendo en realidad muy diferente.

El verdadero glaucoma es considerado por los especialistas como una enfermedad de la inervación del gran simpático á cuyo cargo corre la nutrición del ojo, dando lugar al aumento de tensión intraocular, transtorno que es el origen de los demás síntomas.

Así es que se comprende el que la iridectomía simple, drenaje fácil con ventana esclerótica y los mióticos según las formas que tenga, curen ó alivien el padecimiento.

La hidroftalmía congénita, aunque va también acompañada de hipertensión ocular y excavación papilar de la retina, preexiste en ella una corio-retinitis cuyo descubrimiento ha sido muy difícil por la pérdida de transparencia de los medios al través de los cuales se vé el fondo del ojo. Esto que ocurre en la primera infancia, sobre todo en los casos intensos, no tiene lugar más adelante.

Además: los focos de la corio-retinitis suelen hallarse colocados en la línea ecuatorial del ojo, cerca de la región ciliar de difícil exploración oftalmoscópica. Por consiguiente no debe extrañar el que puedan haber pasado desapercibidas esas lesiones.

Pero si con una pupila bien dilatada se hace que el globo del ojo

tome direcciones laterales extremadas ó si existiendo una brecha producida por una iridectomia se hace el exámen de aquella región, se descubrirán focos discretos ó semi-confluentes, formando manchas blanquecinas rodeadas de pigmento que son características.

Ahora bien: en los casos débiles de intensidad, puede no apreciarse lesión de corio-retinitis, sin que tal ausencia nos dé derecho á pensar el que no exista, puesto que será su situación muy escondida ó su grado todavía muy pequeño. Además: la clínica ha demostrado que bajo la influencia del tratamiento, reaccionan más ó menos favorablemente las formas latentes y las ostensibles.

Firmemente convencido el Dr. Abadie de que la terapéutica debe ser dirigida contra la corio-retinitis como causa eficiente del proceso hidroftálmico ha practicado en los niños las inyecciones mercuriales intra-musculares á dosis proporcionales á las edades de ellos, viendo retroceder la enfermedad.

En uno de los enfermitos había ejecutado en el ojo derecho, muy voluminoso, varias esclerotomias sin más resultados que el haber causado puntas de hernias iridianas al nivel de las incisiones y quedando en su primitivo estado la presión intra-ocular.

Las citadas inyecciones mejoran la visión, reducen el volúmen enorme del ojo volviendo á su normalidad la tensión de su interior. Transcurridos algunos meses más, queda estacionaria sin necesidad del empleo de los mióticos.

De lo expuesto ¿se podrá deducir que es innecesaria toda intervención quirúrgica? Según los casos.

No hará falta si la hidroftalmia es reciente y no muy intensa; pero en caso contrario, podrán ser auxiliares poderosos la paracétesis repetida y en último término la iridectomia.

Queda por fin el determinar su naturaleza. ¿Será de origen sifilítico más ó menos nebuloso, en atención á los buenos efectos de los mercuriales?

La clínica hasta hoy nada ha decidido.

**La fulguración y el cáncer, por el Dr. Vitoux.**—En la sesión celebrada en Febrero último por la Asociación Francesa para el estudio del cáncer, se ha tratado de la manera cómo actúa la fulguración sobre tan grave neoplaxia.

Empleada por el Dr. Zimmern desde 1904 en los pequeños epite-

liomas de la piel en forma de pequeñas chispas de resonancia con buenos resultados, se ha colegido el que es un precioso medio auxiliar de las heridas tórpidas y malignas excitando los cambios necesarios á toda cicatrización rápida á la vez que prepara la región á las intervenciones quirúrgicas extensas que ayer fueron temidas por su mal desenlace, á la vez que evita en numerosos casos la recidiva *in situ* de la neoplaxia.

Para el Dr. Pozzi la fulguración debe tener en cuenta dos casos: 1.º, cuando no es posible quitar el tumor entero, y 2.º en el caso de duda entre una operación completa y otra parsimoniosa, por las relaciones y condiciones del tumor.

Cuando es posible efectuar una operación completa, como ocurre habitualmente en los cánceres de la mama, no debe fulgurarse la herida para no impedir su reunión inmediata, á consecuencia de la enorme linforrea séptica que se desarrolla.

