

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Tratamiento de la infección uterina puerperal*, por el Dr. Joaquín Segarra.—SECCIÓN OFICIAL: *Astasia-abasia*, por el Dr. Emilio Sánchez Parra.—PRENSA PROFESIONAL: *Consideraciones médico-sociales sobre el tabaco y tabaquismo*, por el Dr. Salvador Albasanz Echevarría.—*Onanismo infantil por vulvo-vaginitis conócica*, por el Dr. Vital Aza.—*El Laboratorio y la Clínica. Métodos de investigación aplicables al diagnóstico de la melitococia*, por el Dr. Francisco Venegas.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña*.—*Sociedad Oftalmológica de Madrid*.—SECCIÓN VARIA: *Colegios Médico y Farmacéutico obligatorios*.—*De nuestro Catálogo*.—*Estadística*.—*Nuestro Concurso*.—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores*.

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos, indicando la procedencia. De todas las obras que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén integros en esta Redacción.

ARIVLE de S. Pozuelos.-Es la digital del pulmón

Jarabe Antiferino Moreno

PREPARACIÓN RACIONAL Y CIENTÍFICA PARA COMBATIR CON ÉXITO EN TODOS SUS PERÍODOS LA MÁS REBELDE COQUELUCHE.

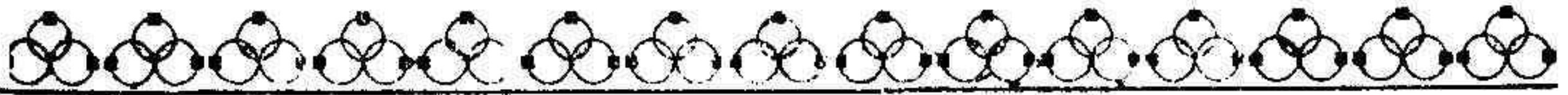
DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

Cura los **VÓMITOS** y **DIARREA**; facilita el **BROTE** y desarrollo de los **DIENTES**; evita el picor de las **ENCÍAS**. Combate las **ALFERECÍAS** y en general todos los desarreglos que lleva consigo el período de la **DENTICIÓN**.

Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO

MURCIA
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

— Y —
Drogueria

Viuda de Ruiz Seiquer

Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

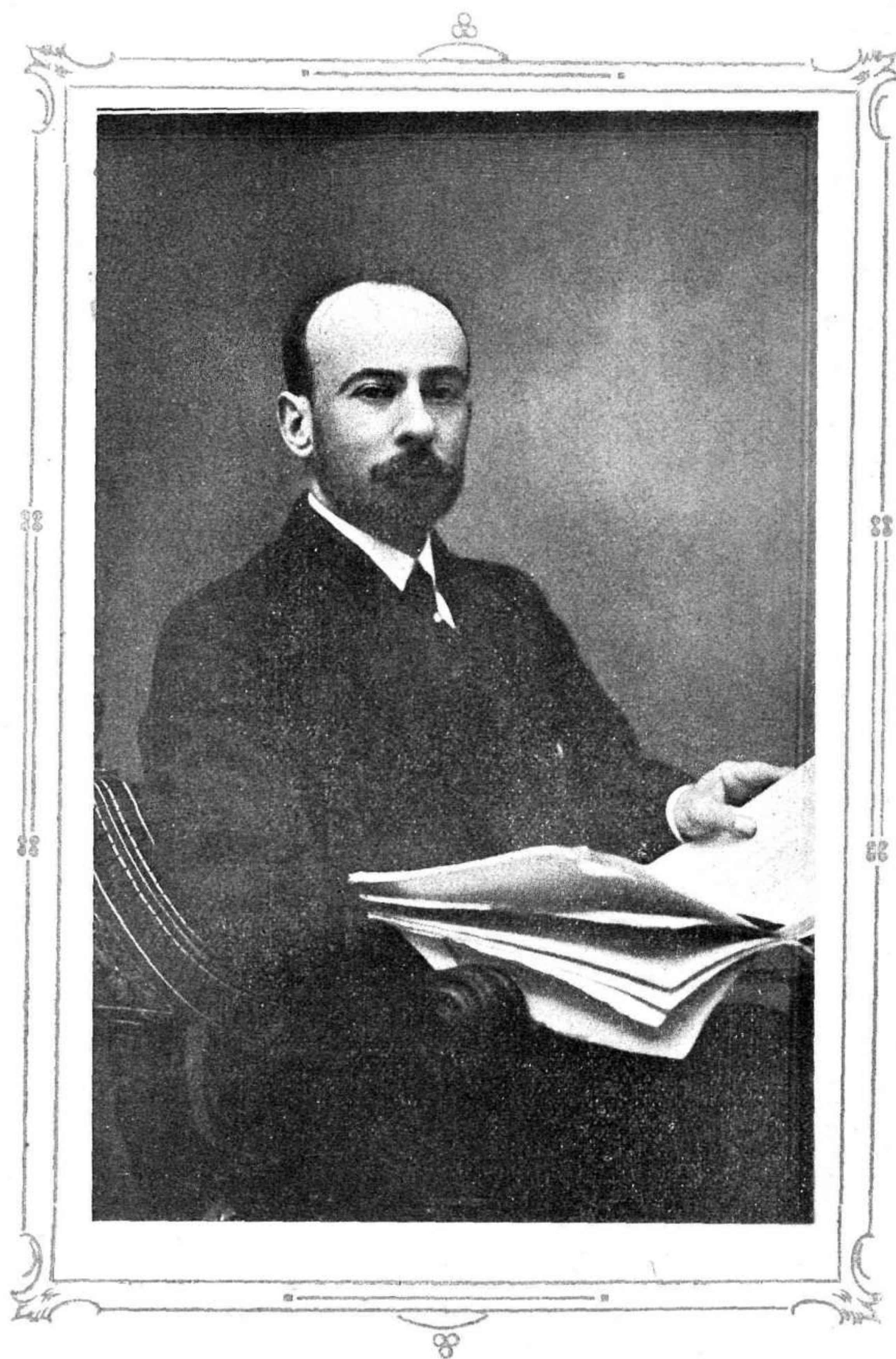
_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

MURCIA



NUESTROS
COLABORADORES

**:: Dr. Joaquin
Segarra :: :: ::**
De la Facultad de
Medicina de Madrid



MURCIA MÉDICA

::: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades :::

— Organo oficial de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia —

Año IV .. Enero 1918 .. Núm. 34

TRABAJOS ORIGINALES

Tratamiento de la infección uterina puerperal

Por el Dr. JOAQUÍN SEGARRA

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

DENTRO de la finalidad perseguida en la moderna orientación del tratamiento de las infecciones puerperales es tal la diversidad de apreciación en los múltiples procedimientos empleados que únicamente la experiencia clínica, desligada de prejuicios, puede conducirnos a la acertada elección de los medios adecuados a cada caso particular.

En la presente nota clínica me ocuparé solamente de la infección uterina, limitando la exposición a los tratamientos por mí empleados, juzgando por lo observado, el valor que en la actualidad se les atribuye.

Bajo el punto de vista terapéutico considero útil dividir la infección uterina en: infección saprémica e infección estreptocócica, más o menos compleja por asociaciones.

Ambas tienen de común en su tratamiento, lo que hace algunos años considero de capital importancia en la terapéutica de toda infección uterina, a saber: la ergotina a dosis elevadas y la aplicación de la vejiga de hielo en el hipogastrio. Conviene sin embargo señalar una diferencia capital; en la sapremia casi siempre ligada a la retención de elementos mortificados en el útero, impregnados de elementos saprógenos y con escasa potencia difusiva, la evacuación digital o instrumental es eficaz, de

necesidad en los comienzos del proceso y aun en los casos avanzados suele ser útil; las curas locales no son perjudiciales y los resultados en los numerosos casos por mí tratados, me hacen afirmar que la evacuación del útero lo más completa posible es de tanta utilidad, si no es mayor, que la ergotina y la vejiga de hielo.

La evacuación uterina, la ergotina y la vejiga de hielo siempre modifican favorablemente la marcha de la sapremia y en los casos que se acude con oportunidad yugula el proceso con rapidez inaudita. Por el contrario en la infección uterina estreptocócica toda maniobra intra-uterina resulta perjudicial.

Este hecho de capital importancia en la terapéutica de las infecciones puerperales es el fundamento de la nueva orientación que hace pocos años se sigue, no sin grandes discusiones y vacilaciones, hasta el punto que todavía hoy los que se inician en este ramo de la ciencia pueden verse perplejos ante la diversidad de criterio de los maestros y en este concepto encamino este trabajo tratando de exponer lo que la experiencia me enseñó después de muchos años de perplejidad y no pocos cambios en la manera de proceder. El año 1901 publiqué un trabajo clínico sobre la infección puerperal; en aquella época sugestionado por las ideas dominantes exponía los resultados de los casos por mí tratados, en los que la terapéutica local activa jugaba el papel principal y al recordar hoy, después de haber tratado numerosos casos que modificaron mi manera de pensar, no puedo por menos de consignar la influencia que ejercen las ideas dominantes sobre la apreciación clínica, escollo el más difícil de evitar al poseído del ardor y entusiasmo juvenil.

Como la verdad es un faro que tarde o temprano orienta al que trabaja, la clínica me enseñó el error de aquella época (1) y vino a ponerme en buen camino aun antes que los trabajos de los maestros indiscutibles viniesen a proclamarlos. Yo entonces al consignar en mi trabajo el resultado obtenido con el suero antiestreptocócico, que creo haber sido de los primeros que lo aplicaron en España, afirmé que el resultado obtenido era admirable en algunos casos y aquellos casos de brillante éxito allí consignados, eran por mí explicados por tratarse de infecciones estreptocócicas puras y de las razas que sirvieron para la preparación del suero; precisando que otros hechos clínicos ulteriores me convencieron de que las maniobras intrauterinas son perjudiciales y me hicieron comprender claramente que los éxitos brillantes del suero antiestreptocócico por mí conseguidos y allí consignados, se debían no tanto a la eficacia del suero como a la supresión de las curas y lavados uterinos, en aquellos casos.

Precisamente cuando a raíz de mi trabajo, mis entusiasmos científicos estaban en su apogeo, dos casos clínicos muy notables vinieron a quebrantar mis convic-

(1) Infecciones puerperales. 1901.

ciones científicas invadiéndome el escepticismo y haciéndome adquirir paulatinamente la convicción cada día más arraigada de que la condición más favorable para la curación de la infección estreptocócica uterina es el reposo del útero; no molestar, ni perturbar el proceso natural de defensa orgánica, que aísla la zona infectada, con más perfección y seguridad, que la mano del más experto cirujano; la abstención de toda maniobra perturbadora, el reposo absoluto unido a pequeños detalles de higiene, al parecer insignificantes (y que mi práctica me hace estimar de importancia) tales, como los frecuentes cambios de posición de la enferma, la malaxación extremadamente suave del útero por el hipogastrio, el sentarse para la micción; la irrigación intestinal diaria, todo lo que facilite sin traumatizar, el desagüe de los loquios, es la base fundamental de la terapéutica curativa. La ergotina activando y facilitando la formación de la barrera defensiva, oponiéndose a la difusión mediante el cierre vascular que la contracción de las fibras determina. La vejiga de hielo hipogástrica determinando el mismo efecto que la ergotina, cuya acción refuerza, a la par dificultando la actividad de los elementos infecciosos, vienen a constituir a mi entender los elementos más valiosos de que hoy disponemos para combatir la infección.

El año 1903 fui llamado a Cartagena para la asistencia de una puérpera grave: *Múltipara*, parto normal en presentación de vértice, feto vivo y de 3.500 gramos, masculino, duración del parto catorce horas; alumbramiento normal. Iniciada la fiebre a los dos días del parto se desenvuelve el cuadro típico de la infección uterina estreptocócica aguda: escalofríos repetidos, seguidos de elevación térmica a 40° y más; pulso de 120 a 160; insomnio, cefalalgia y quebrantamiento general; suspensión de la involución uterina y retención de loquios, etc.

Entablo el tratamiento de irrigación intrauterina cada seis horas y suero antiestreptocócico en inyección hipodérmica 20 c. c. cada cuatro horas. Tónicos cardíacos.

Después de cada irrigación escalofrío violento y agravación hasta que después de cinco días de lucha sucumbió la enferma.

Este caso fatal, en el cual puse a contribución toda mi buena voluntad, hasta el límite de mi agotamiento intelectual y físico, además, por mediar afectos para mí casi familiares, me produjo tal impresión, que fué motivo, durante una larga temporada, de preocupación científica en la que el escepticismo dominaba. En estas circunstancias fui llamado a asistir a un caso análogo que motivó el cambio radical de mis convicciones.

Múltipara, de 32 años, parto normal, asistida por una comadrona, feto femenino vivo, alumbramiento espontáneo normal. A los cinco días de puerperio fui llamado: Escalofríos repetidos e intensos, temperatura de 40° a 41°, pulso 160, insomnio, etc.

Irrigación intrauterina cada seis horas, suero antiestreptocócico, tónicos cardíacos, baño general frío, los primeros a 25° y ya luego a 17°.

Después de la irrigación escalofríos repetidos, 41'5 de temperatura que jamás descendía de 40° apesar de los baños repetidos, pulso incontable, insomnio, malestar general. En medio de este cuadro general tan pésimo había dos síntomas halagüeños: no existía meteorismo intestinal y la inteligencia estaba despejada, únicamente en los períodos de 41° y 41'5 se iniciaba un subdelirio no muy acentuado.

En estas circunstancias y a los seis días de lucha titánica, viendo que se agravaba la enferma, agotado físicamente por los agobios profesionales y dado mi estado de ánimo en que el escepticismo era la nota dominante, decidí suspender toda medicación, cura, inyección, etc., dejando a la enferma con una alimentación reparadora, cafeina y aceite alcanforado por vía hipodérmica y baño general frío cuando la temperatura lo reclamase.

En el intervalo de la primera noche de este tratamiento (desde las doce de la noche a las ocho de la mañana) se le dieron tres baños fríos, el agua tal cual salía de la fuente (agua de Lozoya) y enfriada además una vez la enferma en el baño con dos pedazos de hielo en la proximidad de los pies; no estará demás añadir que el esposo de la enferma D. Nazario Alvarez, auxiliado de la comadrona, eran los que le daban el baño atendiendo a mis instrucciones que eran meterla en el baño en cuanto la temperatura alcanzase 41°, aunque el baño anterior no hiciese más que una hora de tiempo que se hubiese dado.

Por la mañana encontré a la enferma transformada, había conciliado el sueño después del tercer baño frío, el pulso 140, la temperatura 38'5 y una mejoría que hizo decir a la enferma: «Doctor ya estoy buena». Efectivamente, por la tarde después de un ligero escalofrío ascendió la temperatura a 40° se le dió un baño, durmió bien aquella noche y desde el día siguiente con una temperatura máxima de 38° entró en franca convalecencia.

Esta enferma vive todavía, parió dos años después y se encuentra perfectamente.

Este caso clínico hizo variar por completo mis ideas sobre el particular desechando en absoluto toda maniobra intrauterina terapéutica en los casos de infección estreptocócica de la matriz; paulatinamente fué surgiendo el razonamiento para explicar el hecho para mí evidente desde aquella época y procuré estudiar el proceso por el que el útero trata de localizar la infección cuando el estreptococo le invade, que es el mismo procedimiento general de defensa que el de todas las regiones de la economía; en las proximidades de la región infectada se forma una verdadera barrera por infiltración leucocitaria que trata de impedir a los microbios su penetración en la profundidad, como se ve claramente en los cortes de útero

afectos de endometritis puerperal examinados al microscopio; sólo cuando destruyen esta valla es cuando se propagan a distancia sea por vía linfática o sanguínea.

El útero, como otra región cualquiera, al ser invadido por los agentes patógenos se defiende tratando de localizar la infección; si la virulencia de los microbios no es exagerada los medios de defensa se bastan, la infección se localiza en la superficie interior del útero y resultan formas benignas; si por el contrario la virulencia de los gérmenes es exagerada son vencidas las primeras resistencias de la superficie uterina y los microbios se propagan a más o menos distancia, Resultando de estos hechos que sólo cuando los microorganismos son de escasa virulencia quedan al alcance de nuestros medios de desinfección y en estos casos en primer término los medios naturales de defensa se bastan para dominar la infección y además las maniobras necesarias para conducir los desinfectantes, vulneran, perturban y debilitan la formación de la barrera defensiva, por lo que a más de ser poco eficaces resultan perjudiciales. En los casos de mayor virulencia la difusión de los gérmenes es tan rápida y fuera de nuestro alcance que los medios de desinfección local resultan inútiles y favoreciendo con ella la difusión son motivo de agravación de la dolencia.

Estos principios fundamentales fueron arraigando en mí en el transcurso del tiempo y en los primeros años en que todavía la desinfección intrauterina estaba aceptada por la mayoría, pude apreciar hasta qué punto eran perjudiciales y sólo diré que en el curso del 16 al 17 en que fueron desterradas en la Clínica de Maternidad de esta Facultad las irrigaciones intrauterinas, han sido tan raras las infecciones puerperales que teniendo hechos estudios preliminares para ensayar y aquilatar el valor de las vacunas auto y heterógenas en la infección puerperal no he podido llevarlo a la práctica por falta de púerperas infectadas.

En el período de tiempo del año 1904 al 1912 el tratamiento que estimaba como fundamental era el reposo absoluto del aparato genital, los cuidados higiénicos antes apuntados de limpieza externa, posición, etc., todo lo que facilite el desagüe de los loquios y la ergotina a grandes dosis, únicamente en los casos que la extensión de las lesiones locales invadía al peritoneo recurría a la vejiga de hielo hipogástrica.

El año 12 con motivo de mi viaje a Berlín al Congreso de Obstetricia y Ginecología pude apreciar en la Sección de Partos del Hospital de la Charité de Berlín que el tratamiento local de toda púerpera infectada consistía; vejiga con hielo en el hipogastrio aplicada constantemente durante unos seis días y ergotina al interior que se daba unos nueve días; nada de irrigaciones vaginales, de irrigaciones intrauterinas ni raspados, limitando las medidas de desinfección al lavado de los genitales externos. Los resultados obtenidos son excelentes según la estadística del refe-

rido Hospital. Estos hechos y la autorizada fuente de su procedencia afianzaron más mis convicciones y desde entonces al tratamiento por mí empleado, hacía algunos años, añadí la aplicación sistemática de la vejiga con hielo en el hipogastrio.

Tratamiento general. Suero antiestreptocócico. Desde el año 1900 vengo empleando el suero antiestreptocócico en inyección hipodérmica y administrado por vía bucal en las infecciones puerperales; en los casos por mí publicados en 1901 puede verse el entusiasmo, los buenos resultados conseguidos en mi práctica debidos a mi entender a que en aquellos casos suprimí o simplifiqué notablemente la terapéutica local de desinfección. Un juicio parecido me merecen los casos ulteriores.

OBSERVACIONES DE LA CLÍNICA DE LA FACULTAD

C. M., de 31 años, de Madrid. Primípara. Pelvis plana, conjugado verdadero nueve y medio.—Presentación de vértice O. I. D. A., un solo feto, al parecer pequeño. El 15 de Octubre de 1910 se inicia el parto, lento, con tracciones espaciadas los días 15 y 16, el 17 rotura de la bolsa con una dilatación de unos 3 centímetros de diámetro.