En el caso contrario, es decir, de tener que ejecutar una operación defectuosa, es donde la fulguración tiene su verdadero asiento.

El Dr. Quénu es de una opinión opuesta á la del Dr. Pozzi. La fulguración es útil ó nó; este es su dilema. Si lo es, no se comprende el por qué se ha de privar al enfermo que ha sufrido una exéresis de un medio auxiliar bueno. En materia de cáncer ne se sabe jamás si una intervención es ó no suficiente y extensa. Los enfermos por él tratados en su servicio han curado su herida por primera intención. La ausencia de linforrea en los casos observados, fué debida á que la solución de continuidad no sufrió manoseos sucios operatorios que la puedan infectar.

Por tanto, la fulguración debe ser aplicada en todos los casos operables total ó parcialmente.

Del mismo parecer fué el Dr. Delbet, inculpando la linforrea séptica á las manipulaciones inconvenientes empleadas en la fulguración.

El tiempo dirá con sus hechos si la bondad de la fulguración como auxiliar quirúrgico aumenta su valor terapéutico y si las recidivas en el sitio son menores en número que hasta el presente.

DR. IGNOTUS.

## ACADEMIA DE CIENCIAS MEDICAS DE BILBAO

*Sesión celebrada el día 12 de Febrero de 1909*

Preside el Sr. Uníbaso

Con la asistencia de los Sres. Gil y Gorroño, Bolívar, Saralegui, Lándín, Entrecanales, Alberca, Somonte, Castiella y Otaola se dió comienzo á la sesión.

## TERAPÉUTICA DE LA ECLAMPSIA

**Sr. Gil y Gorroño.**—Contesta á las objeciones expuestas por el Sr. Entrecanales en la sesión anterior y dice que todas las teorías que tratan de explicar la génesis de la eclampsia, tienen un fondo de verdad y de todas ellas puede sacarse algo práctico.

La forma descrita por él como esencialmente neurósica, no es una neurosis simple sino una neurosis compleja, puesto que el organismo necesita de ciertas condiciones abonadas para que se produzca, condiciones que se juntan en ciertas embarazadas. Esta forma puede presentarse y seguramente se presenta en el embarazo perfectamente fisiológico, pero necesita determinadas condiciones ó causas predisponentes tales como una depresión moral interna y de algunas otras consideradas como ocasionales, entre las cuales cita la duración excesiva del parto y el dolor intenso por compresión del plexo-sacro de la madre por la cabeza ó la parte fetal que se presenta. Teniendo en cuenta esta circunstancia, cree que pueden evitarse los ataques en esta clase de enfermas, empleando medios adecuados. El tratamiento del ataque en estos casos, que debe ser desde luego distinto al de la otra forma y que lo ha indicado en la sesión anterior, consistirá en el empleo de los narcóticos y calmantes, cloral, cloroformo, morfina, etc.; pero si á pesar de estos medios persisten los ataques y sobre todo, se presenta fiebre, debe procederse á la extracción del feto.

Asegura que con este tratamiento y en esta forma especial de eclampsia ha logrado en algunos casos hacer cesar los ataques.

La otra forma, la tóxica, es justificable de un tratamiento distinto; por ejemplo, no se administrará la morfina, el cloral ni el cloroformo por no aumentar la toxicidad de la sangre, ya de suyo suficientemente recargada, y en cambio se procurará favorecer la eliminación de toxinas mediante la sangría, seguida de una inyección de suero salino y acompañado ó no de un baño general caliente que mitigará los fenómenos nerviosos, Pero así como este tratamiento difiere en el fondo del anterior, también afirma rotundamente que á poco que dure el estado convulsivo, y si no se mitiga con los medios empleados, debe ponerse coto á semejante estado de cosas, procurando la extracción rápida del feto. con cuyo procedimiento existe una garantía grande para terminar la dolencia.

**Sr. Entrecanales.**—Insiste, como en la sesión anterior, en que no es posible hacer una distinción exacta de ambas eclampsias, por el hecho escueto de presentarse la eclampsia neurósica en el parto y la tóxica en el curso del embarazo; no es posible sacar deducciones porque la eclampsia tóxica puede presentarse en el parto también, según su opinión. De ser cierta esta dualidad, debieran existir síntomas que nos demostrarían la diferencia de una eclampsia de la otra, y en el momento del ataque, las dos son lo mismo.