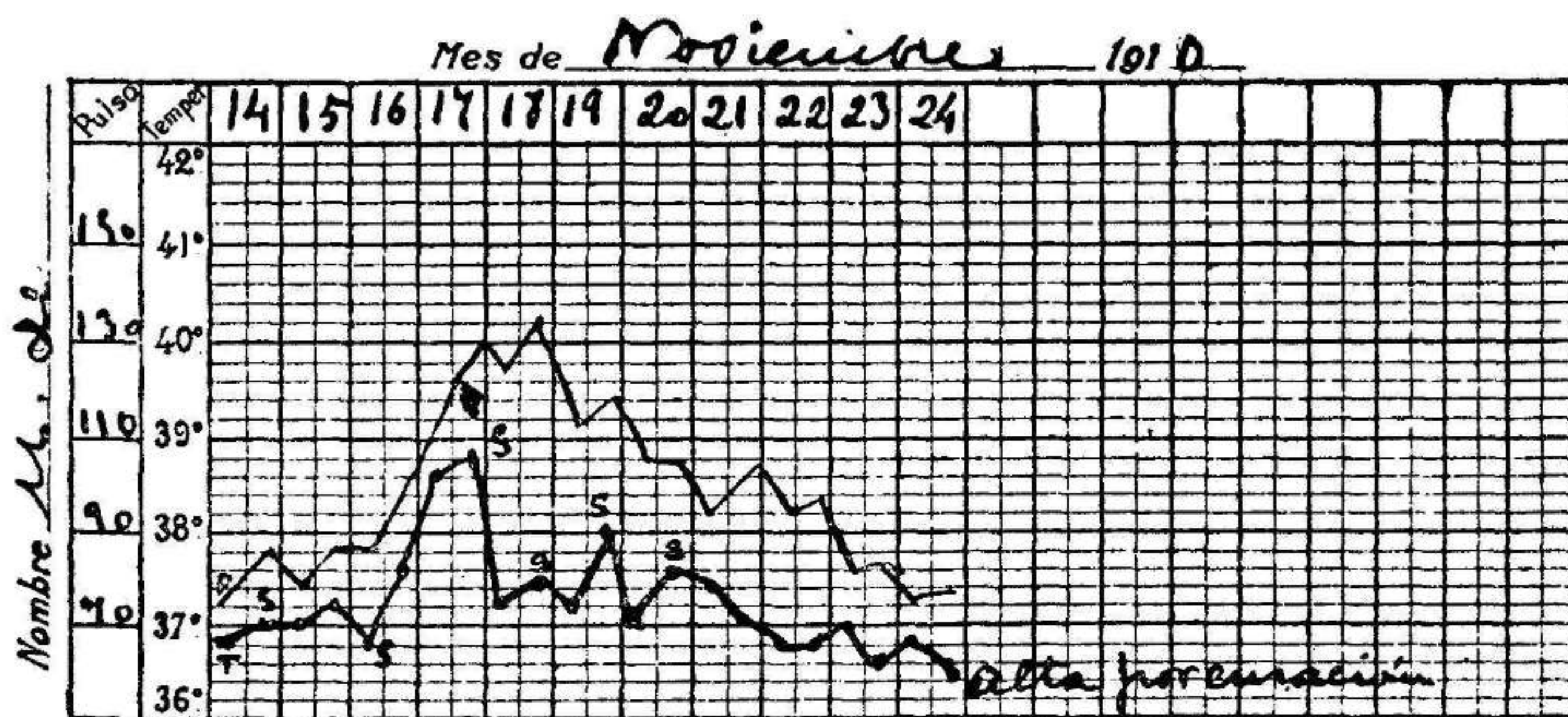
Dilatación con el dilatador Tarnier y aplicación del fórceps en el tercio superior de la escavación; extracción difícil, desgarró perineal incompleto iniciado en la horquilla vulvar que reclama nueve puntos de sutura. Feto masculino, de 2.470 gramos, en estado asfíctico, necesitando media hora de maniobras para respirar; falleció a las 24 horas.

Puerperio. Se le puso espica doble de ingle por haberse separado los pubis. Lavado vulvar y vaginal a poca presión con solución débil de permanganato. Dos inyecciones diarias de 20 c. c. de suero antiestreptocócico.—Alcohol, leche,—el día 20 purgante (ricino). Durante cinco días se sostiene la temperatura entre 38° y 39'3, pulso de 100 a 116; el día 23 se suprime el suero. El día 24 se le quitan siete puntos de sutura vagino-perineales.

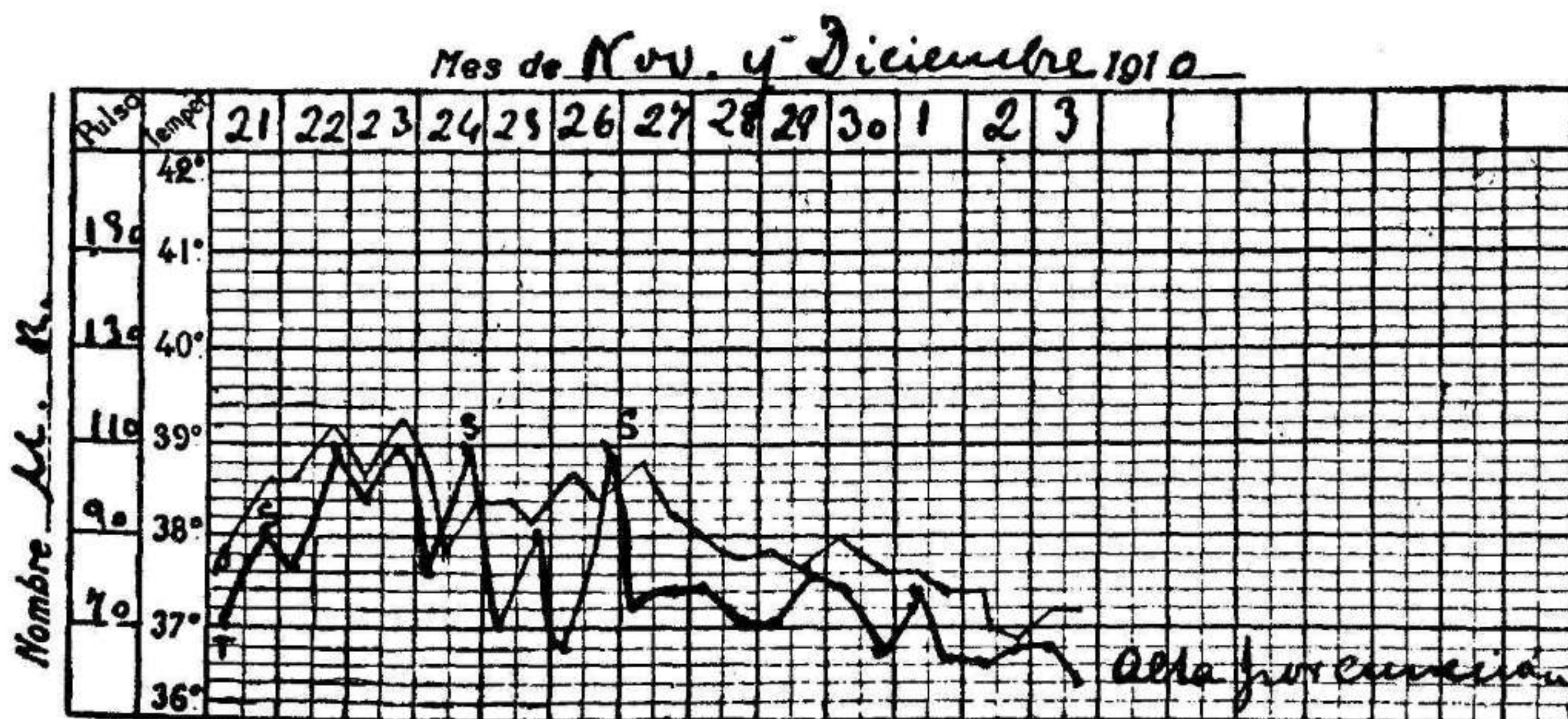
El día 26 se sustituye la espica por un vendaje de cuerpo. Sección de los dos puntos perineales que quedaban. Se levanta el 6 de Noviembre y el 10 del mismo toma el alta por curación. (*Observación del aquel entonces interno hoy Doctor Viñals.*)

Observación del interno Dr. Carreras.—D. M., de 25 años, natural de Valladolid. Primípara. Vida genital normal. Parto al término del embarazo el 14 de Noviembre de 1910 de un feto masculino de 3.600 gramos, con pérdidas sanguíneas considerables. Los dos primeros días del puerperio apirética. El tercero escalofrío, fiebre y dolor hipogástrico. Lavados vulvares, cura seca del cuello uterino y toques

de tintura de yodo (diariamente). Inyección de 20 c. c. de suero antiestreptocócico los días 14, 16, 17, 18 y 20. Alta por curación el 24.

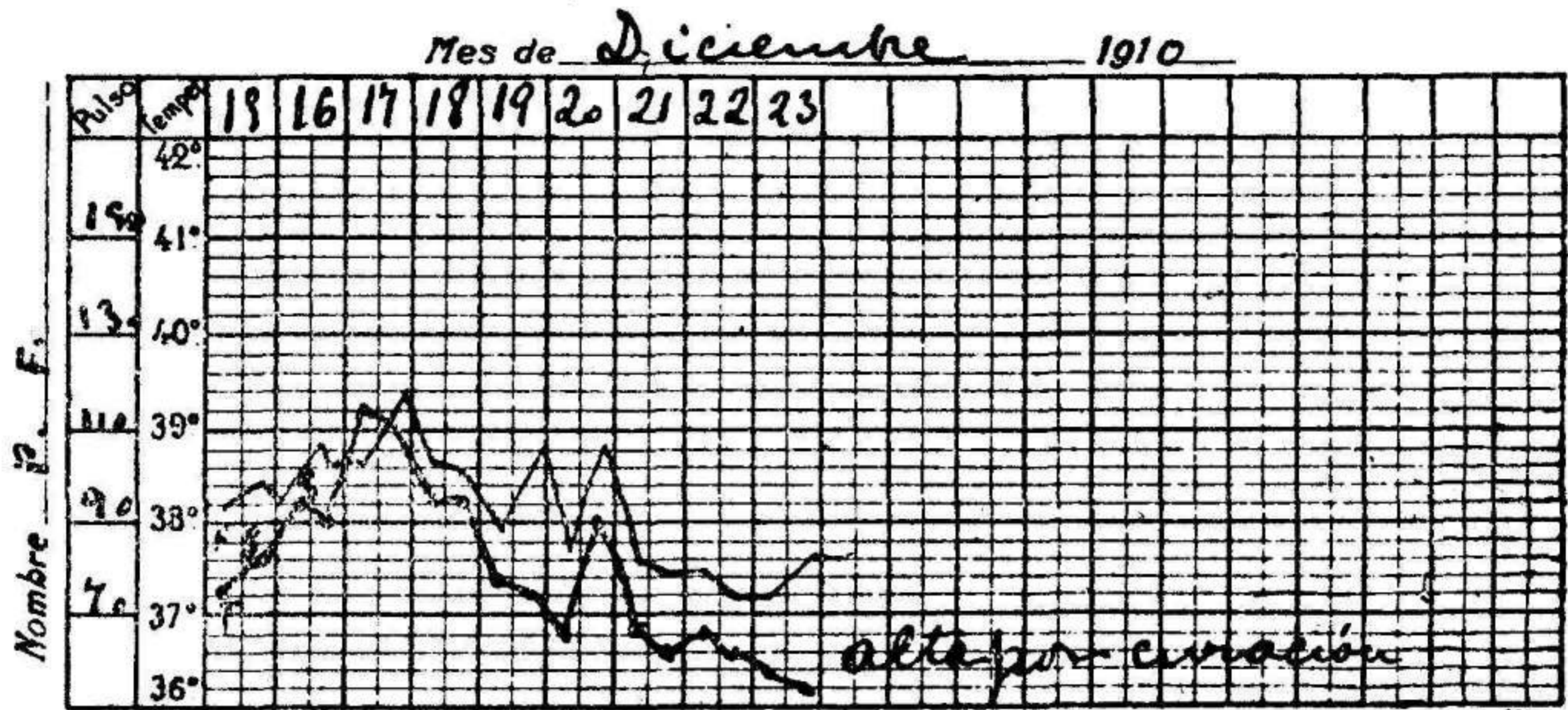


Observación del interno Dr. Carreras.—M. R., de 23 años, de Ontanilla (Guadalajara). Primípara, ingresó en la Facultad el 20 de Noviembre, a los cinco días de dolores de parto y con rotura precoz de la bolsa el día 16, en el momento de su ingreso dilatación casi completa, posición O. I. I. A. comenzando la rotación, atonía uterina. Le hice una aplicación de fórceps. Feto masculino vivo, de 3.250 gramos. Dispuse inyección profiláctica de suero antiestreptocócico los días 21, 24 y 26. Alta por curación el 3 de Diciembre.



Observación del interno Dr. Carreras.—P. T., de 25 años, de León. Ingresó en Clínica en período dilatante el 15 de Diciembre de 1910. Primípara. Parto y alumbramiento normales. Como durante su estancia fuera de la Clínica sufrió repe-

tidos tactos sospechosos y la temperatura era de 37.7 le dispuse suero profiláctico antiestreptocócico el 15 y el 16. Alta por curación el 24 de Diciembre.



Observación del interno Dr. Viñals.—E. J., de 24 años, de Madrid. Primípara. Ingresó a las siete y media de la tarde terminando el período de dilatación. Estrechez pélvica poco acentuada. Atonía uterina. Aplicación de fórceps a la una de la madrugada por el Profesor ayudante Dr. Fernández Chacón. Ligera rasgadura que reclamó un solo punto de sutura. Alumbramiento normal. Feto femenino vivo, de 3.500 gramos.

En previsión de los tactos sospechosos antes de su ingreso y como medio profiláctico se le administraron dos inyecciones de suero antiestreptocócico. Puerperio normal sin sobrepasar 37°, alta pedida el quinto día sin que ulteriormente tuviese novedad la puérpera.

Estos casos y algunas docenas más que pudiera presentar y que excluyo por haber recurrido en ellos a más del suero a otras medicaciones combinadas, tales como el sublimado por vía venosa; el electrargol, yodipina, nucleinato sódico, por vía hipodérmica, haciéndose difícil sacar conclusiones claras y precisas por la complejidad del tratamiento empleado, me sirvieron sin embargo unos y otros, para formar juicio sobre el valor del suero antiestreptocócico. Lo mismo digo de muchos casos en que empleé el suero por vía gástrica, pues hace muchos años que estoy convencido que este suero como el diftérico administrado por vía bucal a grandes dosis (difteria, broncopneumonías, bronquitis, etc.,) dan el mismo resultado que por vía hipodérmica, teniendo la ventaja de estar exentos de accidentes anafilácticos, pero teniendo el inconveniente de lo cara que resulta esta medicación en esta forma.

Por lo que a la infección puerperal se refiere mi opinión es que tiene indudablemente una acción profiláctica evidente que no debemos despreciar en los casos de infección probable (fiebre subpartum, intervenciones cruentas, parto prolongado,) recurriendo lo antes posible ya por vía hipodérmica, ya por vía gástrica, según las circunstancias económicas de la puerpera. Como acción curativa creemos es muy escasa su eficacia siendo preferibles como veremos otros tratamientos.

Electrargol.—Empleamos el Electrargol en la Clínica a dosis variable de 5 a 20 c. c. isotonzado previamente, las soluciones que inyectamos hipodérmicamente en la región abdominal o en la escapular. Después de la inyección hemos observado una ligera elevación térmica, consecutiva a los fenómenos reaccionales de su introducción seguida de un descenso de temperatura y si la infección no es de gravedad suma, con la repetición de las inyecciones hemos llegado las más de las veces a la curación, sin haber visto nunca complicaciones locales (abscesos, linfangitis). En los casos de administración endovenosa notamos fenómenos de reacción intensa con escalofrío, subida de la fiebre a 40° y después descenso progresivo, ejerciendo indudablemente una acción beneficiosa sobre la marcha de la infección, apesar de lo cual no las empleo por haber conseguido al parecer mejores resultados con la yodipina.

Sales mercuriales.—Muchos casos han sido por mí tratados mediante la inyección intravenosa de cianuro y bicloruro de mercurio cuyas historias clínicas recogidas por los internos Viñals, Crespo y Carreras, podría transcribir aquí prescindiendo en atención a no dar exageradas proporciones a estas notas clínicas, limitándome a indicar el convencimiento por mí adquirido de que las inyecciones intravenosas mercuriales en la infección puerperal tienen más inconvenientes que ventajas y únicamente he visto efectos evidentemente útiles en las puerperas en pleno período secundario de la sífilis que a la par estaban infectadas de septicemia. Durante el curso de 1910 a 1911 estas observaciones clínicas se hicieron con pulcritud, pues sistemáticamente se hacía el Wassermann a todas las embarazadas bajo la dirección del entonces Profesor Clínico Dr. Sainz de Aja, especializado ya en este ramo de la ciencia.

Yodipina.—Seducido por los resultados clínicos obtenidos con este medicamento en las infecciones agudas más diversas, pensé ensayarlo en las infecciones puerperales y por no aparecer apasionado me limito a transcribir lo consignado por el aquel entonces interno, hoy distinguido Dr. Carreras: «Yodipina. Cuerpo oleoso de color amarillo claro, compuesto de aceite de sésamo y cloruro de iodo, que presenta admirables ventajas en las infecciones agudas; se descompone lentamente en el organismo por transformarse en ioduros alcalinos, eliminándose en este último

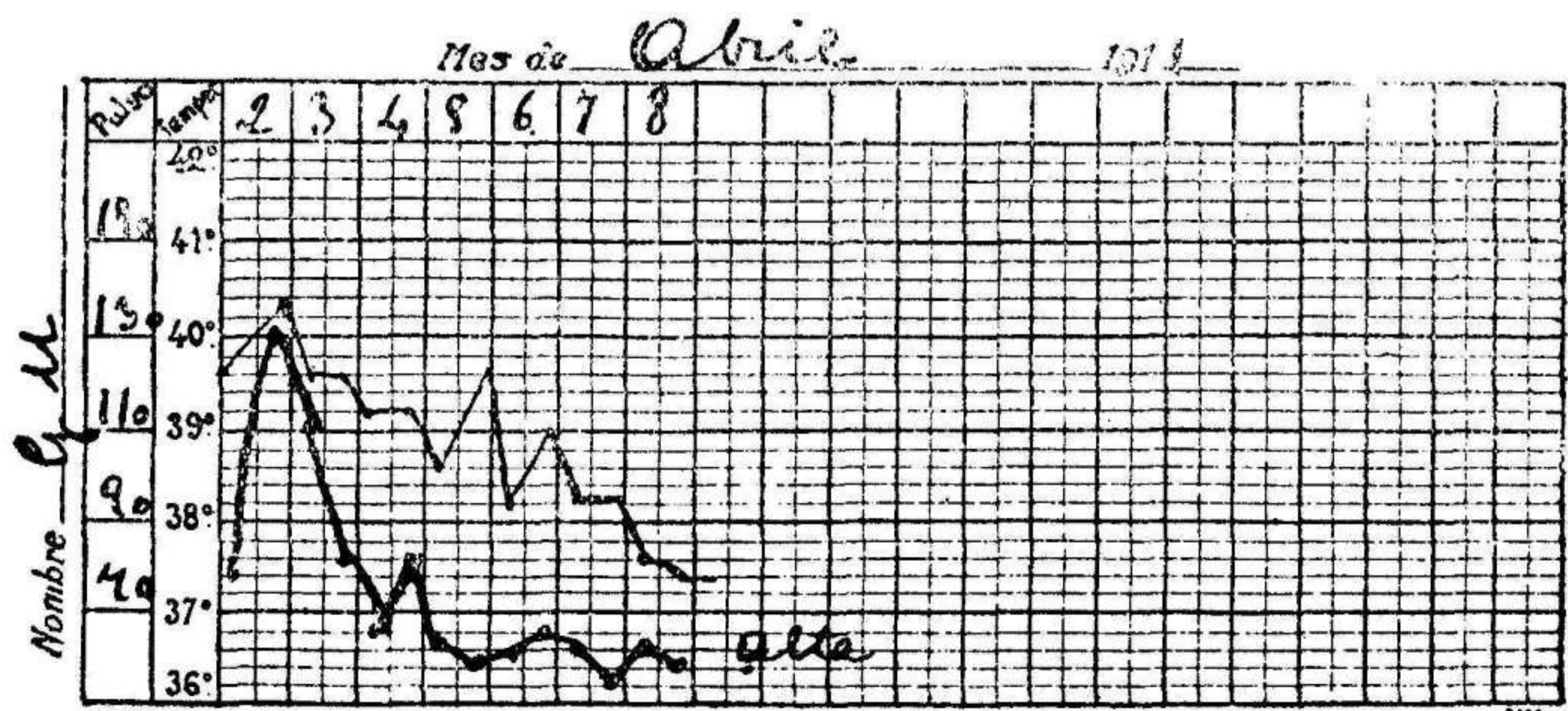
estado y siendo perfectamente tolerada con ausencia de fenómenos de iodismo y albuminuria y sin complicaciones ni aún en los brighticos.