Lo que hay es que, existen distintos grados de eclampsia, como hay distinta gravedad de una dolencia según los casos.

No se explica cómo el Sr. Gil, que demuestra y patrocina una gran acometividad en el tratamiento de la placenta previa, no sea aquí partidario de la intervención rápida.

Por su parte, él es de opinión de intervenir siempre que existe una iniciación del parto, pero mientras tanto cree que puede esperarse algún tiempo.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Afirma que la llamada eclampsia neutica no es tóxica y cree que se puede evitar, como él la ha evitado más de una vez; además esta forma suele presentarse de improviso, sin pródromos.

Por el contrario, la tóxica presenta síntomas prodrómicos de intensidad y duración variables, tales como un dolor intenso

y casi continuo en la región epigástrica cefalalgia, trastornos visuales, vómitos, etc.

Según estos detalles y con solo estos síntomas, afirma que puede verificarse un diagnóstico diferencial entre ambas afecciones.

**Sr. Alberca.**—Pregunta al Sr. Gil y Gorroño á qué clase de toxicidad se refiere al reseñar la denominada forma tóxica y si la toxicidad es de origen exógeno ó endógeno.

**Sr. Gil y Gorroño.**—Expone su criterio acerca de la toxicidad y habla de la auto-intoxicación á la que hace referir este proceso.

Expresa su idea acerca de la eclampsia en los niños y manifiesta la posibilidad de un origen nervioso en lo que concierne también á la eclampsia gravídica.

**Sr. Alberca.**—Hace una distinción entre las toxinas endógenas y exógenas y quiere saber á cual de ellas debe referirse la eclampsia.

**Sr. Landín.**—Después de practicar un detenido análisis de cuanto se lleva dicho en este debate, opina que hase aclarado, en su concepto, la cuestión del tratamiento de la eclampsia.

Acerca de la patogenia admite como buena la teoría del señor Gil y Gorroño y su distinción de la eclampsia, en eclampsia nerviosa y eclampsia tóxica.

Hace una descripción del metabolismo nutritivo de las embarazadas y dice que cuando se rompe el equilibrio de la nutrición puede estallar la eclampsia, y por lo tanto, refiere todos los trastornos que dan lugar á esta dolencia, á un estado de auto-intoxicación propio del embarazo.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

---

*Sesión celebrada el día 19 de Febrero de 1909*

---

Preside el Sr. Unibaso

Con la asistencia de los Sres. Gil y Gorroño, López, Bolívar, Alberca, Landín, Castiella, Saralegui, Martín, Otaola, Somonte y Entrecanales dió comienzo la sesión.

Se presenta como académico numerario á D. Mario de Orive y Ontiveros.

**El Sr. Unibaso.**—Pregunta: ¿En el curso de una diabetes crónica, un proceso agudo infectivo y cuya localización sea en la región de la cabeza, puede producir un coma diabético rápido?

Hace dos años, dice, prestaba asistencia á una diabética que tenía cuarenta gramos por litro de azúcar, pero que se conservaba en buenas condiciones de nutrición, en una erisipela facial de no gran intensidad y que se disipó en un término de cuatro ó cinco días; convaleciente la enferma, sin apetito y con tendencia al sueño, presentóse un estado de coma rápido que terminó en treinta y seis horas por la muerte.

Hace pocos días visitaba á una enferma diabética de la misma, aproximadamente, proporción de azúcar, por motivo de una infección grippal con catarro generalizado, ligera fiebre y dolores contusivos musculares, fenómenos todos que desaparecieron en cuatro días, quedando solamente una convalecencia poco franca, sin ganas de comer.

A los dos días comenzaron un dolor fuerte del oído izquierdo que no cedía á los sedantes generales ni locales, concluyendo por una supuración no muy abundante que disipó todo dolor; pero á la noche del mismo día el dolor comenzó en el otro oído; dolor intenso que hacía agitar á la enferma en su cama; á la mañana del siguiente día encontrábase la enferma en un estado letárgico, sin que el oído hubiera supurado y aun sin quejarse de mismo; por lo demás, el pulso, que estaba en 90, la temperatura normal y la respiración en 20, no denotaban nada de particular; esto no obstante, teniendo en cuenta la gran diferencia entre la excitación anterior y la postración de ese momento, temió que pudiera sobrevenir el coma, que ya le hizo recordar el caso anteriormente citado.