Tiene acción electiva específica sobre el tejido linfoide, provocando notable hiperleucocitosis con lo que la fagocitosis aumentará, aunque el poder fagocitario quede igual, resultará efecto beneficioso para el organismo, pues favorece su lucha contra la infección.

En la Clínica de Obstetricia de esta Facultad ha sido recientemente introducida por el Dr. Segarra. En los casos tratados empleamos la iodipina Merck al 25 por 100, inyectándola en el tejido celular subcutáneo de la piel del abdomen, a dosis de 5 a 15 c. c. con los detalles de técnica inherentes a la viscosidad del producto y los resultados que hemos obtenido han sido en algunos casos verdaderamente sorprendentes después de fracasar otros remedios. »

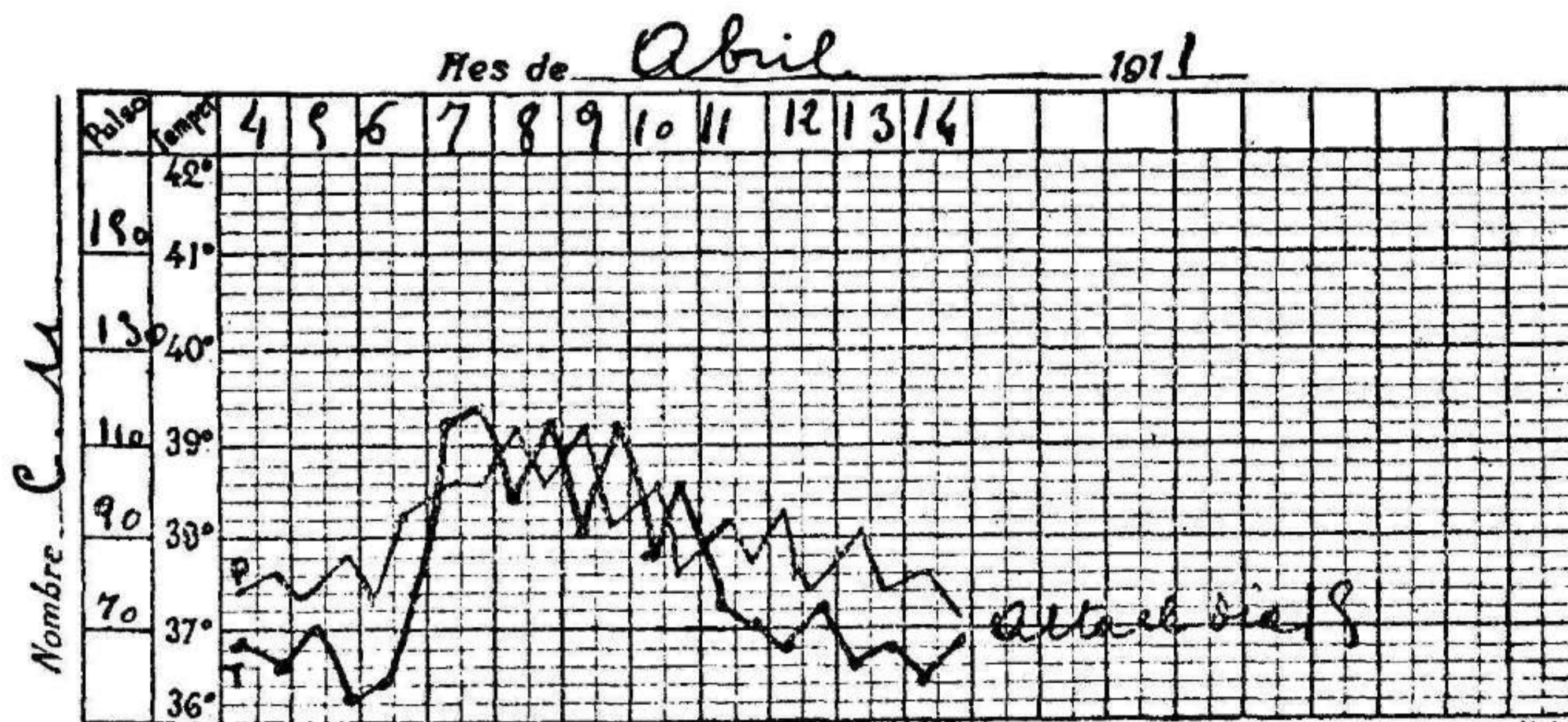
OBSERVACIONES RECOGIDAS EN LA
FACULTAD DE MEDICINA POR LOS
INTERNOS CARRERAS Y VIÑALS: : :

Observación 8.^a—G. M., de 32 años, de Toledo. Entra en la Clínica el día 1.º de Abril con la bolsa de las aguas rota y hemorragia considerable. Tiene elevación térmica subpartum. Aborto de cinco meses el 2 de Abril. Inyecciones de iodipina (10 c. c.) los días 2 y 3. Alta por curación el 8 de Abril. Diagnóstico. Septicemia abortada por el tratamiento.

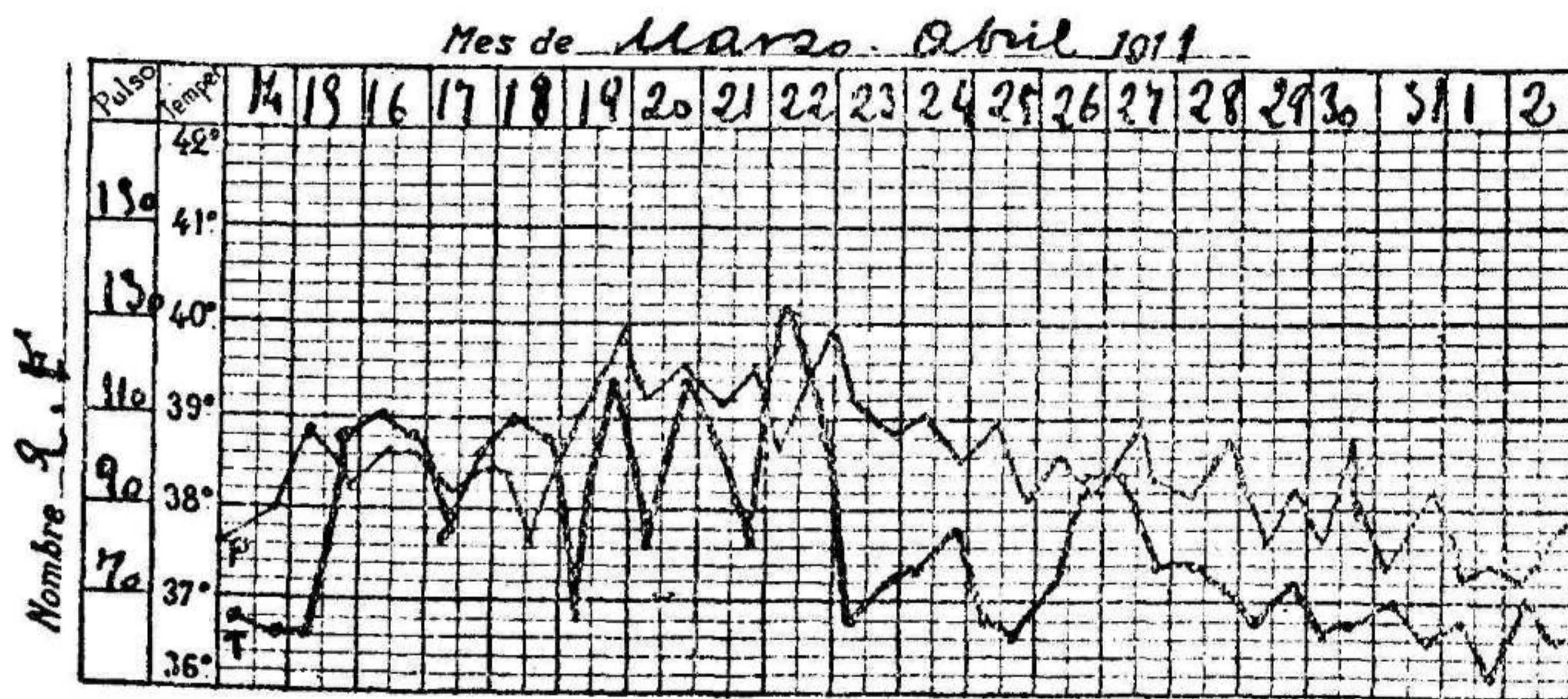


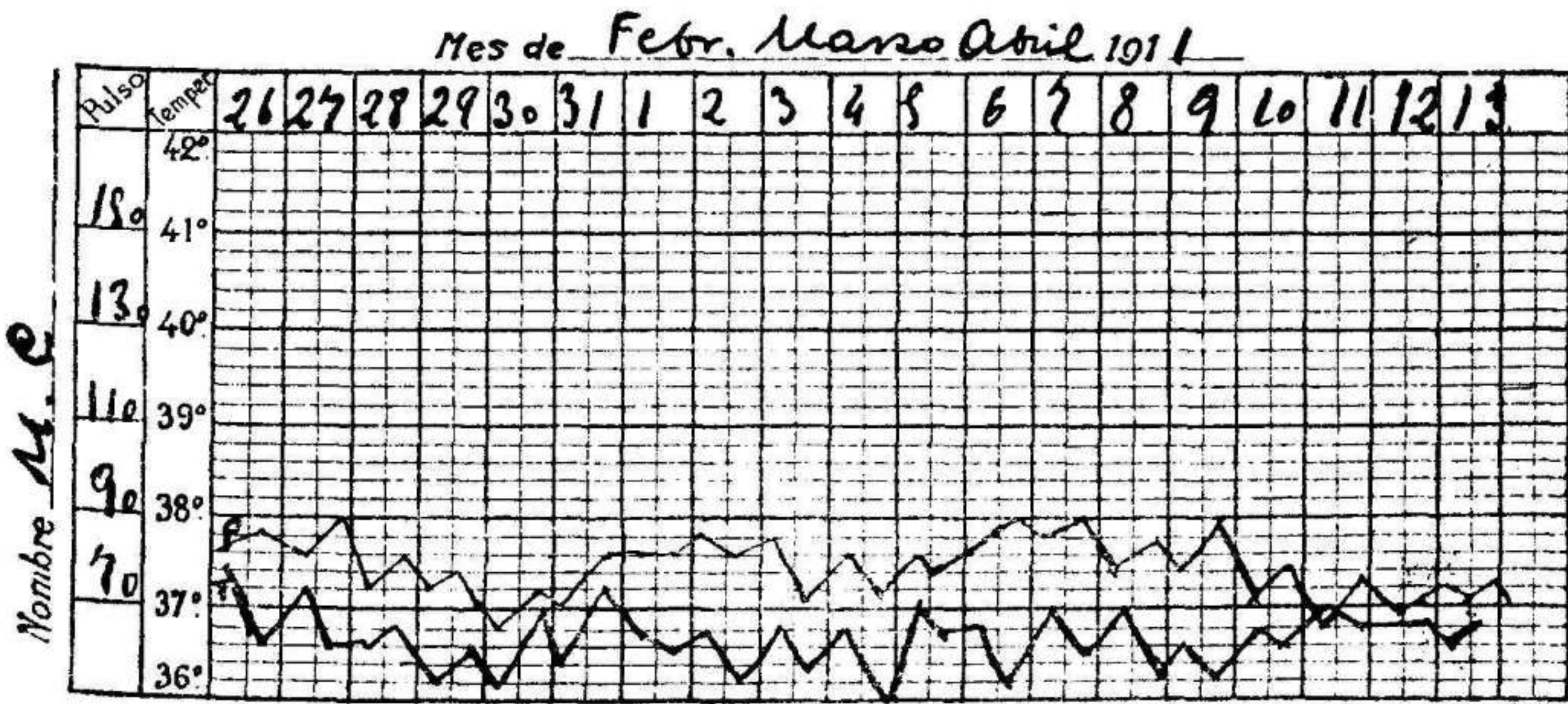
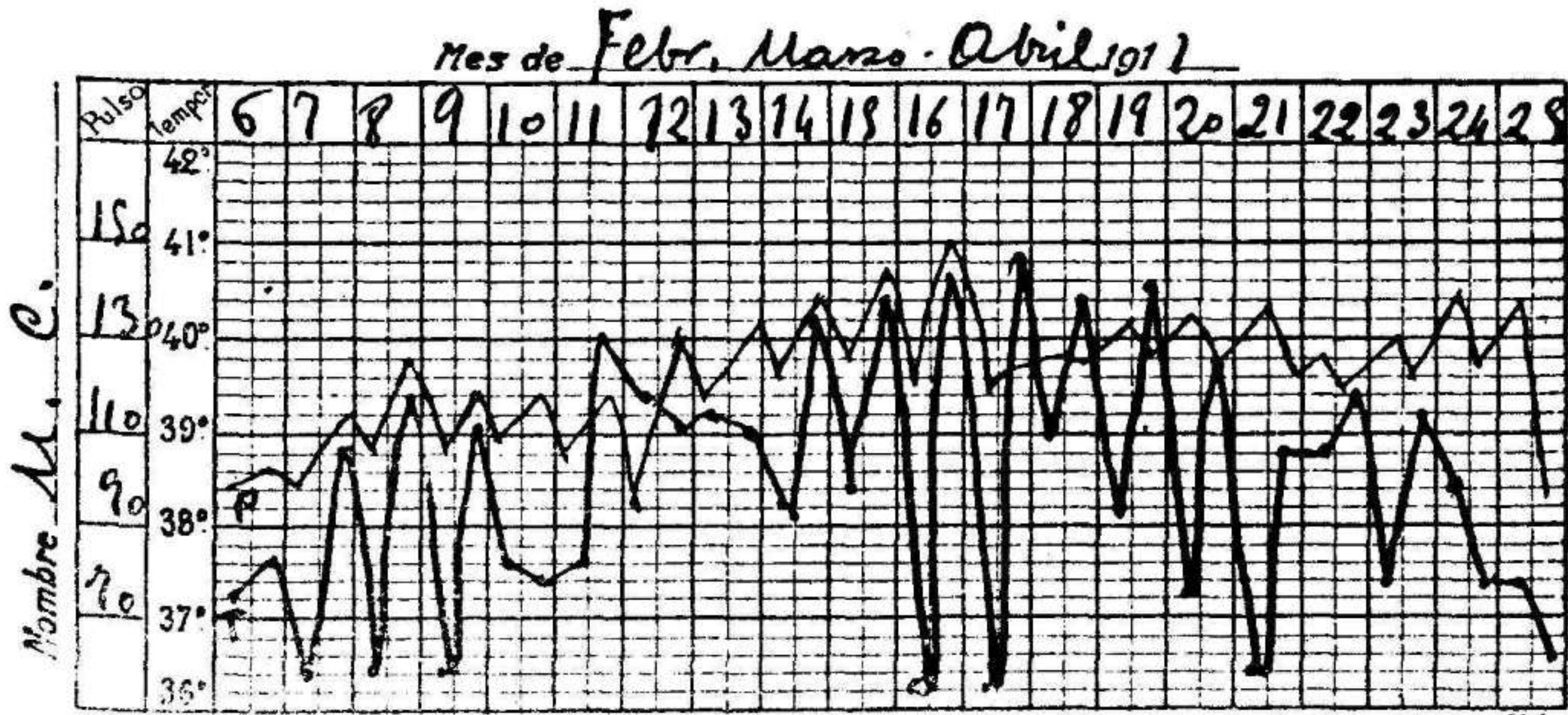
Observación 9.^a—C. M., de 40 años, de Avila. Multipara. Parto normal el día 3 de Abril de 1911 de un feto femenino de 3.700 gramos. Toque con tintura de iodo

en el útero el día 7. Inyecciones de iodipina (10 c. c.) los días 7, 8 y 9. Alta por curación el 15 de Abril.



Observación 10.^a—E. F., de 23 años, de Madrid. Secundípara. Parto normal el día 14 de Marzo de 1911 de un feto femenino que pesó 3.000 gramos. Cura intrauterina el 21 de Marzo. Inyecciones de suero antiestreptocócico los días 23 y 24. Inyecciones de iodipina los días 21, 22, 27 de Marzo y 8 y 9 de Abril.

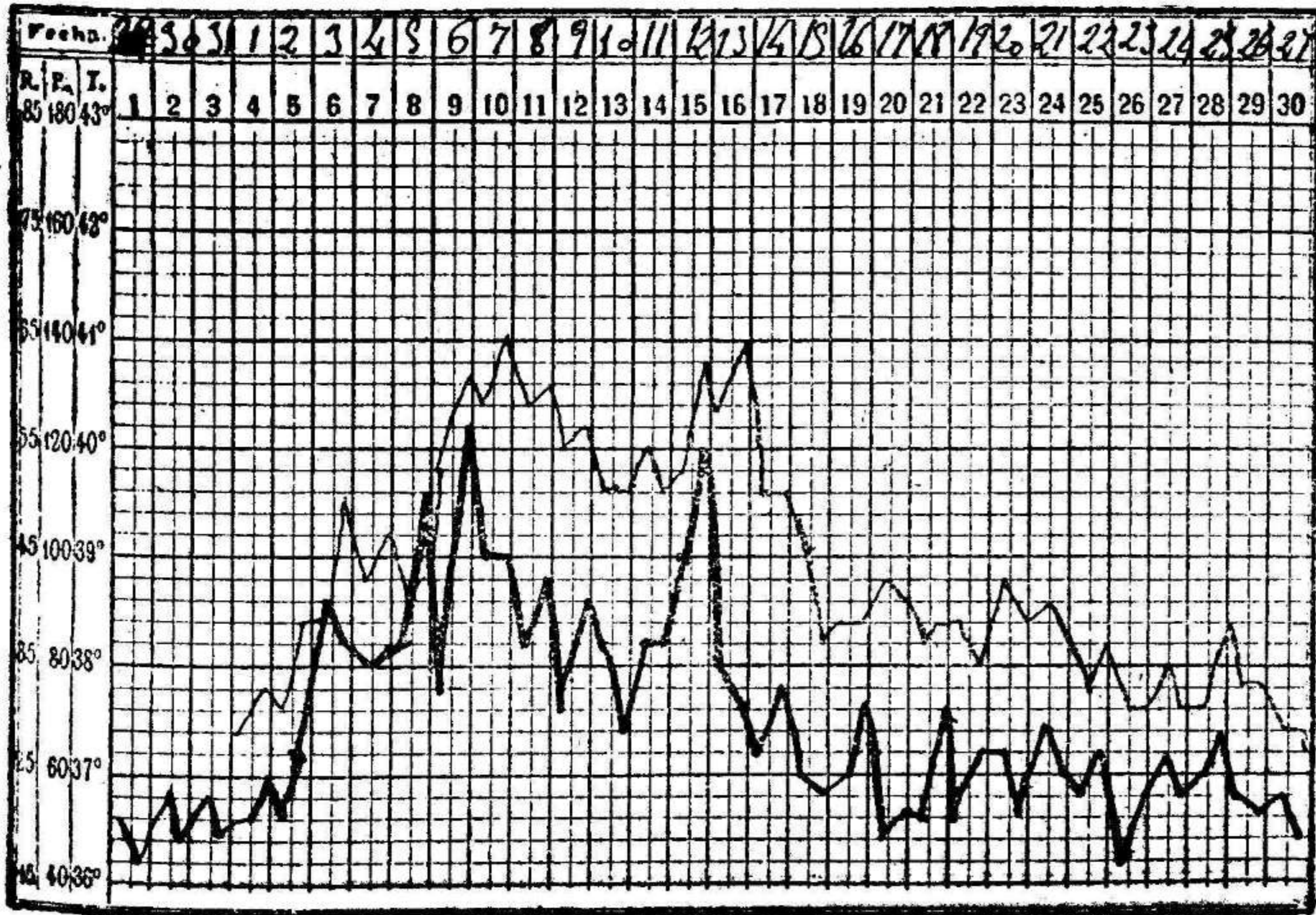




Continúa en la Clínica sin trastornos apreciables y es dada de alta a fines de Mayo.