La tarde de aquel mismo día el estado de postración era mayor, no había relajación absoluta muscular, pero en cambio el reflejo rotuliano había desaparecido y el pupilar existía, pero perezoso, la enferma se daba cuenta de las preguntas y aun obedecía, pero no hablaba y caía pronto en el sopor antes enuncia-

do; la temperatura, respiración y pulso seguían en la misma forma, aun cuando éste más blando y la respiración más profunda. Previa comparecencia de un compañero, se acudió á la cafeína alcanfor, suero que no dió resultado, falleciendo la enferma á las seis de la mañana en estado de coma.

Contrastan estos dos casos con un tercero, que asistió en una localidad cercana á esta villa, en una diabética que tenía un antraxo espaldar anplio, que después de una dilatación y cauterización profunda por el termo y con un estado general malo, se produjo un foco necrósico séptico en el muslo derecho; abierto nuevamente en la misma forma, presentóse otro foco gangrenoso de la misma naturaleza en la pierna izquierda, que requirió una dilatación extensa y profunda de cauterización, entre segundo y tercer foco se dió una inyección de suero estreptocócico polivalente y al observarse ese último foco se trató de inmunizar el tercero con dos frascos de suero de 20 cent. cúbicos y con una inyección de 10 al final, teniendo la satisfacción de ver que aquella septicemia no se reproducía más que en un foco insignificante, estando la enferma hoy en buenas condiciones y con las lesiones cicatrizadas.

Cita los tres casos porque corresponden á tres mujeres enfermas de una edad aproximada, con una cantidad de azúcar idéntica y con buenas condiciones las tres de nutrición en el momento de sus afecciones, sin embargo de lo cual las dos primeras, con infecciones más pequeñas, más cortas y aun en el comienzo de la convalecencia sobreviniendo el coma, pero un coma rápido mortal, mientras que la tercera se desenvuelve con tardanza pero al fin francamente, después de grandes contrariedades.

Manifiesta que los casos expuestos son pocos para demostrar la malignidad de los procesos agudos de cabeza en los diabéticos, pero que de todas maneras á el le producen una impresión, que para lo sucesivo hará mucho en el pronóstico de esas diabetes.

#### TERAPÉUTICA DE LA ECLAMPSIA

**Sr. Alberca.**—Ya que se estudia la patogenia de la eclampsia, tomo la palabra en este asunto.

Acerca de las auto-intoxicaciones dice que son dos las intoxicaciones discrásicas y las que tienen lugar al nivel del tubo digestivo, y en este terreno se extiende en consideraciones acerca de las múltiples intoxicaciones endógenas.

Las auto-intoxicaciones del tubo digestivo se hallan perfectamente demostradas, y se sabe que pueden ser causa de enfermedades diversas y hasta de lesiones distintas en la sangre y en los órganos.

A estas intoxicaciones es á las que él quiere referir la patogenia de la eclampsia, y entiende que si es así, la terapéutica profiláctica de esta dolencia es mucho más sencilla. Si se trata de una auto-intoxicación organopática, la cosa varía esencialmente.

**Sr. Landin.**—El ha hablado de la auto-intoxicación como causa de la eclampsia, refiriéndose á la intoxicación general.

Opina que la intoxicación de origen digestivo puede dar lugar á ataques convulsivos, pero no á la eclampsia; puede, sí, ser causa de trastornos generales grandes, pero entiende que la eclampsia necesita algo más. Por eso cree que siendo como es el embarazo la huelga de los órganos de eliminación, las diversas toxinas, al no ser eliminadas, pueden dar lugar á los ataques.

**Sr. Unibaso.**—No cree en la esencialidad de ninguna enfermedad, y por lo tanto no cree tampoco en la esencialidad de la eclampsia infantil; él asimila las dos enfermedades á una génesis idéntica.

Pero ¿se trata de una hiperfunción de los órganos secretores, ó una hiperexcitabilidad nerviosa?

El cree que existen dos clases de eclampsias, una nerviosa por hiperexcitabilidad y otra verdaderamente tóxica. Aduce razones en este sentido.