Observación 13.^a—María Paso, de 27 años, de Écija. Secundípara. Embarazo de seis meses y medio.

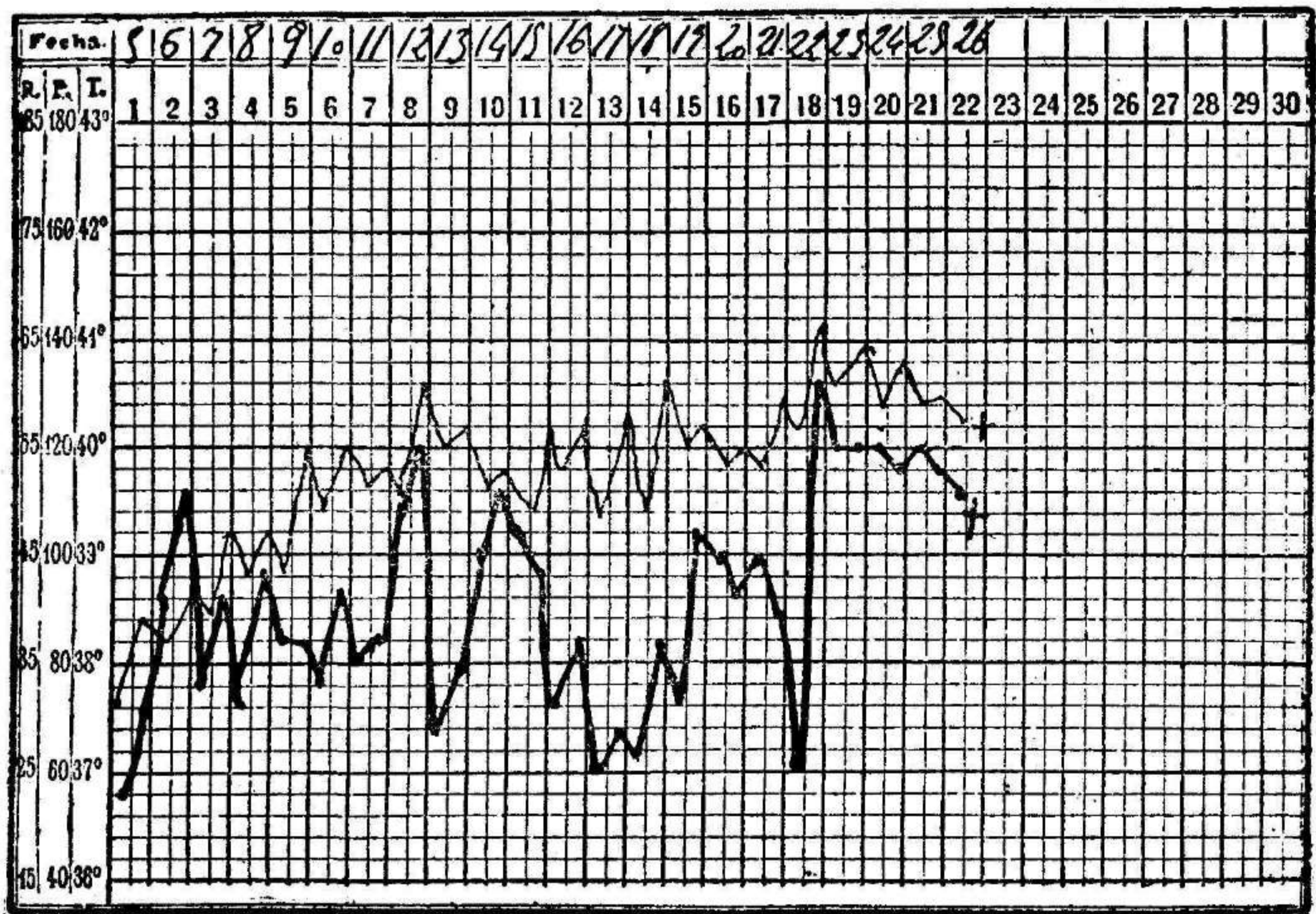
Ingresa en clínica, con síntomas de aborto. Grandes hemorragias. Placenta previa central. Extracción del feto por D. Antonio Chacón el 3 de Abril a las 13.



Inyecciones de iodipina (10 c. c.) los días 4, 6, 7, 9 y 13 de Abril. Raspado uterino sin resultado el día 6 y curas uterinas con iodo el 10 y el 11. Como las pérdidas sanguíneas han sido enormes se le ponen abundantes inyecciones subcutáneas de suero artificial. Toma como bebida agua con cognac apirética desde el día 26 de Abril. Se le da alta por curación el 30.

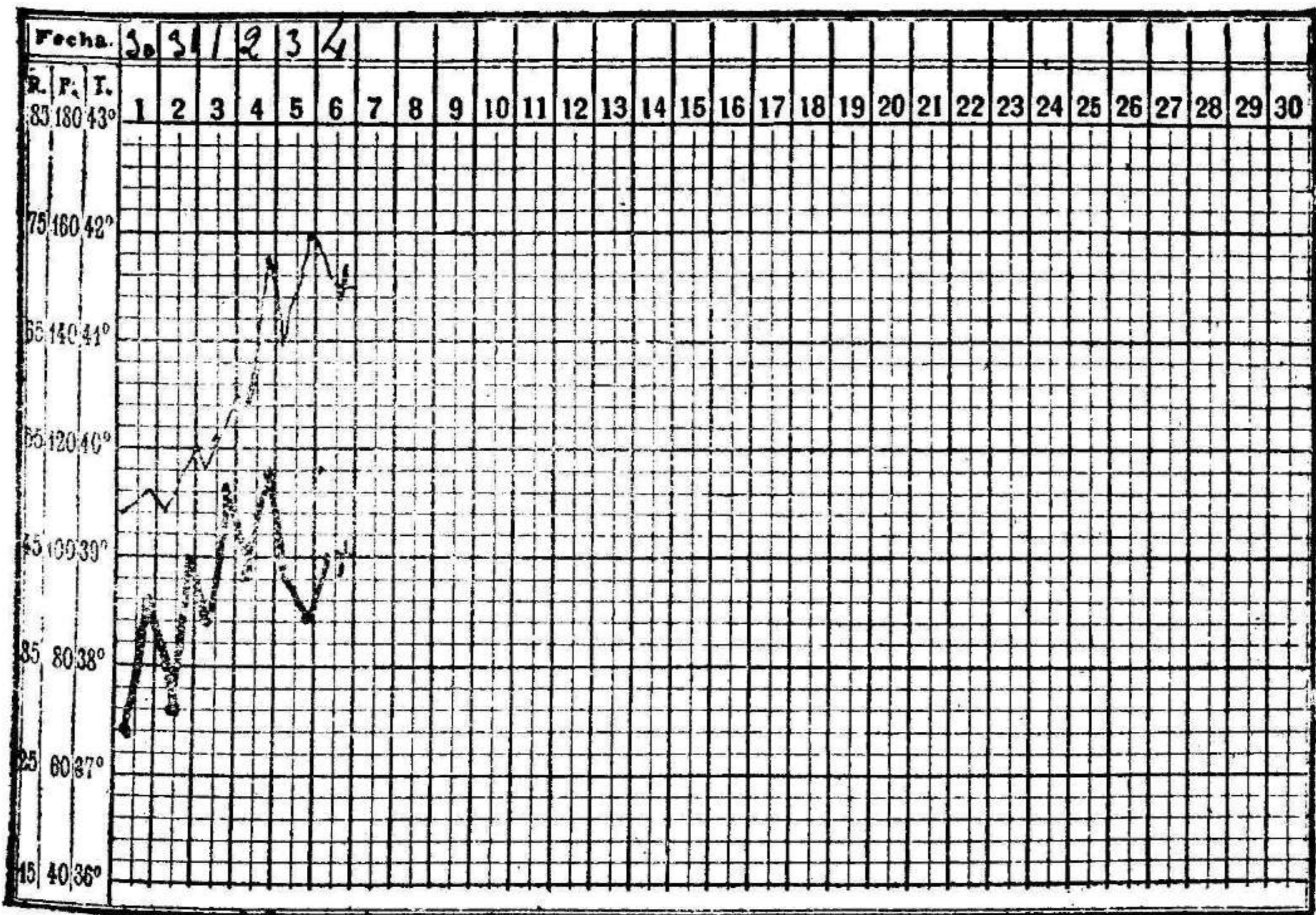
Observación 14.^a.—Dolores Márquez, de 27 años, de Madrid. Secundípara. Con irregularidades en la menstruación. En su primer parto tuvo rasgadura uterina. Posición mentoiliaca izquierda anterior. Estrechez pélvica no muy acentuada. Aplicación de fórceps por el Dr. Repollés el día 5 de Abril con rasgadura del cuello uterino: se suturó con 7 puntos. Resultó una niña de 3.500 gramos.

Gráfica de la historia clínica de Dolores Márquez



Inyecciones de iodipina los días 6, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 21, 22, 23 y 24. El día 9 se quitan los puntos; están infectados. Tiene un flemón en el fondo de saco vaginal derecho con salida al cuello uterino. Se ponen primero mechas y luego desagüe de goma, saliendo grandes cantidades de pus diarias; se limpia cuidadosamente y se hace un lavado vaginal con solución de permanganato a poca presión. Se extiende la infección al útero y entonces se hacen curas con tintura de iodo. Tiene grietas en los pezones que se tratan por la mezcla de glicerina y tintura de iodo. Se trata de una enferma de naturaleza muy débil. Alta por defunción el 26 de Abril.

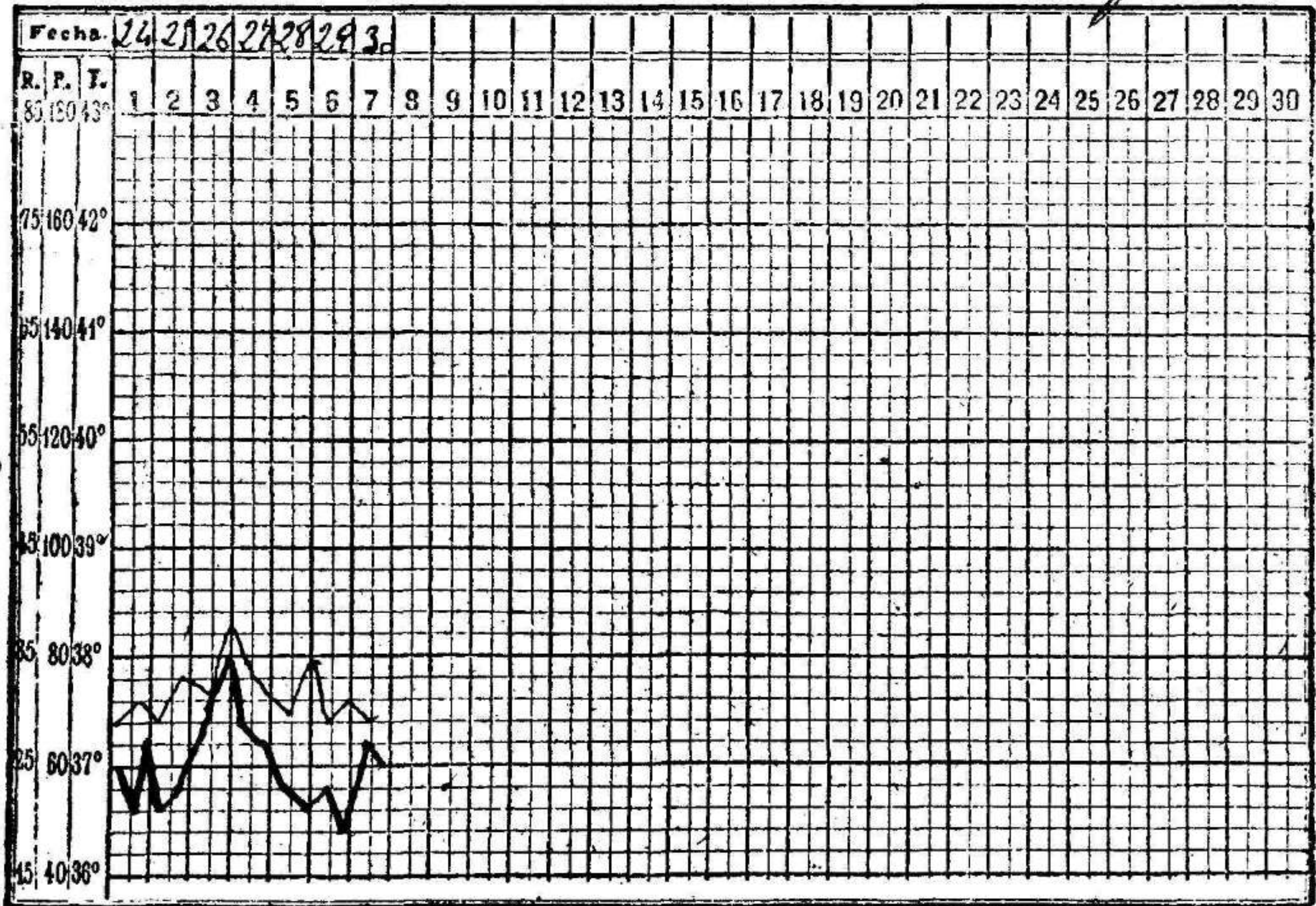
Observación 15.ª.—Petra Vega de 24 años, de San Fernando de Jarama (Madrid). Multipara. Traslada de la clínica del Dr. Simonena. Tuberculosa en tercer período.



Extracción del feto con dilatación artificial del cuello uterino el 31 de Marzo. Inyecciones de iodipina los días 2, 3 y 4 de Abril. Alta por defunción el 4 de Abril.

Observación 16.^a.—Luisa Mingo, de 19 años, natural de Aranjuez. Blenorragia. Su madre tuvo 6 abortos y 3 partos. Ella es la única que vive. Tuvo un aborto en esta clínica el año 1910. Ingresa en periodo expulsivo. Aborto de 3 meses el día 24 de Abril. Se le pone una inyección de 10 c. c. de iodipina el día 26 de Abril. Alta por curación el día 30.

Gráfica de la historia clínica de D. Luisa Mingo



Observación 17.^a.—Dominica Hinojar, de 26 años, de Madrid. Ingresa en clínica en periodo dilatante. Parto normal el día 2 de Abril de un niño de 3.850 gramos.

3 de Abril	mañana	36,8°	82 puls.	tarde	37°	80 puls.
4	»	36,3°	76	»	37,2°	80
5	»	36,9°	80	»	37°	78
6	»	37,4°	84	»	39,4°	96
7	»	38,5°	90	»	38°	94
8	»	37,3°	84	»	37,4°	82
9	»	36,6°	84	»	37,5°	88
10	»	37,2°	78	»	37°	80
11	»	36,3°	74	»	36,8°	82

12 de Abril	mañana	36,7°	80 puls.	tarde	36,6°	74 puls.
13	»	»	36,9°	78	»	»
14	»	»	39°	88	»	»
15	»	»	38,2°	88	»	»
16	»	»	37,8°	84	»	»
17	»	»	40°	110	»	»
18	»	»	39°	108	»	»
19	»	»	39°	110	»	»
20	»	»	37,8°	102	»	»
21	»	»	37,6°	96	»	»
22	»	»	37,5°	84	»	»
23	»	»	38°	86	»	»
24	»	»	38,2°	98	»	»
25	»	»	37,6°	96	»	»
26	»	»	36,8°	92	»	»
27	»	»	37°	100	»	»
28	»	»	36,5°	82	»	»
29	»	»	37°	76	»	»

Apirética desde este día se le da alta por curación el 5 de Mayo.

Se le hace una cura uterina el día 16 y se le ponen inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 7, 8, 15, 17, 19, 20, 21, 22, 24 y de 5 c. c. el 25, 26 y 27 de Abril.

Observación 18.^a—Carmen Martínez de 40 años, de Avila. Multipara. El día 3 de Abril parto normal de una niña de 3.700 gramos.

4 de Abril	mañana	36,8°	76 puls.	tarde	37,1°	80 puls.
5	»	»	36,3°	72	»	»
6	»	»	36,2°	76	»	»
7	»	»	39,2°	108	»	»
8	»	»	38,5°	102	»	»
9	»	»	38°	88	»	»
10	»	»	37,6°	82	»	»
11	»	»	37,1°	86	»	»

Cura uterina iodada el día 7 de Abril inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 7, 8 y 9. Apirética desde el día 11 se da de alta por curación el 16 de Abril.

Observación 18.—María Mayoral, de 28 años, de Béjar (Salamanca); multi-

para. Posición sacroiliaca izquierda anterior. Parto normal el 4 de Abril de un niño de 2.800 gramos.

5 de Abril	mañana	36,8°	76 puls.	tarde	36,4°	82 puls.
6	»	»	36,3° 72	»	»	36,8° 76
7	»	»	38,2° 88	»	»	36,5° 84
8	»	»	37,4° 82	»	»	37,3° 80
9	»	»	37,2° 84	»	»	37,4° 82
10	»	»	37,8° 86	»	»	38° 84
11	»	»	36,8° 80	»	»	36,4° 76

Inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 7 y 9, apirética desde el 11 se da alta por curación el 16 de Abril.

Observación 19.^a—Guadalupe Redondo, de 30 años. Secundípara: ingresa en clínica al finalizar el período dilatante y con la bolsa de las aguas ya rota. Parto normal el día 12 de Abril de una niña de 3.400 gramos.

12 de Abril	mañana	36,6°	82 puls.	tarde	36,8°	80 puls.
13	»	»	37,8° 96	»	»	38,5° 102
14	»	»	39,9° 108	»	»	39,2° 104
15	»	»	38,1° 96	»	»	28,3° 92
16	»	»	37,5° 82	»		

Se le ponen inyecciones de 10 c. c. de iodopina los días 14, 15 y 16 sin poderse apreciar sus efectos finales por fugarse la enferma el 16 por la tarde.

Observación 20.^a—Emilia González, de 36 años, de Lugo. Múltipara. Ingresa en clínica en período expulsivo. Posición mento-ilíaca derecha anterior. Parto normal el día 13 de Abril de un niño de 4.800 gramos.

El puerperio es apirético hasta el día 18 que tiene por la mañana 39,5° y por la tarde 39,2°. Se le pone una inyección de iodipina. El día 19 tiene por la mañana 37,5° y por la tarde 37,2° y ya al día siguiente vuelve la apirexia hasta el 23 de Abril en que se le dió alta por curación.

Observación 21.^a—Victoria Marañón, 28 años, de Alava. Secundípara. Parto normal el día 13 de Abril de un niño de 2.700 gramos.

14 de Abril	mañana	36,8°	76 puls.	tarde	36,6°	82 puls.
15	»	»	36,3° 80	»	»	37,2° 82
16	»	»	38° 92	»	»	38,8° 100

17 de Abril	mañana	37,8°	100 puls.	tarde	39°	104 puls.
18	»	36,6°	80	»	36,8°	84
19	»	36,4°	80	»	37,5°	84
20	»	37,3°	88	»	38°	86
21	»	36,6°	80	»	37,8°	88
22	»	36,8°	78	»	37,3°	90
23	»	36,8°	72	»	38°	96
24	»	36,2°	78	»	36,4°	76
25	»	36,6°	70	»	36,6°	74

Inyecciones de iodipina (10 c. c.) los días 17, 21 y 24. Apirética desde el 25. Alta por curación el 27 de Abril.

Observación 22.^a—Julia Alonso, de 24 años, de Avila. Múltipara. Ingresa en clínica en período dilatante: posición mento-iliaca derecha anterior: parto el día 14 de Abril de un feto acéfalo masculino.

15 de Abril	mañana	36,8°	78 puls.	tarde	36,4°	76 puls.
16	»	37°	74	»	36,9°	78
17	»	39,3°	88	»	39°	94
18	»	38°	96	»	39,4°	98
19	»	37,6°	92	»	37,3°	90
20	»	36,8°	78	»	36,4°	82
21	»	36,5°	80	»	36,9°	74

Inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 17 y 19 y de 5 c. c. el 20. Apirética desde 21. Alta por curación el 27 de Abril.

Observación 23.^a—María Arias, 19 años, de Madrid. Ingresa en período dilatante. Parto normal el 20 de Abril de un niño de 3.750 gramos.

20 de Abril	mañana	37,5°	84 puls.	tarde	37,6°	86 puls.
21	»	37,1°	86	»	38,5°	92
22	»	37,2°	88	»	38,7°	90
23	»	37,1°	78	»	37,3°	92
24	»	36,6°	78	»	38°	96
25	»	37°	84	»	37,6°	90
26	»	36,6°	88	»	37,5°	92
27	»	36,2°	76	»	36,4°	78

Inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 22, 23 y 25 y de 5 c. c. el 26. Apirética desde el 27. Alta por curación el 2 de Mayo.

Observación 24.^a—Dominga Guijarro, de 28 años. Secundípara, de Osa de la Vega (Cuenca). Parto normal el día 22 de Abril de un niño de 3.500 gramos.

Permanecía la puérpera sin fiebre hasta el día 27.

27 de Abril	mañana	36,6°	80 puls.	tarde	37,4°	86 puls.
28	»	»	37,9° 88	»	»	38,5° 96
29	»	»	37° 86	»	»	38,4° 102
30	»	»	38° 98	»	»	38,1° 96
1 de Mayo	»	»	37° 88	»	»	37,8° 92
2	»	»	36,6° 82	»	»	38,5° 88
3	»	»	36,2° 78	»	»	36,3° 76

Inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 28 y 29 de Abril y 2 de Mayo. Apirética desde el día 3 alta por curación el 7 de Mayo.

Observación 25.^a—María López, de 23 años, de Cercedilla (Madrid), primípara, parto el 18 de Abril de un niño de 4.500 gramos. Rasgadura vagino perineal y del cuello uterino dando el Dr. Rozabal 14 puntos de sutura.

18 de Abril	mañana	36,6°	78 puls.	tarde	36,8°	82 puls.
19	»	»	36,5° 78	»	»	36,8° 76
20	»	»	39,5° 96	»	»	39,3° 104
21	»	»	38,6° 94	»	»	38,3° 98
22	»	»	37,2° 88	»	»	37,8° 92
23	»	»	37,1° 84	»	»	37,5° 88
24	»	»	37° 84	»	»	36,3° 80
25	»	»	36,4° 80	»	»	36,2° 82
26	»	»	39,4° 98	»	»	38,5° 96
27	»	»	37,5° 90	»	»	37,5° 92
28	»	»	36,3° 82	»	»	36,2° 78

Inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 20, 21, 22, 23, 26 y 27. Le quitan los puntos el día 22 los profundos y el 24 los superficiales. Apirética desde el día 28 se da alta por curación el 5 de Mayo.

Observación 26.^a—Amelia Romero, de 24 años, de Madrid, primípara. Ingresa en Clínica en periodo dilatante. Atonía uterina. Aplicación de fórceps por D. Antonio F. Chacón resultando un niño de 3.000 gramos el día 24 de Abril.

25 de Abril mañana	36,6°	80 puls.	tarde	36,3°	78 puls.
26	»	»	»	38,8°	114 »
27	»	»	»	38,2°	110 »
28	»	»	»	39,5°	118 »
29	»	»	»	39,5°	116 »
30	»	»	»	38,2°	106 »
1 de Mayo	»	»	»	37,2°	104 »
2	»	»	»	40°	122 »
3	»	»	»	38,2°	102 »
4	»	»	»	36,2°	86 »

Inyecciones de 10 c. c. de iodipina los días 26, 27, 28, 29 de Abril y 2 de Mayo. Esta enferma se fugó el 4 de Mayo por la tarde.

Observación 27.^a—Matea Pérez, de 25 años, de Aranda de Duero (Burgos). Primípara. Inercia uterina. Aplicación de fórceps por D. Antonio Chacón el 28 de Abril, resultando un niño de 3.800 gramos.

29 de Abril mañana	37°	82 puls.	tarde	37°	80 puls.
30	»	»	»	37,8°	88 »
1 de Mayo	»	»	»	38,8°	114 »
2	»	»	»	38,2°	98 »
3	»	»	»	37,9°	96 »
4	»	»	»	38,4°	102 »
5	»	»	»	38,5°	100 »
6	»	»	»	36,8°	88 »
7	»	»	»	37,6°	102 »
8	»	»	»	37,4°	92 »
9	»	»	»	36,4°	78 »

Se ponen inyecciones de 10 c. c. de iodipina 3 y 5 y se curan las grietas de los pechos. Apirética desde el día 9. Se da alta por curación el día 15 de Mayo.

Podría añadir algunas observaciones de mi práctica privada no haciéndolo por no haber anotado los datos con oportunidad y por creer de más garantía los casos tratados en la clínica de la Facultad; entre otros casos cito únicamente un caso que motivó un viaje profesional a Murcia en Diciembre del 15. Primípara, parto y alumbramiento normales a los cinco días de puerperio, escalofrío intenso, punta de costado, 40°, pulso 130, consulta del Dr. Meseguer con dos distinguidos colegas de la localidad ante las sospechas de que pudiera tratarse de una broncopneumonia. No

se apreciaron síntomas de afección pulmonar. Los escalofríos se repiten en forma tal que se llega a creer en un proceso palúdico. Llamado en consulta diagnóstico una infección uterina estreptocócica, suspendo la quinina se administraba en inyección hipodérmicas y entablamos el tratamiento de ergotina, vía bucal, a grandes dosis y una inyección de 10 c. c. de iodipina, la enferma mejora rápidamente tanto que a la segunda inyección (tres días de tratamiento) cesan los escalofríos que desde la primera inyección disminuyeron en intensidad, la temperatura siempre en forma anaxional fué moderándose y la enferma entró en franca convalecencia a los diez días del nuevo tratamiento.

Por lo que se refiere a mi experiencia clínica personal puedo afirmar que la iodipina es de todos los medios de tratamiento general de la infección puerperal uterina con el que observé mejores resultados. ¿Cómo obra la iodipina? ¿es, cómo parece indican los trabajos de laboratorio, produciendo una gran actividad leucocitaria, una hiperleucocitosis con mononucleosis abundante y persistente? ¿es quizá activando la función general antitóxica de los órganos de secreción interna? ¿es sumando estas dos acciones? las experiencias y trabajos de Laboratorio lo resolverán; lo que para mí resulta indudable es que clínicamente se aprecian con la inyección de iodipina, resultados más beneficiosos que con el suero antiestreptocócico, electrargol, sales mercuriales y nucleinato sódico, etc., siendo por lo tanto el medio por mí preferido; únicamente en los casos que la infección puerperal evoluciona en una puérpera en período secundario de la sífilis, es cuando la inyección intravenosa de cianuro o bicloruro mercúricos, alternando con la iodipina, me dió resultados sorprendentes.

Me abstengo de propio intento en este trabajo de ocuparme del valor de las vacunas y productos philecógenos hasta tanto que el número de casos por mí tratados me permitan formular conclusiones sobre el particular.

Bajo el punto de vista curativo, es pues, en la actualidad la iodipina el remedio por mí preferido y como medio profiláctico o preventivo el suero antiestreptocócico.

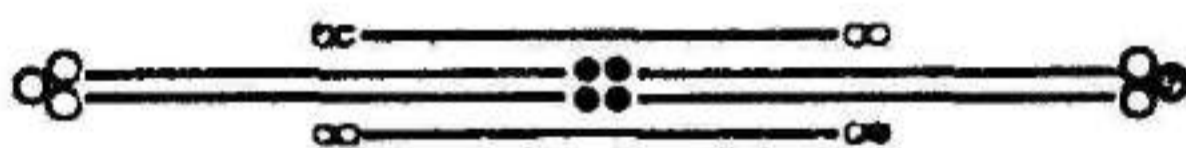
Una higiene esmerada; alimentación reparadora: leche, ponches y vegetales. El alcohol es muy útil. En el Hospital prescribimos una poción de cognac con 15 gramos de cloroformo. La limpieza esmerada de los genitales externos y ropas de cama. La evacuación intestinal diaria mediante irrigación rectal. La malaxación suave y repetida de la zona hipogástrica para favorecer la evacuación de los loquios la creo muy útil y hasta llego a pensar que la faja tradicional, es solamente útil, porque las manipulaciones de aplicación favorecen el desagüe de la matriz. Los cambios frecuentes de posición de la enferma, especialmente el sentarse para la micción y dar el pecho, son detalles todos ellos al parecer sin importancia que muchas veces tienen influencia decisiva, en la marcha y curso de la infección.

En los casos que el insomnio y los dolores resultan molestos, recorro a la adalina, codeína, pantopon, etc.

Siempre que la fiebre se prolonga algunos días y con mayor motivo si el corazón flaquea, los tónicos cardíacos son de rigor, empleando de preferencia las inyecciones de aceite alcanforado.

La hipertermia persistente reclamará con frecuencia las abluciones frías con agua y vinagre aromático o agua y colonia y hasta el baño frío, según los casos.

Todo ello atinadamente empleado y convenientemente ejecutado sirve para conducir la mayoría de las veces a la puérpera con infección uterina a su curación.



SECCIÓN OFICIAL

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

ASTASIA-ABASIA

Comunicación presentada a esta Real Academia de Medicina y Cirugía por el DR. D. EMILIO SÁNCHEZ PARRA, Académico Corresponsal de la misma y ex-alumno interno, por oposición, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.

ILTMO. SR :

SRES. ACADÉMICOS:

Si al prescindir del título que ostento, no diré inmerecidamente por respeto a la justificación de mis maestros, ilustres y sabios siempre, os fijáis en mi humilde personalidad, tal vez por mis pocos años, juzguéis temerario atrevimiento el mío al llamar a las puertas de esta docta Corporación; mas yo os ruego no os fijéis en ella. No vengo aquí a hacer alarde de conocimientos imposible de poseer a mis pocos años; no vengo a deciros nada nuevo, no vengo tampoco a daros cuenta de ningún trabajo personal que la suerte no me deparó ocasión de ejecutar; vengo, porque al salir de un centro docente de preclara historia, al dejar de escuchar las inspiradas lecciones de fecundos maestros, natural es buscar el calor de buenas enseñanzas, porque el que no posee suficientes conocimientos para alardear de maestro, ha de contentarse con ser catecúmeno.

Y dicho esto necesario para tranquilidad mía, he de haceros constar, que a pesar de mi ferviente deseo, si no fuera fiado en la benevolencia que sé os adorna, no vendría porque como os digo al principio no puedo ofrecer trabajos míos de laboratorio, pero como la clínica nos presenta arsenal copioso y abundante del que aunque poco he recogido alguno al lado de sabios maestros, voy a exponeros uno de los

que creo más interesantes por tratarse de alteraciones del sistema nervioso, arcano de la ciencia, siempre viejo y siempre nuevo, y tan difícil de conocer en su arquitectura y en sus funciones y que me llamó fuertemente la atención por las circunstancias que le rodeaban. Usad, pues, de vuestra indulgencia conmigo.

* * *

Del equilibrio entre las funciones psíquicas nobles o más elevadas que constituyen el ser inteligente (sustantivamente funciones del alma) y las más inferiores del sentimiento y del instinto, resulta el buen funcionamiento físico y moral del hombre; por eso cuando unas u otras sufren alguna alteración se derivan desórdenes, que, si afectan a las primeras, constituirán las frenopatías y si son las funciones psíquicas inferiores las que rompen esa armonía, llevarán como consecuencia la producción del *histerismo*.

Las acciones de la actividad psíquica no son completa y absolutamente independientes unas de otras; más bien al contrario, existe una estrecha relación que las une y enlaza haciendo de ese modo, que todas las excitaciones, todas las alteraciones que sufra una de ellas, repercutan, mejor dicho, se comuniquen a las demás, rompiendo de ese modo el equilibrio, que como hemos dicho, es el *substratum* de la vida normal.

Siempre y por todos los médicos, se ha concedido menos importancia a los desórdenes del sentimiento e instinto, que a los que afectaban a la inteligencia; pero si nos fijamos en ciertos actos que el hombre realiza, como los de conservación del individuo y de la especie, y que no los ejecuta racionando sobre ellos, sino por un deseo innato en él; en el sentimiento del honor y del deber, que nos hace verificar acciones tan poderosas, que superan al instinto de conservación: y por último en los afectos y pasiones, la gratitud, el amor, la compasión, el amor patrio, etc., sentimientos son del hombre a los que no puede sustituir la inteligencia.

Por tanto, la fuerza que impele al hombre a realizar sus actos, no se halla sólo en la inteligencia y la conciencia, sino que éstas son las que guían, llevando por decirlo así el volante de dirección, para que las funciones inferiores conduzcan al hombre por el camino del raciocinio, y su obra resulte verdaderamente útil.

Cuando estas funciones, como decíamos al principio, sufren una alteración, si conservan todavía la obediencia a sus directoras, pueden llegar a recobrar su normalidad, sirven de ayuda a estas por medio de la voluntad. Pero si estas afecciones llegan a un grado tal, que sea imposible que la voluntad o la inteligencia ejerzan su acción dominadora sobre ellas, viene fatalmente a constituirse un estado de enfer-

medad, que si no pasa de estos límites, no saldrá de este orden de hechos; pero si en virtud de la relación que las une, hacen sufrir también a las funciones psíquicas superiores, entonces se avanza un paso más y se cae de lleno en el campo de las frenastenias.

Es, pues, el histerismo, una afección psíquica con alteraciones de los sentimientos, inclinaciones e instintos, creencia apoyada también por sus causas productoras ordinarias; predisposiciones congénitas, la educación, la imitación y las emociones, causa que juega un papel muy importante, pues como decía Charcot, «en ciertas circunstancias una parálisis podría producirse por una idea... Esta idea una vez instalada, fija en el ánimo y reinando sin comprobación, va desarrollándose y adquiriendo bastante fuerza para realizarse objetivamente en forma de parálisis».

En él se manifiestan desórdenes de todos los órganos y aparatos; se observan trastornos de la sensibilidad que se traducen por anestias, hiperestias y parestias; perversiones morales que engendran simpatías y antipatías por determinadas personas; tendencias a la imitación y ficción llegando a hacerles ejecutar actos moralmente reprochables; parálisis funcionales en las que los músculos no responden a una función dada, permaneciendo fieles a las demás, como sucede en enfermos cuyos músculos laríngeos se contraen para toda clase de funciones menos para la fonación, y otros que pueden permanecer en cama con todas sus funciones musculares, corren, saltan, y en cambio en cuanto se trata de hacerles sostenerse y andar, los músculos de sus extremidades se doblan, como los simulados en los muñecos que grotescamente imitan al hombre.

Como comprobación a lo anteriormente expuesto recuerdo un caso de los que he observado en la clínica de Pediatría de Salamanca durante los tres años de internado en la misma. Se trata de un niño de nueve años, su aspecto si no el de los niños enclenques, engendrados por el raquitismo o la heredosifilis, revelaba un estado de debilidad casi rayano en la astenia; al decir de la madre, pues él no habla, había inaugurado su proceso «seis meses antes un ataque nervioso del cual quedó sin poder andar, ni hablar». Efectivamente, el niño caminaba ayudado de unas muletas, pero nos llamó sobremanera la atención el modo de efectuarlo. Daba el paso, con sus tres tiempos de apoyo, propulsión y oscilación, y al terminar este, para volver a repetir el acto, entonces, oscilante, como falto de seguridad, buscaba el apoyo de las muletas que hasta entonces las tenía suspendidas en el aire; apoyábase en ellas y miraba al suelo, en busca de un punto seguro donde fijarlas.

Pedimos al niño las muletas, pero al entregárnoslas, con cierto temor, observamos, que se le doblaban las piernas y caía al suelo, teniendo necesidad de ayudársele para que se sostuviese en pie. Al entregárselas de nuevo, volvió a andar en

la forma anteriormente descrita, corroborando nuestra primera impresión de que la cobardía, el miedo, hacía buscar el auxilio de las muletas y sin las cuales hubiera ido a tierra.

Para comprobar esta creencia nuestra, le invitamos de nuevo a que dejase las muletas y caminase a cuatro manos o a gatas, como decimos los españoles, y en esa postura, lo hacía muy de prisa y sin ningún titubeo.

Hicimos a continuación desnudar al niño para explorarle, y una vez sobre la mesa de reconocimientos, no se apreciaba nada en sus extremidades inferiores, ni por inspección, ni por palpación; su estado físico era completamente normal, lo mismo que el funcional, pues con sus miembros ejecutaba toda clase de movimientos activos y pasivos, a pesar de que en aquellos tuviese que vencer la resistencia que se le hacía para ver el estado de potencia muscular.

Al comenzar el relato de esta reseña clínica, indicábamos, que el niño no hablaba, pero en el curso ulterior de la misma hemos repetido varias veces que le ordenábamos y nos obedecía; y en efecto, el niño oía perfectamente, pero le era imposible el pronunciar una sola palabra, ni al ordenárselo se aprecia contracción alguna en sus músculos laríngeos que nos hiciese sospechar se tratase de una afonía muy acentuada, pero en cambio, si se le mandaba hiciese movimientos de deglución, se apreciaba perfectamente la contracción de dichos músculos, lo que nos hizo sospechar de una causa que no era una parálisis funcional orgánica.

Atendiendo al principal síntoma que nos presenta este niño, o sea, su manera de caminar, vemos en efecto, que no se trata de la marcha de un hemipléjico, o sea una disbasia unilateral espasmódica y helicópoda, pues esta se caracteriza por atacar un solo miembro que se halla contracturado, apoyando al andar la punta del pie en lugar del talón, como sucede normalmente, y sobre todo por la marcha en fauchant (segando) esto es, describiendo con la pierna paralítica una trayectoria de concavidad interna, como si la pierna sana fuese el eje alrededor del cual girase ella.

No es tampoco, la forma de disbasia bilateral rectilínea espasmotónica y parapléjica, o tipo de Ollivier d'Angers, propio de la enfermedad de Little, en la que se aprecian rígidos los dos miembros, aún cuando más apreciable en uno de ellos, y al marchar el cuerpo se balancea siguiendo al pié que se apoya; también se nota una gran adducción con rotación interna de los muslos, que produce un roce continuo y a veces entrecruzamiento de las rodillas, y una marcada separación de las piernas, que hace a estos miembros adoptar la forma de un reloj de arena.

Los enfermos parkinsonianos, ofrecen un tipo de marcha también característico en ellos, que lo hacen con las piernas abiertas e inclinados hacia adelante y que comenzando muy lentamente, van adquiriendo poco a poco una velocidad uni-

formemente acelerada, y de la que da una idea completa la feliz expresión de Trousseau, que «corren tras su centro de gravedad».