Entiende además que se ha desviado la cuestión de su verdadero objeto, cual es el del tratamiento de esta enfermedad.

En este sentido se extiende en consideraciones acerca de los ataques eclámpicos y manifiesta que de la intensidad de ellos se pueden deducir consecuencias acerca de su gravedad y de su tratamiento.

El Secretario General,  
C. MENDAZA.

---

# ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

## UN INFORME

La Academia de Ciencias Médicas, en sesión celebrada el día 5 de Marzo, aprobó por unanimidad el siguiente informe, solicitado por el Juzgado de Instrucción del distrito del Centro, sobre el despacho en las Farmacias del sublimado corrosivo y la llamada sal de acederas.

**Bicloruro de Mercurio.**—Esta sal encuentra numerosas y variadas aplicaciones, tanto en la Medicina como en las Artes. En la primera, aparte de las indicaciones que cubre en Terapéutica, y en cuyos casos debe de ser imprescindible para su dispensación la prescripción facultativa, está reputada como el antiséptico por excelencia, cualidad por la que su empleo, es hoy tan generalizado en Cirugía, Obstetricia, Dermatología, y Parasitología. Con ser tan extraordinario este consumo, resulta incomparablemente inferior al que hoy se hace del sublimado, para la desinfección en general, ya en solución ó en pastillas dosificadas, papeles para lavados, pastas jabonosas, etc., habiéndose vulgarizado de tal modo su empleo, que en la mayoría de las habitaciones vemos hacer uso diario, en la desinfección de retretes, escupideras lavabos, etc., hasta el extremo de ser hoy obligatorio su uso, en solución al 1 por 1000, en las barberías, según lo prescriben la Instrucción general de Sanidad, en su «Anejo segundo» y las Ordenanzas Municipales de esta villa, en su Artículo 900; así como en la higiene personal íntima; como preventivo de toda infección en los traumatismos y cuya aplicación es urgente, y en tantísimos otros casos que constantemente se ofrecen y que no siempre permiten la presencia inmediata del facultativo Médico.

Además, esta substancia forma parte de numerosos líquidos empleados para la conservación de piezas anatómicas, interviene en la confección de otros compuestos químicos, sirve de

base en la preparación de reactivos y se emplea usualmente en fotografía.

Basándonos en nuestra experiencia profesional y en las manifestaciones recogidas de los Sres. Farmacéuticos de esta localidad, hemos de hacer notar, que no se recuerdan otros casos de intoxicación, que el de un individuo, que equivocadamente absorbió una pequeña cantidad de solución de esta sal, en una Clínica hospitalaria y que debido al sabor metálico de este compuesto químico, le obligó á rechazarlo inmediatamente, y al antídoto, oportunamente administrado, no sobrevinieron consecuencias lamentables. El otro caso, es el ocurrido en el domicilio de un Señor Médico de esta Villa, en la persona de su sirviente, que intentó suicidarse por medio del sublimado en pastillas que encontró á su alcance. En ambos casos era absolutamente imposible al Farmacéutico evitar estos accidentes. Por otra parte, entre las sustancias tóxicas, y atendiendo precisamente al incesante empleo que del sublimado se hace en la medicina doméstica, viene éste dispuesto en forma tal, que no es posible confundirlo, pues aparte de su envoltorio é inscripciones que indican su toxicidad, suele ir acompañado de materia colorante suficiente para teñir sus soluciones. Por todas estas circunstancias y por lo vulgarizado que hoy es su uso, entienden los Señores Farmacéuticos, que es este medicamento, uno de los comprendidos en el artículo 19 de las Ordenanzas de Farmacia vigentes, y es por esto, costumbre, no solo en esta localidad, sino en el mundo entero, despachar dicha sustancia en las formas y proporciones indicadas, única y exclusivamente en las Farmacias. Entre las sustancias tóxicas, la que mayor número de víctimas ocasiona, es el fósforo, sin duda alguna, y la adquisición de tal sustancia está al alcance de todo el mundo en los estancos; resulta, pues, completamente anómalo, que al Farmacéutico facultativo, conocedor de las propiedades y usos del sublimado y único autorizado á su despacho, se le impida éste, en las formas antes mencionadas, y que son de aplicación médica externa exclusivamente.