Tampoco se trataba de la marcha helicopoda, arrastrando un pie como si fuera pendiente del otro sano, sino que se trataba de la marcha del miedoso, que tiene fija en su cerebro una idea subconsciente que le impide imponer su voluntad a los músculos, y se halla en la imposibilidad de tenerse en pie y realizar los movimientos de la marcha, pues sus piernas se doblaban y permanecían inertes al quedar abandonado asimismo y aún cuando, como hemos dicho, lograrse hacerlo, aunque difícilmente, era porque tenía un apoyo exterior que le ayudaba a alejar de sí ese temor; esto es, de un síndrome estudiado por Charcot y Richer en 1883, de la astasia-abasia. (1)

El niño no hablaba. Este mutismo que acompañaba al anterior síndrome, no es debido a un grado extremo de afonía por no entrar en vibración las cuerdas vocales y la laringe, pues entonces podría hablar, llamémosle así, con movimientos de labios y lengua, sino que constituye el grado superlativo de la afasia por distracción, que por la fugacidad de las impresiones, impide la representación motriz de las ideas para que pongan en juego los órganos necesarios a producir el lenguaje articulado.

¿Qué hacer con un enfermo de esta naturaleza? Era evidente que la psicoterapia había de ofrecernos la solución del problema, esto es; que sólo teniendo un conocimiento detallado del estado psicológico del enfermo, podíamos adueñarnos de su ánimo, y haciendo aplicación del alma misma por medio de nuestra voluntad, llegaríamos a conseguir hacer cambiar su estado. Solo, pues, sugestionándole, es decir, inspirándole una idea o pensamiento, que aunque sin lógica ni razonamiento alguno, pero por el imperio de una voluntad capaz de reprimir la suya, cambiase su disposición psíquica, impeliéndole a obrar en la dirección de nuestro mandato. Y para que este fenómeno pudiese efectuarse, era preciso que el enfermo fuese capaz de obedecer a las ideas inspiradas, circunstancia que bien pronto fué apreciada por nuestro maestro, y para cuyo cumplimiento hizo alejar a la madre de la presencia del hijo.

Se favorece también este medio de tratamiento, porque en los psicasténicos por la misma facilidad con que la idea que se halla fija en su cerebro les hace padecer grandemente, puede ser fácil asimismo el hacerle variar la idea transformándosela de desagradable en indiferente; pero no hay que creer que esta fácil sugestionabilidad de estos enfermos llega a tal grado que se consigue por completo

(1) Observación tomada de la Clínica del eminente Catedrático de Pediatría de la Universidad de Salamanca Dr. D. Enrique Noguerras.

hacerles variar de ideas, sino que poniendo nuestra inteligencia al servicio de ellos, hacemos suya nuestra voluntad, para que ellos consigan el fin que apetecen.

Esto es lo que se hizo con el enfermo a que estoy haciendo referencia; después de darle una fricción con cloruro de etilo por las extremidades inferiores y un poco de masaje para tonificar algo los músculos y también, ¿por qué no decirlo? si de ellos tratábamos, para que el niño viese se le hacía algún tratamiento físico y esto nos ayudase a ganar su confianza; mirándole fijamente a los ojos y ordenándole imperiosamente, que podía andar, que lo hiciese, a las dos veces de mandárselo, se obró lo que la gente llamaba «milagro sobrenatural», fe en la eficacia de los remedios que diríamos nosotros, y el niño comenzó a andar sin ningún apoyo y como si nunca hubiese estado paralítico. De la misma manera se obró para hacerle hablar y de ese modo, se venció el desorden patológico que en sus facultades psíquicas tenía, restableciendo de nuevo el equilibrio físico y moral del niño, y reconquistando el imperio de la salud.

HE DICHO.



PRENSA PROFESIONAL

La Medicina Social Española
(Enero 1918.-N.º 49)

Consideraciones médico-sociales sobre el tabaco y tabaquismo

POR EL

Dr. Salvador Albasanz Echevarría

En esta misma Revista, hace ya algún tiempo, hemos llamado la atención de nuestros lectores acerca de la importancia que tiene todo cuanto se refiere al tabaco como vicio social, poniendo de relieve tres hechos: 1.º, el uso del tabaco está considerablemente extendido, si por un lado es cierto que parece disminuir algo el número de hombres fumadores, no lo es menos que aumenta el de mujeres y niños; 2.º, la acción tóxica del tabaco es evidente, debida a un alcaloide que contiene la nicotina, y a una serie de ácidos y óxidos minerales, ácidos orgánicos, bases pirídicas, etcétera; 3.º, tanto por sus efectos nocivos, como por el gasto inútil y grande que representa al año el consumo de tabaco en España, con no pequeña satisfacción de intereses particulares, sería conveniente constituir entidades sociales, teniendo por función principal el divulgar sus peligros y restringir su uso, adoptando, para ello, medidas oportunas, cuando menos, en ciertas edades y en determinados medios, a semejanza de lo hecho en algunos países.

Hoy vamos a intentar demostrar, ampliando nuestra nota anterior (véase página 42 del tomo I de esta Revista), cómo y por qué mecanismo produce el tabaco sus efectos nocivos y tóxicos, sobre todo, cuando su acción se asocia, como ocurre con desgraciada frecuencia, a la de otra serie de causas, unas tóxicas, como el abuso del alcohol, otras orgánicas, de debilitación, predisposición a tuberculosis, otras, por último, infectivas, como las enfermedades avariósicas.

De la toxicidad del tabaco no se puede dudar; desde remotos tiempos le han

usado muchos pueblos para envenenar y destruir animales dañinos. Conocido es también el hecho de la muerte de muchas plantas cuando se cultivan en sitios expuestos a sufrir las emanaciones del tabaco. Por lo que se refiere al hombre, si todavía queda alguien no convencido de que el tabaco en condiciones determinadas es peligroso, bastará para que varíe de opinión recordarle los envenenamientos graves y hasta mortales que se citan, en verdad poco frecuentes, casi siempre accidentales, muy pocos realizados con fines de suicidio o con objeto criminal, producido por su uso en diversas formas, ingestión, enemas de infusiones, aplicaciones cutáneas, inhalaciones de humo en medios cerrados, etc., así como los trastornos de verdadera intoxicación aguda de los fumadores novicios.

Sin embargo, las diversas operaciones que sufre el tabaco para su preparación en condiciones de ser empleado por el hombre, y la rapidez con que se establece en general el hábito del organismo, son causas que atenúan bastante sus efectos y peligros, los cuales se ejercen de un modo lento, siempre que el consumo no sea superior a la tolerancia del sujeto, pues en caso contrario, aunque el hábito de fumar sea inveterado, se producen en mayor o menor grado trastornos análogos a los que se observan en fumadores principiantes. Por último, intoxicaciones, a veces graves, pueden producirse por la permanencia en atmósferas confinadas y llenas de humo de tabaco, cuya importancia es grande dada la mala costumbre extendida, por cierto, en nuestro país, de fumar en todas partes sin respeto muchas veces a señoras y niños, quedando así incumplidas disposiciones que en modo alguno deberían serlo; tal ocurre en teatros, cafés, salones, trenes, etc.

No vamos a estudiar en detalle las consecuencias tóxicas que el uso del tabaco origina en el envenenamiento agudo, ni la acción rápidamente mortal que tiene la nicotina pura, principio de los más venenosos que se conocen. Estas formas no tienen para nosotros, dado el objeto que nos proponemos, gran interés; en cambio, es muy grande la importancia que tiene el conocimiento de los trastornos que el tabaco puede determinar en el envenenamiento por el humo inhalado y en la intoxicación crónica.

Los efectos de la intoxicación aguda por el humo del tabaco son bien conocidos por todo el que es o ha sido fumador. ¿Quién no recuerda la serie de trastornos variables según los individuos, pero en general constituidos por dolores de cabeza, palidez de cara, náuseas, vómitos, diarrea, angustia respiratoria, palpitaciones, sudores fríos, que con mayor o menor intensidad suelen padecer los fumadores incipientes? Interesa más al Médico y mayor número de trastornos y hasta de lesiones hace el uso continuado y crónico del tabaco, a pesar del hábito o costumbre ya citada, que atenúa, como hemos dicho, sus efectos, y que puede persistir indefinidamente. Hay individuos que fuman mucho hasta edad avanzada sin que su salud

resiente de una manera notable; esto es cierto y afortunadamente en numerosos casos, pero también es frecuente observar al cabo de cierto tiempo que la tolerancia para el tabaco desaparece o disminuye, sea por aumento del consumo o por disposición orgánica especial, originándose entonces trastornos de mayor o menor cuantía, aislados o asociados, constituyendo en este último caso un verdadero síndrome de origen tóxico. Sin detenernos mucho en su acción nociva sobre boca, dientes, faringe y estómago, por ser perfectamente conocidas sus consecuencias, muchas inflamaciones bucales, pérdida de apetito, dolor y hasta padecimientos gástricos, tienen su causa en el exceso de fumar, si queremos llamar la atención por la importancia que tienen sobre los trastornos cardíacos, nerviosos y visuales. El tabaco está demostrado, tanto por experiencias en animales, como por observaciones en enfermos, que es un veneno cardíaco y vascular, que puede originar trastornos funcionales y verdaderas lesiones, desde simples alteraciones en el ritmo normal del corazón con sensación de angustia, a veces dolor precordial, intermitencias, etc., susceptibles de desaparecer rápidamente tan pronto como conocida la causa que las determina se suspende rápidamente la influencia tóxica, hasta lesiones cardíacas y vasculares capaces de engendrar angina de pecho con todos sus síntomas y consecuencias para la vida del sujeto y para el funcionamiento ulterior del corazón. El tabaco es también un veneno del sistema nervioso; los fumadores empedernidos sufren con frecuencia vértigos, sobre todo matutinos, sensaciones molestas de cabeza, disminución de la memoria, en particular de nombres propios, pérdida transitoria de palabra, neuralgias, etc. Tampoco deja de ejercer su acción tóxica sobre el aparato respiratorio; muchas bronquitis de repetición se hacen crónicas a veces por causa del tabaco, pudiendo, en algunos casos, predisponer a la tuberculosis.

La importancia del asunto que nos ocupa es, pues, indiscutible; él fué motivo de discusión el curso pasado en la Real Academia de Medicina de esta Corte; en el debate quedó demostrado una vez más el valor del tabaco como agente causal en la producción de enfermedades cardíacas y del sistema nervioso, obrando ya directamente, ya favoreciendo la acción de otra porción de venenos procedentes del medio exterior, como el alcohol, o producidos dentro del organismo mismo, causantes, en este último caso, de profundas auto-intoxicaciones.

Después de lo expuesto, no dejará de pensarse por algunos de nuestros lectores que somos un poco exagerados; realmente todo es cuestión de gustos, aun cuando éste del tabaco, como otros muchos en la vida, tengan sus consecuencias, que nadie como el Médico tiene ocasión de comprobar, cada vez con más frecuencia. De todos modos, en lo que no puede haber exageración es en afirmar que el tabaco no hace beneficio alguno, por ser tóxico al organismo; que no se nos alcanza qué inspiraciones produce y por qué mecanismos puede el fumar entusiasmar, distraer,

despertar la inteligencia, atenuar sentimientos y penas y otra porción de cosas por el estilo que suelen aducir los partidarios del tabaco, sobre todo usado por niños y mayores que no se distinguen precisamente por gran desarrollo de todas esas facultades anímicas, ni tampoco en afirmar que sólo la imitación repetida y automática es lo que lleva a muchas personas a ser fumadores, como tiende a demostrar el hecho observado de no fumar la mayoría de los ciegos de nacimiento.

Nuestro objeto al escribir estas consideraciones no es alarmar, ni mucho menos pretender acabar con el uso del tabaco, pero sí llamar la atención sobre sus peligros en personas con poca tolerancia y en los niños, en los que puede ser causa de trastornos cardio-vasculares de importancia. Los que vemos enfermos de corazón sabemos la parte tan activa que la intoxicación tabáquica toma en la determinación de algunas enfermedades de dicho órgano, que encontramos en personas de cuarenta a cincuenta y cinco años, que se distinguen por su palidez de cara, tendencia a la obesidad, por comer y beber mucho y trabajar poco, no por falta de actividad física, sino por su cortedad respiratoria, su sed de aire, su hipertensión de pulso, en una palabra, por presentar una serie de trastornos que limitan considerablemente su capacidad física, obligándoles a veces a suspender todo trabajo.

No sólo queremos llamar la atención de los peligros que envuelve el abuso del tabaco; pretendemos además estimular la opinión para hacer algo que signifique campaña en contra de la extensión desmedida que alcanza en nuestro país dicho vicio social y, sobre todo, del uso por sujetos enfermos, sin que ni una cosa ni otra represente dejar de admitir que, cuando el hábito de fumar se sostiene en límites moderados, son muchos los individuos que lo toleran durante largo tiempo sin perjuicios manifiestos para la salud.

No hay razón para que se hable y se formen con justicia ligas contra el alcohol, tratando de disminuir sus estragos, y no pensar en la conveniencia de hacer cosa parecida para el tabaco, con objeto de instruir y acostumar a las gentes a que sepan que la conservación de la salud debe merecer, por parte nuestra, bastantes más cuidados y respetos de no engañarnos a sí mismos; que la suma considerable que al año supone el consumo que en nuestro país se hace de dicha substancia, debe y puede ser mejor empleada en obras humanitarias y de caridad, tanto individuales como sociales, en cualquiera de las múltiples formas conocidas, ahorro, seguros sociales, cuyo interés para todos, principalmente para el pobre y el obrero, sobre todo en enfermedades, paro forzoso, invalideces, vejez, etc., no necesitamos encomiar ni demostrar.

La acción de estas ligas sociales pudiera completarse con disposiciones de los Poderes públicos, encaminadas a prohibir se fume en muchos sitios donde se hace a veces, sin consideración ni respeto para los demás, y sobre todo, prohibiendo de

modo absoluto el uso del tabaco a los niños y menores de veinte años, como se hace ya en algunos departamentos de Suiza.

Para terminar, sepan los fumadores para su tranquilidad, aunque no para su disculpa, que la mayoría de los trastornos que origina el uso abusivo del tabaco, desaparecen y son curables si se suprime a tiempo la influencia tóxica y no son muy antiguos los desórdenes y alteraciones causados en el organismo, sobre todo si no se asocia su acción a la de otras causas que ligeramente hemos referido.



Revista Clínica de los Hospitales
(Enero 1918 -N.º 29)

Onanismo infantil por vulvo-vaginitis gonocócica

POR EL

Doctor VITAL AZA

Jefe clínico de Ginecología en la Facultad de Medicina.

Académico C. de la Real de Medicina.

Por todos los autores es admitido que, aunque no muy frecuentemente, se registra el onanismo en los primeros años de la vida, y que la mayor o menor divulgación de él depende, estadísticamente hablando, de las dificultades con que se tropieza para deslindar lo que en la práctica clínica debe considerarse como onanismo infantil.

Siguiendo el criterio de Pfaundler y Schlosmann, huiremos de la opinión de algunos pediatras, como Lindner, Hirschsprung y otros, que dando al concepto de masturbación una generalización tal vez exagerada, juzgan como onánicas todas aquellas maniobras que lleven a un estado de excitación deleitosa, aunque sean provocadas por actos realizados lejos de la esfera genital, y que tan frecuentemente se registran en la infancia (succión de los labios, rascamiento del cuero cabelludo, estirarse el pulpejo de la oreja, chuparse los dedos, mascar la ropa de la cama, etc.)

Como dicen Pfaundler y Schlosmann, estos procesos deben incluirse entre las estereotipias, y se originan siempre sobre un fondo neuropático.

El calificativo de maniobras onánicas lo dejaremos, pues, para aquellas en las que se origina *una excitación de los genitales y un orgasmo provocado por la misma.*

En los casos de onanismo que se observan en los primeros meses y años de la vida, es decir, antes de iniciarse toda emoción sexual—por muy anormalmente

precoz y vaga que fuere—*hay que admitir siempre una causa orgánica en los genitales* (Pfaundler y Schlosmann).

Cuando se enumeran las que, localizadas en los genitales de la niña, pueden llevar al onanismo, se mencionan los procesos intertriginosos de la vulva, se habla de los oxiuros que, trasladados desde las márgenes del ano a la región genital, ocasionan en ésta tan intenso prurito, que al obligar a rascamientos casi continuos, puede engendrar maniobras de masturbación; pero apenas se cita como posible causa de onanismo la existencia de una vulvo-vaginitis gonocócica, y ello no deja de ser extraño, ya que tan frecuentemente se da en la práctica esta localización del germen neisseriano. Y aun es más chocante esto, que calificaríamos de omisión etiológica, si repasando el cuadro sintomático de la vulvo-vaginitis blenorragica infantil, ni al hablar de síntomas, ni al tratar de posibles complicaciones y ulteriores perjuicios del proceso infectivo, se menciona en muchas obras de ginecología, y de un modo expreso, la manía onánica como engorrosa *reliquia* de la entidad morbosa.

Por haber nosotros observado un caso en que claramente se vió esta sucesión de cuadros sintomáticos con una realidad tan claramente marcada, que autoriza, según nuestras creencias el título dado a esta nota clínica, y por haber ulteriormente, y no hace más de unas semanas, visto a otra enfermita que ratificó en un todo las deducciones que del estudio del primer caso obtuvimos, por ello es por lo que nos decidimos a publicar estas cuartillas.

De un modo accidental (con motivo de afección ginecológica visitábamos a una allegada de la pequeña enferma) observamos una niña, de tres años y medio, que presentaba una verdadera «furia onánica».

Sin tara hereditaria alguna, ni antecedentes patológicos de interés, la niña, admirablemente constituida, aquejaba desde hacía cinco meses, una manía masturbatoria intensísima.

No sólo acostada, sino también durante el paseo, en los juegos, etc., sufría de repente vehementísimos deseos de tocamientos genitales, que realizaba violentamente, a pesar de la cuidadosa vigilancia a que estaba sometida, y con la impúdica inconsciencia de su edad. Cuando, por serle materialmente imposible—sujeción fuerte de sus manecitas—, no lograba tocamientos genitales, suplía éstos con frotos de su cuerpo contra la persona que la sujetaba, o con apretamiento intenso de sus muslos; de una u otra forma, ella llegaba a producirse un deleite, una voluptuosidad, que de modo indudable exteriorizaba.

Paralelamente al desarrollo de este cuadro onánico sufría la enfermita marcados trastornos orgánicos: adelgazamiento, palidez, anorexia; el insomnio era grande, y agitado el sueño cuando lograba conciliarlo.

Un distinguido pediatra fué llamado para tratar todas estas perturbaciones, e

instituyó una terapéutica a base de ducha matutina fría, baño nocturno caliente, régimen bromurado y medicación tónica. Todo ello, unido a la más absoluta y continuada vigilancia de la niña, que dormía con guantes de lana y con una especie de funda o saco para todo su cuerpo, que cerrado desde el cuello, se ataba por debajo de los pies con objeto, claro está, de impedir los tocamientos genitales. En desagravio (o cargo) del médico que le trató, debemos decir que juzgó diagnósticamente por toda la sintomatología que por interrogatorio a los allegados de la enfermita recogió, sin hacer una observación directa de ésta.

Con el plan descrito, seguido durante varios meses, nada se había alcanzado, y de manera incidental observamos nosotros a la niña—por coincidir una de nuestras visitas a la parienta de ésta—, con el desarrollo de una fuerte crisis onánica.

Con el furor de ésta, había desgarrado la niña el camisón fuertemente cerrado que la envolvía, y con sus manos, con ritmo precipitado movidas, rascaba con violencia sus genitales, mientras en su carita se pintaban los signos de una gran ansiedad, que no vacilaremos en calificar de pasional.

Quizás, pecando una vez más de la obsesión de especialización que nos lleva siempre a querer ver todas las cosas a través del prisma de nuestros estudios predilectos, nosotros, *sintiéndonos ginecólogos*, reconocimos la región genital de la enfermita.

Esta se hallaba claramente hiperemiada y algo edematosa; el clitoris hacía un claro relieve hipertrófico y se encontraba rojizo y con lesiones cutáneas de rascamiento: toda la zona vulvar se hallaba cubierta de moco abundante y pegajoso, en muchas partes francamente purulento; todas las partes sangran fácilmente al contacto de los dedos.

El meato urinario también enrojecido, y a través del orificio himeneal, se extendía hacia la vagina el proceso inflamatorio.

Toda la región extremadamente sensible.

Para nosotros, la existencia del pus genital, espeso y pegajoso, era dato de gran valor, y nos chocaba no hubiera sido apreciado suficientemente por el pediatra que durante varios meses visitó a la enfermita.

De haber hecho un examen directo de ésta, no hubiera caído en la candidez de juzgar como «una consecuencia de la acción irritante masturbadora» a esta expresiva leucorrea.

Fieles a nuestro pensamiento, recogemos fujo genital, hacemos unos frottes, y el estudio microbiológico realizado por el Dr. Macán acusa la existencia clara del gonococo.

Buscando la causa del contagio, también la encontramos sin grandes dificultades, pues si bien la niña dormía sola en su cuna, se usaba para su «toilette» esponjas

y toallas que empleaba también otra persona, en la que descubrimos el germen neisseriano. El diagnóstico, pues, era patente: *vulvo-vaginitis gonocócica*.

Como tratamiento, y durante los primeros días, nos limitamos a prescribir lavados externos con cocimiento de flor de saúco y agua boricada, y logrado un cierto apagamiento de la lesión, comenzamos con las duchas vulvares de permanganato muy diluído (un cuarto de gramo en dos litros), atreviéndonos más adelante a realizar—con irrigador muy bajo y enferma acostada—lavados vaginales enchufando una delgada sonda de Nelatón a la cánula vaginal; en días alternos hacíamos también inyección suave vaginal de «argirol», muy diluído al comienzo, y que llegamos a usar hasta el 2 por 100.

Con la lentitud que la mejoría aparece siempre en afecciones de esta índole, fué aquella iniciándose, disminuyendo poco a poco el flujo genital y desapareciendo el estado edematoso de la vulva, restando únicamente la hipertrofia del clítoris y la apariencia congestiva de la zona genital.

Siguiendo esta mejoría local, las crisis onánicas fueron haciéndose: primero, menos intensa; luego, menos frecuentes, hasta que al cabo de dos meses y medio—tiempo transcurrido hasta que clínicamente se pudo considerar curada a la pequeña paciente—sólo queda como vestigio del furor onánico ciertos tocamientos de clítoris, cada vez menos repetidos, y que estamos seguros han de desaparecer sólo con una vigilancia mantenida.

Para nuestra manera de ver, el caso descrito es expresión clara y patente de que el vulvo-vaginitis gonocócica puede originar onanismo, tan arraigado, tan violento, tan definido que puede aparecer, a un examen ligero, como esencial y primitivo.

Indudablemente de haber tardado más tiempo en instituirse una terapéutica causal, seguramente la reiterada existencia del estímulo orgánico, producido por la inflamación vulvar, causante de sensaciones de dolor, de picazón, de escozor, momentáneamente aliviadas por frotamientos y tactos (siquiera ulteriormente exacerbadas, produciéndose así un círculo vicioso de sucesiones sintomáticas), hubieran llegado a crear un hábito morboso tal, que el onanismo no hubiera ya desaparecido aunque se hubiera curado la infección gonocócica.

Así nos lo hace también creer la observación ulterior de un nuevo caso que vimos en nuestra consulta pública de la «Policlínica de la Magdalena».

Es la enferma una niña de seis años, afecta de vulvitis blenorragica al instituir el tratamiento y prevenir a la madre de los cuidados que había de observar para evitar contagios familiares y suprimir peligros de invasión ocular en la paciente, la ponemos también sobre aviso de que vigile reiteradamente a su hijita, por si cayera en la masturbación.

Al cabo de tres semanas nos dice que, al observar en la cama a la niña, se da

cuenta de que realiza, con aparente deleite, tocamientos genitales. La reconvención adecuada—en este caso ya posible por la más edad de la enfermita—y la vigilancia reiterada, hacen que, cortado en sus comienzos, no siga aumentando el hábito onánico.

Al dar cuenta de estas dos historias clínicas, creemos poder reclamar: que en la etiología del onanismo infantil se dé a la infección vulvar gonocócica la importancia que indudablemente tiene.



SEGOVIA MÉDICA

(Enero 1918.-N.º 74)

EL LABORATORIO Y LA CLÍNICA

Métodos de investigación aplicables al diagnóstico de la melitococia

POR EL

DR. FRANCISCO VENEGAS

De la Real Academia de Medicina de Valladolid y Médico titular de Velayos (Ávila)

Es la melitococia un proceso infecto-contagioso determinado por el germen específico descubierto por Bruce, cuya afección de día en día adquiere una mayor difusión, y su equívoca sintomatología en muchos casos no permite al clínico hacer un diagnóstico exacto si omite el concurso del laboratorio.

Es cierto que ante un cuadro sindrómico explícito y característico siempre será viable llegar a formular un juicio acerca de la dolencia que nos ocupa, mas como quiera que el bagaje sintomático es con frecuencia precario y se presta a posibles confusiones fundamentales y, por otra parte, uno de los datos decisivos, el de los relapsos febriles, se ofrece a la observación después de transcurridos bastantes días de enfermedad, por todas estas razones es indispensable al médico práctico conocer ciertas técnicas de laboratorio que, debidamente ejecutadas son de inestimable valor para la consecución de la finalidad clínica.

Tres son las principales investigaciones que al laboratorio competen para fundamentar un diagnóstico de fiebre ondulante o melitococia: Fijación del complemento, sero-aglutinación y hemo-cultura.

Estas reacciones no son privativas de la fiebre de Malta, sino que indistintamente tienen igual aplicación en otros procesos infectivos (sífilis, tifus abdominal, etc.), y de aquí la utilidad de conocer al detalle la técnica y valoración de los resultados obtenidos, por cuanto a su debida interpretación solamente podremos llegar hallándonos familiarizados con el fundamento y ejecución de las precitadas operaciones.

FIJACIÓN DEL COMPLEMENTO

Como secuela obligada de la actuación de un germen patógeno en el organismo animal y expresión patente de la aptitud defensiva de los tejidos orgánicos contra la invasión microbiana se manifiesta en distintos confines vitales la producción de ciertas sustancias de las que unas son a modo de antídotos de las toxinas bacilares y otras diversas tienden a inmovilizar los gérmenes específicos o bien a disociarlos o destruirlos, en fin, para de todas suertes inactivar los agentes patógenos y resolver así el conflicto entablado, a favor del organismo.

Estas sustancias que son producto de la reacción vital, por su acción oponente a los gérmenes virulentos reciben la denominación genérica de *anticuerpos*.

De estos anticuerpos, sólo dos merecen fijar nuestra atención al presente y son, el llamado *amboceptor* o *sensibilatriz*, que posee una afinidad electiva específica para un germen determinado y el *complemento* o *alexina*, que es anticuerpo desprovisto de especificidad. La acción simultánea de los dos elementos es indispensable para que sea factible la destrucción del agente infeccioso.

Bordet-Gengou, tomando como base para la orientación de sus estudios experimentales, ciertos trabajos de Ehrlich sobre patología y citología humorales, concibieron la idea de establecer un sistema bioquímico integrado por varios factores con el concurso de un antígeno y el amboceptor correspondiente al mismo, en otros términos, un producto microbiano aislado y el anticuerpo específico de un suero de animal que presentase infección por el mismo germen.

Observando los efectos acontecidos y contrastando esta prueba con la registrada sobre el sistema de diversa suerte alterado, llegaron a percibir los citados autores diferencias esenciales en la reacción hemolítica, si antígeno y anticuerpo eran estrechamente específicos y cuando no había tal especificidad.

Ulteriores trabajos confirmaron en un todo la veracidad de dicho aserto y en su consecuencia decidieron Bordet-Gengou, hacer aplicación del método propuesto al diagnóstico de ciertas enfermedades microbianas, estableciendo una reacción que lleva el nombre de los ya citados autores.

Para la práctica de esta reacción en la enfermedad de que nos ocupamos (y que aplicada al diagnóstico de la sífilis se la conoce con el nombre de Wassermann-Meier), se precisa el concurso de los elementos siguientes:

1.º Antígeno melitocócico, constituido por una emulsión de *micrococcus melitensis*.

2.º Suero del sujeto a quien se supone afecto de la fiebre ondulante, en este producto no debe permanecer el complemento y dada la termolabilidad del mismo,

se lleva a cabo su eliminación sometiendo el suero durante media hora a la temperatura de 56° 6.

3.° Suero portador de complemento, a cuyo fin se utiliza el procedente de la sangre de cobaya.

4.° Suero hemolítico (también calentado para destruir el complemento) procedente de un conejo inmunizado con los eritrocitos de otro animal, que usualmente es el carnero, por cuyo motivo, el suero propuesto tendrá positiva acción hemolítica sobre los hematíes de dicho rumiante.

5.° Una dilución de glóbulos de carnero en solución salina.

En un tubo de ensayo debidamente esterilizado, se disponen los tres primeros elementos y agitada la mezcla, se mantiene a 37° durante una hora, con el fin de que se hayan fusionado, por decirlo así, en virtud de sus propias afinidades, el antígeno melitocócico, amboceptor y complemento.

Seguidamente se incorpora a la mezcla precedente, el suero hemolítico diluido y los glóbulos de carnero; agítese el tubo y la totalidad de la masa líquida afectará un color rojo que podrá ser opaco o transparente, según resulte la reacción positiva o negativa.

Después de permanecer el tubo de ensayo dos horas en la estufa a 37°, podremos interpretar el resultado definitivo de la reacción ante la presencia o falta de la hemólisis correspondiente.

En efecto: si el antígeno se halla en presencia de un amboceptor específico, esto es, si el suero humano que es objeto de experimentación, posee el anticuerpo de acción específica sobre el germen de Bruce, halláranse estrechamente unidos antígeno, amboceptor y complemento y no restando anticuerpo alguno susceptible de completar la función hemolítica, esta no podrá manifestarse y en su consecuencia, en el tubo de ensayo los hematíes de carnero permanecerán íntegros y suspendidos en el líquido total y por razón de su densidad, después de algún tiempo de reposo se depositarán en el fondo, quedando el resto del líquido, incoloro (reacción francamente positiva).

Por el contrario; si el suero humano no contiene el anticuerpo específico, antígeno, amboceptor y complemento permanecerán disociados y tendrán su fijación sobre el suero hemolítico, verificándose la hemólisis por disolución de los eritrocitos del carnero, en cuyo caso, la hemoglobina de los mismos se difundirá de un modo uniforme por la masa líquida, adoptando el conjunto una coloración rojiza homogénea, persistente y de una transparencia manifiesta, sin que por el reposo prolongado surja precipitación alguna ni la menor decoloración del conjunto (reacción francamente negativa).

Para contrastar los efectos objetivos de la reacción, es usual y corriente ejecu-

tar simultáneamente la misma técnica en un tubo de ensayo en el que sea substituído el suero del enfermo sospechoso por el de un sujeto normal.

Procediendo del modo expuesto podremos obtener la confirmación o rectificación del diagnóstico formulado y si por ciertas discordancias queremos fortalecer el juicio clínico con nuevas demostraciones, será llegado el momento de ejecutar las investigaciones siguientes:

SERO-AGLUTINACIÓN

Entre los anticuerpos que surgen en los líquidos humorales como expresión patente de la aptitud defensiva del organismo contra las infecciones, se hallan ciertas substancias de acción específica sobre cada germen microbiano y cuya actuación acerca de éste se traduce por una aglutinación masiva de los agentes patógenos, y en la presencia de estas aglutininas específicas se funda la técnica de la sero-reacción de Wright.

Para llevar a cabo esta reacción, se precisa:

a) Suero sanguíneo del sujeto enfermo, que se obtendrá por punción aséptica en el lóbulo de la oreja o en la extremidad de un dedo.

b) Emulsión de *micrococcus melitensis* debidamente valorada para que un centímetro cúbico de la misma contenga la cifra aproximada de mil millones de gérmenes.

Para la preparación de las mezclas sero-microbianas con una titulación progresiva, son necesarios: un godet, cinco pequeños tubos de vidrio cilindro-cónicos y dos pipetas calibradas, todo perfectamente aséptico y seco.

Con una de las pipetas se vierten en el godet XIX gotas de agua destilada estéril y seguidamente se agrega I gota de suero del enfermo que ha de ser objeto del ensayo.

Cada gota de la mezcla representará $\frac{1}{20}$ de gota del suero humano. Separadamente agítese el frasco, ampolla o tubo que contenga la emulsión microbiana, hasta homogeneizar el líquido y con la segunda pipeta se vierten en cada tubo de ensayo XX gotas de dicha emulsión.

Por último, teniendo en cuenta la indiscutible utilidad de altas diluciones, recomendamos proceder del modo siguiente:

Con la primera pipeta se incorporan a cuatro de dichos tubos, respectivamente, VIII-IV-II-I gotas del suero diluído a $\frac{1}{20}$ quedando el último tubo para el contraste, simplemente con la emulsión de *micrococcus*.

La titulación de la mezcla en cada tubo será:

1.º	VIII	gotas	de	suero	a	$\frac{1}{20}$	sobre	XX	de	emulsión.	$=\frac{1}{50}$
2.º	IV	»	»	»	»	»	»	»	»	»	$=\frac{1}{100}$
3.º	II	»	»	»	»	»	»	»	»	»	$=\frac{1}{200}$
4.º	I	»	»	»	»	»	»	»	»	»	$=\frac{1}{400}$

Hecho ésto, déjense los tubos en reposo durante una hora y acto seguido se procede al reconocimiento de la reacción, que será positiva si en la masa líquida se presentan copos de aglutinación que por su densidad tienden a depositarse en el fondo del tubo y las diferencias ostensibles se apreciarán por contraste con el tubo testigo.

De los reiterados estudios hechos sobre el valor de esta reacción, se deduce, con Charrieu y Anglada, que la titulación mínima de las mezclas debe hacerse a $\frac{1}{200}$ si se quiere evitar las frecuentes causas de error que se derivan del empleo de titulaciones más inferiores, por cuanto es un hecho comprobado por múltiples observadores, entre otros Konrich, Langwett, Vallet, Siderey y Lemanski, que la aglutinación del micrococo de Bruce, puede producirse bajo la influencia de un suero no melitocócico, siempre que se manipule sobre mezcla de pequeña titulación.

Con el fin de hacer más positiva la eficacia de esta reacción, se han propuesto algunas variantes a la técnica expuesta, que conviene conocer y aplicar en cada caso.

Las aglutininas no específicas que contienen algunos sueros de sujetos no melitocócicos y que manifiestan sobre el germen de Bruce una reacción positiva, son termolábiles (Negre, Raynand, Saissawr, Carrien, Anglada), destruyéndose a la temperatura de 56° , en contraposición a las aglutininas específicas que permanecen indiferentes a dicho grado térmico.

Por lo tanto, es recomendable que al practicar la sero-aglutinación, se proceda previamente a someter el suero objeto del ensayo a la temperatura de 56° , por cuanto de este modo se reduce al minimum la eventualidad de posibles coincidencias que induzcan a error.

Es del mismo modo conveniente repetir el ensayo de la sero-aglutinación sobre distintos cultivos del germen de Bruce en atención a que el suero específico, a elevada titulación, da siempre una reacción francamente positiva con el micrococcus melitensis, sea cualquiera la edad y procedencia del cultivo puro, en tanto que al actuar con sueros no específicos que posean aptitud de aglutinación, se observan notorias diferencias que demuestran el valor negativo de la reacción.

HEMO-CULTURA

Dadas las dificultades que ofrece la demostración aislada del micrococcus de la

fiebre ondulante en cada enfermo, se ha propuesto en su defecto proceder al cultivo de la sangre del paciente, si bien este método de investigación es de muy limitada aplicación por la inseguridad de sus resultados y además, por la improcedencia de practicar la punción esplénica, toda vez que de este órgano debe extraerse la sangre para su ensayo.

La técnica de la hemo-cultura requiere:

- 1.º Preparación de un medio de cultivo, que puede ser, caldo, agua de peptonada, patata, agar glicerinado, etc.
- 2.º Obtención de la sangre por punción aséptica del bazo.
- 3.º Incorporación de la sangre al medio elegido para cultivo.
- 4.º Permanencia de la mezcla en la estufa a 37°.

Transcurridos dos o tres días, si el cultivo es positivo y se ha hecho sobre agar por puntura, se observa en el mismo el desarrollo de una línea superficial, bien limitada, transparente y de color blanquecino.

Si el cultivo es sobre caldo, se advierte en el mismo caso la presencia de un enturbiamiento granuloso con escaso sedimento y fuerte olor pútrido.

Colocada sobre un porta una pequeña partícula de cultivo y tratada por el violeta de genciana en la forma clásica, se lleva a la platina del microscopio donde a gran aumento se pueden apreciar los diminutos micrococcus afectando una disposición redondeada u oval y reunidos en parejas o cadenas de escasas unidades.

El complemento de la hemo-cultura es la práctica de la inoculación experimental del producto de cultivo, ensayo que suele practicarse generalmente sobre el conejo, mediante inyección intraperitoneal, cuyo positivo efecto se manifiesta sobre el animal bajo la forma de intensas congestiones viscerales, fenómenos de hemolisis y leucocitosis y procesos inflamatorios con tendencia a la supuración.

Un ulterior examen bacteriológico sobre productos u órganos del animal inoculado permitirá la identificación del germen propuesto.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña

SESIÓN DEL DÍA 20 DE DICIEMBRE DE 1916

DR. UMBERT.—El acné es la resultante hipertrofia congénita de las glándulas sebáceas y la infección, generalmente estafilocócica. El considerarlo como entidad es perjudicial para el tratamiento. Su terapéutica ha sido hasta hoy empírica. La vacuoterapia fracasa por no ser debido puramente a la acción bacteriana. Tampoco depende de las funciones digestivas. El tratamiento por los antisépticos ha fracasado; el más generalmente usado es a base de pastas y pomadas exfoliantes con el que se mejoran las condiciones de la piel pero recidivando al repetirse la infección exógena. La atrofia glandular detenida mediante irritaciones sostenidas no proporciona más que éxitos transitorios.

He querido aprovechar la acción de los Rayos X sobre los tejidos glandulares. Acción atrófica que incapacita el terreno para la infección.

En un caso determinado, después del fracaso sucesivo de todos procedimientos con la Röntgenoterapia se combatió el intensísimo acné polimorfo y quístico hasta el punto de desaparecer, quedando libre de todo grano o quiste. Este éxito ha sido repetido.

En la técnica, como medida, damos la cantidad de rayos suficiente para la depilación sin llegar a irritar.

Para la irradiación la cara se divide en cuatro zonas. Tres sesiones con 25 días de intervalo son suficientes.

El accidente que debe evitarse es la radiodermatitis, lográndose fácilmente con la exacta dosificación a la luz natural.

El Dr. Moragas defendió la vacuoterapia, especialmente la estafilo y estreptocócica. Es preciso el aislamiento de la bacteria específica para obtener éxito.

El Dr. Figueras cree puede ser atribuída la hipertrofia de las glándulas sebáceas a las toxinas digestivas.

El Dr. Vidal hizo notar la coincidencia de la aparición del acné con la salida del pelo y su curación a cierto plazo.

Rectifica el Dr. Umbert. Considera susceptibles de beneficiar con la vacunoterapia a aquellas enfermedades que inmunizan por sí mismas.

Un caso de bocio determinando distocia

GUILERA.—Se trata de una mujer con un bocio que durante el embarazo aumenta de volumen sin causar molestias. Padece raquitismo sin grandes modificaciones pélvicas. El volumen del bocio osciló en ocasiones.

Primípara. Cuando la dilación no estaba aun terminada sobreviene un acceso asfíctico, quedando sudorosa. Se terminó el parto con una aplicación de fórceps, salvándose madre e hijo. La disnea de 50 o 60 resp. por minuto 160 pulsaciones calmó rápidamente.

Se trataba de un bocio asfíctico agudo, afección de la que hay pocos casos publicados.