Es de notar que la R. O. de 6 de Agosto de 1908, relativa á

la venta de substancias tóxicas, prohibiendo su venta, y en especial la del sublimado en pastillas, aluda tan sólo á los establecimientos de Droguería, Ortopedia, Herboristería y de Productos químicos. Esta omisión, con relación á las Farmacias, en modo alguno puede atribuirse á olvido del legislador, sino á coincidencia con nuestro criterio, de que dicha substancia debe ser hoy considerada entre las usuales en Medicina doméstica y que en ocasiones puede darse el caso de que el Médico ó Veterinario la prescriba verbalmente.

Por todo lo expuesto, entendemos:

1.º Que el bicloruro de mercurio, en los casos de aplicación interna, debe ser expendido exclusivamente en las Farmacias y sólo con receta de Médico ó Veterinario.

2.º Que en las demás aplicaciones, acatando las prescripciones legales y adaptándose al espíritu de las mismas, en consonancia con su constante empleo en forma de jabones, pastillas dosificadas, ó soluciones, cuyo título no exceda al 1 por 1000, podrá el Farmacéutico, á juicio suyo, despachar dicha substancia.

**Bioxalato potásico.**—Esta sal, llamada de acederas, de aplicación industrial, casi exclusiva, hoy desterrada de la Medicina y empleada en la industria de tintorería y sombrerería, encuentra uso doméstico frecuente, bien para quitar manchas de tinta ó hierro, para limpiar objetos de paja y otros. Debido á sus propiedades tóxicas está prohibida su venta en los Establecimientos de Droguería, según lo prescriben las Ordenanzas de Farmacia, en sus artículos 54 y siguientes y la Real Orden de 6 de Agosto de 1908, así que el público que compra al por menor dicha substancia, se ve obligado á recurrir al Farmacéutico, y éste, conociendo al solicitante y el empleo que ha de hacer de dicha sal, se ve en la necesidad de servirla, dándose el caso de ser muy limitado el número de Farmacias en donde hoy pueda encontrarse dicho producto.

Bilbao 5 de Marzo de 1909.

## SECCION PROFESIONAL

Ha sido convocada para el día 17 del corriente la Junta general ordinaria del Colegio oficial de farmacéuticos de Vizcaya.

El mismo día 17, á la una de la tarde, se celebrará en el restaurant El Amparo el banquete para celebrar la apertura del Centro Farmacéutico Vizcaíno.

Según las impresiones recogidas, este acto promete verse muy concurrido, pues el entusiasmo es grande y las adhesiones recibidas son numerosísimas.

El Centro Farmacéutico Vizcaíno prosigue su marcha normalmente creciente á medida que va completándose el surtido de productos y especialidades.

Los farmacéuticos de Vizcaya, compenetrados de la importancia y utilidad moral y material que para todos reporta esta Sociedad, van acudiendo á ella para surtirse de los artículos necesarios para su despacho, y es altamente satisfactorio ver el entusiasmo con que la mayoría hacen sus pedidos sin querer saber siquiera el precio á que le van á ser facturados, confiados al buen criterio é indudable desinterés de la Gerencia; y al tocar este punto creemos de interés advertir á todos que los precios que han de regir se ajustarán en su inmensa mayoría á los corrientes en la plaza y que si algunos por circunstancias especiales fuesen algo más elevados, serán compensados con otros que serán más ventajosos que los que actualmente rigen, y sobre todo, que siendo esencialmente cooperativo el carácter de esta Sociedad, la pequeña diferencia sería reembolsada á fin de año en forma de dividendo á repartir al consumo; es este un dato que no deben olvidar en ningún momento los farmacéuticos de Vizcaya.

La Dirección del Centro advierte á todos los farmacéuticos que está ya casi completo el surtido de productos y especialidades y les ruega se sirvan dirigirle todos sus pedidos.

A consecuencia de las denuncias presentadas ante el Juzgado de instrucción por algunos drogueros por venta en las farmacias de algunos preparados medicinales, aquél pidió informe á la Academia de Ciencias Médicas de esta villa, y esta entidad ha emitido el que nuestros lectores pueden ver en otro lugar de este número, repleto de lógica y sana doctrina.

Es un luminoso informe que honra á la Academia y por el cual felicitamos tanto á ella como á los farmacéuticos á quienes se hace la justicia que se les debe.