El Dr. Vilaplana observó la constancia de la hipertrofia tiroidea en el embarazo y cita la recomendación de Kocher respecto al bocio del cual dice que por bien tratado que sea se ha de intervenir al quedar embarazada.

Hace distinción entre la asfixia mecánica y la tóxica.

El Dr. Guilera dice no ser general la opinión de Kocher entre los tocólogos dado la extensa rareza de casos parecidos. La disnea de esta enferma participaba de ambos caracteres mecánico y tóxico.

A continuación el Dr. Guilera presentó un caso de *Monstruo pseudoencefálico variedad nosencefalo*, en el que se apreciaba la ausencia de una porción de la calota craneana, saliendo por allí un tumor angiomatoso representando lo que debería ser cerebro y que respondió con convulsiones a la excitación.

Wasserman negativo. Parto normal mecánicamente.

Fijación de las laminarias

DR. VILAPLANA.—Para evitar el desplazamiento de las laminarias, bien sea hacia el interior del útero con sus peligros consiguientes que pueden precisar incluso una histerectomía, bien sea hacia la vagina en cuyo caso se vuelve inútil su aplicación, presentó un tope de goma de unos 15 m. m. de diámetro y de igual profundidad en cuyo centro hay un orificio de unos tres milímetros destinado a recibir el tallo de laminaria, impidiéndose así su desplazamiento. Para su esterilización y conservación, recurre al alcohol liso en el que se mantiene sumergido.

Las ventajas del procedimiento son: impedir que el tallo se dirija ni hacia dentro ni hacia fuera; aplicación rápida con posibilidad de hacerse en la misma casa de la enferma y aun en la misma cama sin necesidad de especulum.

El Dr. Guilera dijo: que la aplicación de la laminaria es peligrosa cuando se hace mal, debe estar el tallo en concordancia con el útero a que se aplica. La introducción debe hacerse ayudado de valvas y pinzas. Había sido ya recomendado el disco fijador de Constín; Vauvests también lo refiere. Dice no poder admitir la manera de aplicación explicada finalmente por el peligro que resulta de este procedimiento en manos poco experimentadas o en úteros menos resistentes.

Rectifica el Dr. Vilaplana diciendo que no hay laminaria que corresponda a un útero gravídico de cuatro meses; que su procedimiento contribuye a la buena técnica evitando la deglución. Asimismo permite adelantar tiempo en casos de urgencia.



Sociedad Oftalmológica de Madrid

Nueva interpretación de los fenómenos esquioscópicos.

DR. MARQUEZ.—Comunicación difícil de extractar y de entender sin los dibujos originales. Es un avance que hace el autor de otro trabajo más perfecto que prepara. Lo esencial de la explicación propuesta es que el *punto neutro* se obtiene en la esquioscopia, cuando hallándose el ojo observador acomodado para el plano pupilar del ojo observado, este a su vez se halla enfocado o sea *su punto remoto coincide con el centro óptico del ojo del observador*.

Consideraciones análogas hace para demostrar que entre el espejo plano y el cóncavo ordinario hay otro espejo cóncavo de menos curvatura con el cual se obtiene *siempre* el punto neutro, *cualquiera que sea la refracción del ojo observado. Este espejo neutro es el que forma una imagen del foco luminoso coincidiendo con el centro óptico del ojo observado*.

Cada punto de la retina del ojo miope de una dioptría (haciendo la esquioscopia a un metro) forma su imagen al nivel del plano del centro óptico del observador y coincide exactamente en el fondo del ojo de este con la imagen de la pupila del ojo observado. En la miopía superior a una dioptría es un círculo de difusión ya que los rayos se cruzaron antes. En el ojo miope de menos de una dioptría, en el emétrope y en el hipermetrópe se forman también círculos de difusión; pero por motivos inversos, o sea porque los rayos no se cruzaron, aún. De este modo resulta que cuando una zona luminosa u oscura se mueve en la retina del ojo observado ocurre uno de estos tres casos, (haciendo la observación a un metro y con espejo plano).

1.º *En el miope de una dioptría, toda la pupila se ilumina o se oscurece a la vez, punto neutro.*

2.º *En el miope de más de una dioptría, sombra inversa.*

3.º *En el miope de menos de una dioptría en el emétrope y en el hipermetrópe: sombra directa.*

Esta explicación tan sencilla (si se examina la figura) no ha sido dada, al decir del autor, por ningún otro, pues las diversas interpretaciones que en los libros se

exponen no convencen, a un examen un poco profundo y especialmente la de Bordelli que es, a todas luces errónea.

SESIÓN DEL DÍA 22 DE NOVIEMBRE DE 1917

Sarcoma del nervio óptico derecho.

DR. GARCÍA MANSILLA.—La enferma Juliana Fernández, de 63 años, natural de Tielmes (Madrid), ingresó en la sala 28, cama 10, a nuestro cargo en el Hospital General el 3 de Septiembre de 1917.

Sin otros antecedentes patológicos que el haber padecido con frecuencia de dolores de cabeza, y cinco abortos, se le inflamaron los párpados derechos a primeros de Mayo del corriente año al mismo tiempo que disminuía la visión del mismo ojo. A los pocos días se presentaron dolores en dicho ojo y en toda la mitad derecha de la cabeza. Fué sometida a fricciones mercuriales sin que obtuviese ventaja alguna, ni disminuyesen los dolores ni mejorase la visión.

Desde Mayo, hasta su entrada en el Hospital, no cesaron los dolores de cabeza y ojo con exacerbaciones variables, la visión fué cada vez disminuyendo más, hasta que hace tres meses desapareció por completo y además observó la enferma que su ojo derecho se iba saliendo de la órbita y que no le podía mover en ninguna dirección.

Estado actual.—La enferma tiene un buen estado general y se queja solamente de intensos dolores de la mitad derecha de la cabeza que le impiden dormir. Ojo izquierdo completamente normal.

Ojo derecho.—Enorme exoftalmía directa ligeramente oblicua hacia afuera, es decir, en la dirección del eje orbitario, el párpado superior muy distendido cubre con dificultad el globo ocular, el inferior está ectropionado y su mucosa edematosa. El ojo está completamente inmóvil. La tensión ocular es normal y la pupila está dilatada e inmóvil.

Examen oftalmoscópico.—Medios transparentes, las membranas oculares normales. La pupila es de un blanco sucio, de bordes mal limitados y muy rojos. Los vasos tortuosos. No hay percepción luminosa.

Por el tacto no se aprecia en el borde interno de la órbita masa alguna anormal.

Diagnóstico.—Con los datos que suministra el estado actual, sobre todo la exoftalmía, la inmovilidad del ojo y la neuritis óptica atrófica diagnosticamos una tumoración del fondo de la órbita que propulsaba el ojo hacia afuera.

Primero pensamos en un goma, teniendo en cuenta los cinco abortos que había tenido la paciente, pero hubo que excluirle tanto porque la reacción de Wasser-

GALERÍA DE CARICATURAS



DR. GINER HERNANDEZ

Redactor de MURCIA MÉDICA





mann fué negativa, como porque no se obtuvo alivio alguno con diez inyecciones mercuriales, como tampoco se había obtenido antes con las fricciones.

El examen de las cavidades neumáticas que rodean a la órbita también fué negativo, pues la iluminación por transparencia acusó la integridad de todas ellas, según nos manifestó el Dr. Cisneros. La punción, hecha en la parte inferior de la órbita momentos antes de la operación, no dió salida a líquido alguno, por lo cual excluimos también el diagnóstico de quiste.

No quedaba por tanto más que pensar en un tumor del fondo de la órbita y por tanto se imponía la exenteración de esta cavidad.

Operación.—Se practicó el 13 de Octubre de 1917 con anestesia clorofórmica. Disecados los párpados penetramos con los dedos en la cavidad orbitaria y apreciamos que detrás del globo ocular había una masa redondeada que ocupaba el fondo orbitario y que estaba adherido al polo posterior de dicho globo. Practicamos la sección del nervio todo lo atrás que pudimos y separamos el globo ocular, la masa neoplásica y todo el contenido orbitario. Con la cucharilla separamos algunas masas neoplásicas que habían quedado en el fondo orbitario y por último le cauterizamos con el termocauterio, especialmente el contorno del agujero óptico. Se rellenó la cavidad con gasa y aplicó un monóculo con lo cual quedó terminada la operación. El curso post-operatorio fué normal y hoy la presento a la Sociedad Oftalmológica curada por completo, sin que se haya reproducido la neoplasia.

Examen de la pieza patológica.—En la parte posterior del globo ocular hay una masa del volumen de un fresón, en contacto con él pero unido solamente por el nervio óptico que los une como dos cuentas casi iguales de un collar. Cortado el nervio en el polo posterior del ojo queda libre la neoplasia que presenta el aspecto de una masa blanca dura de 12 gramos de peso. Hecha una sección perpendicular al eje del tumor se ve en el centro una mancha blanca mate que es el nervio óptico completamente atrofiado y que se distingue del blanco amarillento del tumor. La neoplasia por tanto ha nacido en las vainas del nervio óptico que le ha englobado por completo hasta determinar su atrofia.

No tiene adherencias con los músculos ni demás tejidos orbitarios.

Examen microscópico.—El Dr. Mendoza Jefe del Laboratorio provincial de Madrid nos envía el siguiente informe:

Del estudio histológico del producto patológico remitido por el Dr. Mansilla, resulta estar formado por un estroma fibroso laxo que engloba tractus de células esféricas constituyendo un fibro-sarcoma.—Sarcoma globo ocular.

DR. CUEVAS PULIDO.—El interesante caso que nos ha presentado el Dr. Mansilla, me recuerda otro que he operado próximamente hace tres semanas y que es, sino exactamente igual, muy parecido.—Se trata de una niña de dos años, que llegó a mí

después de haber sido enucleado su globo ocular derecho, por otro compañero, facilitándome esta circunstancia el diagnóstico, pues pude explorar directamente la tumoración, que ocupaba toda la cavidad orbitaria y aun más, produciendo en su enorme volumen un *exorbitismo* muy grande (ya que no habiendo globo ocular, no podemos llamarlo *exoftalmía* acompañado de una gran distensión de ambos párpados; me ví precisado para poder intervenir directamente sobre la masa tumoral a agrandar la abertura palpebral, prolongando la comisura externa, pues de otro modo, hubiera sido imposible atacar el tumor, sin sacrificar los párpados.

Hice completa evisceración de la cavidad orbitaria, raspando luego con la cucharilla y terminando con la cauterización por el termo: el tumor tendría próximamente el tamaño de una nuez grande y analizado resultó ser un *sarcoma*. Sabida la malignidad de estas neoplasias, desde luego estoy conforme con el Dr. Mansilla, sobre la necesidad de intervenir ampliamente, para evitar posibles reproducciones y propagaciones cerebrales.

Esta enfermita, como digo, no hace un mes he operado y tengo aun en tratamiento, y sigue muy bien, y *hasta ahora*, no amenaza reproducción; claro es que el tiempo transcurrido es *aun poco*, pero el curso post-operatario, va con tendencia a la curación.

Sub-luxación congénita de ambos cristalinos.

DR. CUEVAS PULIDO.—No son muy frecuentes las luxaciones y sub-luxaciones del cristalino, pero aun lo es menos, que esta afección concorra simultáneamente en ambos ojos; la rareza pues de este caso, es el motivo, que me ha hecho presentar esta enferma. Yo he tenido varias veces, ocasión de observar, luxaciones completas de un cristalino, ya en la cámara anterior, ya en el vítreo, o bien sub-conjuntivales, pero siempre en un solo ojo, y ahora es este el primer caso que yo veo, en que esta afección es doble.

La enferma que acaban de ver VV. es una joven de 17 años, de buena salud general, que nos cuenta que desde muy niña nunca gozó de buena visión, dice que su padre es miope, y que tiene otra hermana, que tampoco ve bien; sus padres de modestísima posición y residentes en una pequeña aldea, alejada de la capital, no se han preocupado hasta ahora, de hacerla reconocer para mejorar su visión. Al explorarla recojo los siguientes datos:—Agudeza visual próxima: (no sabe leer) pero distingue a 15 centímetros los tipos del número 8 de la escala de mano, de que todos nos servimos.

Visión de lejos— $\frac{1}{6}$ con ambos ojos, no gana con el estenopéico.

Existe ligero *nistagmus* oscilatorio. Del examen de su refracción resulta un astigmatismo hipermetrópico; mejora con lentes positivas; no hay diplopía monocular ni poliopía.

Por reconocimiento oftalmoscópico y previa instilación de atropina, pude diagnosticar como VV. todos han comprobado, una *sub-luxación* (hacia arriba) de ambos cristalinos, que por cierto ocupan en su desplazamiento, una situación perfectamente simétrica; existe además una retinitis en su variedad de proliferación pigmentaria.

La ausencia de todo traumatismo, el ser la lesión bilateral, y el decirnos la enferma, que su perturbación visual la aqueja desde muy niña, pues cuenta que nunca vió bien, me autorizan a dar a esta anomalía, el apellido de *congénita*.

No es esta ocasión de hablar de las diferentes teorías que tratan explicar; la producción de este fenómeno patológico, consignadas están en las Obras de Oftalmología y ninguna de ellas es completamente aceptable, pues a todas ellas se les pueden oponer objeciones; tanto el grupo de las que admiten como causa la destrucción de la *zónula* y resblandecimiento del vítreo, cuanto los que piensan que es debido a deficiente desenvolvimiento del cristalino o a evolución atípica de la *vexícula* cristaliniiana eso dejan de ser suposiciones más o menos fundadas para tratar de explicar la patogenia y etiología de esta anomalía.

En lo que parece están todos conformes es en lo frecuente de la ley de herencia. Las estadísticas dan sobre 100 casos, 75 cristalinos transparentes y 25 acatacados.

Voy a ocuparme ahora, de lo más interesante para la enferma, que es el tratamiento; en este caso concreto, creo inútil todo tratamiento médico y también opino debemos abstenernos de toda intervención, pues ni la iridectomía, ni la irotomía, ni la extracción de los cristalinos están indicadas.—Solo al tratamiento *óptico* es al que debemos recurrir.—En efecto, desaparecida la acción de la atropina, y corrigiendo la afaquia parcial que resulta de la desviación cristaliniiana, se consigue elevar la visión de esta enferma desde $\frac{1}{6}$ a $\frac{1}{3}$ de la escala de Wecker; visión bastante aceptable y con la que la enferma, se puede ya manejar mejor.—Es pues el uso de los lentes positivos y apropiados, lo que le aconsejo.

El Dr. Cuevas rectifica, y agradece a los Dres. Mansilla y Bastara, su intervención en la discusión de este caso clínico y me satisface oírles decir que están conformes conmigo, en que el único tratamiento es el *óptico* que yo propongo.



SECCIÓN VARIA

COLEGIOS MÉDICO Y FARMACÉUTICO OBLIGATORIOS

Colegio Médico

JUNTA DIRECTIVA

Presidente: Excmo. Sr. D. José García-Villalba Sánchez.

Vicepresidentes: D. Claudio Hernández-Ros Navarro, D. Manuel Más Gilbert, D. Miguel García Alarcón.

Secretario: D. José Pérez Mateos.

Tesorero: D. Juan Selgas Ruiz.

Contador: D. Francisco Ayuso Andreu.

Vocales: D. Manuel Sánchez Carrascosa, D. Ramón Angel Cremades, D. Francisco Giner Hernández, D. Cristóbal Clemares Valero, D. Emilio Palazón Clemares, D. Manuel Almela Gómez, D. Angel Sánchez del Val, D. Eloy Dasi Andrés, D. Remigio Giménez Gómez, D. Manuel Rodríguez Fernández, D. Ramón de la Rosa Abad, D. Francisco Camacho Cánovas, D. Joaquín Lorenzo López, D. José Pallarés Arcas, D. Alejandro Santamaría de Paz, D. Mariano Camacho Carrasco, D. Benito Rebollo Samper, D. Ramón Pareja Pérez, D. Liborio Verdú Cañizares, D. Alfonso Caparrós Fernández, D. Francisco García Díaz, D. Fulgencio Mesequer Sánchez, D. Francisco Puerta Sánchez, D. Pablo García.

Colegio Farmacéutico

En Junta general de 30 de Diciembre pasado verificóse la elección de la Junta de Gobierno y la de las secciones Profesional y Científica de este Colegio, quedando constituidas en la forma siguiente:

JUNTA DE GOBIERNO

Presidentes honorarios: Excmo. Sr. D. Joaquín Ruiz Giménez, D. Eugenio Piñerúa Alvarez, Excmo. Sr. D. José R. Carracido.

Presidente efectivo: D. Antonio López Gómez.

Vocales: 1.º D. Luis Mínguez Moreno, 2.º D. Eduardo Torres Escriña, 3.º Don Andrés Crespo Parra.

Contador: D. José Pardo Fernández.

Tesorero: D. Emilio López Sánchez-Solís.

Secretario: D. Enrique Gelabert Aroca.

SECCIÓN PROFESIONAL

Presidente: D. Antonio Llorca Mata.

Secretario: D. Enrique Ayuso Miró.

Vocales: D. José Gómez López, D. José Muñoz Terrer, D. Octavio Carpena Pellicer.

SECCIÓN CIENTÍFICA

Presidente: D. José Domínguez Sanz.

Secretario: D. Manuel Rebordosa Sadurní.

Vocales: D. Luis López Ambit, D. Enrique López Menarguez, D. Pedro Coma Martínez.

De nuestro catálogo

OBRA NUEVA.—PUBLICACIÓN IMPORTANTE: Diecinueve ediciones en Alemania y numerosas traducciones en todos los idiomas

Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas,
para estudiantes y médicos, por el **Dr. Adolfo Strümpell**, Profesor y Director de la Clínica Médica de la Universidad de Leipzig; con numerosos grabados intercalados y láminas en negro y colores, traducido directamente de la última edición alemana por el **Dr. Pedro Farreras**.

Puede adquirirse por cuadernos a UNA peseta, o por tomos encuadernados a pagar a plazos, dirigiéndose a las principales librerías y centros de suscripción, o a la casa editorial **F. SEIX, San Agustín, 1 a 7, (Gracia) BARCELONA**.

Obra nueva.—Mohr y Staehelin: TRATADO DE MEDICINA INTERNA.—Doce tomos en cuarto, 250 pesetas.

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA : : : :

Madrid.—«Felicito a usted muy entusiásticamente por la feliz idea de verter a nuestro hermoso idioma obra tan excelente y apropiada al estado actual de la Patología, y más aún por la de vestirla o presentarla con igual lujo que a la edición alemana.

»Y hago extensiva la felicitación a los traductores que se han encargado de hacer dicha versión, pues son una garantía de que la traducción ha de ser fiel y elegante, porque para traducir bien, no sólo hace falta saber a conciencia las lenguas sobre que versa la traducción, sino la materia tratada, y ambas circunstancias concurren en los traductores, y muy especialmente en mi dignísimo compañero y amigo señor García del Real.

»Que no dejen ustedes de la mano obra tan importante, pues seguramente ha de servir mucho para hacer agradable el estudio de materia tan vasta e importante.
Dr. A. Simonena».

Valencia.—«Envío a usted mi más sincera felicitación por su elección al traducir la obra más completa y mejor documentada que se ha publicado de Patología médica, y por la forma de llevarla a cabo, pues la traducción es perfectísima; la presentación, inmejorable, y no dudo que la clase médica española, que ansiaba conocer la literatura médica alemana, corresponderá como debe a los sacrificios de esa Casa editorial.—*Dr. Rodríguez Fornos*».

Sevilla.—«Les da expresivas gracias y les felicita por la impresión del *Tratado de Medicina interna*, de Mohr, obra meritísima y muy útil para la enseñanza.—*Dr. J. Lupiáñez*».

Pídanse prospectos detallados, que remite gratis la CASA EDITORIAL CALLEJA, fundada en 1876, calle de Valencia, 28, Madrid.

* * *

Los pedidos acompañados de su importe los serviremos a nuestros suscriptores con el 10 por 100 de descuento de la cantidad total.

Estadística

Según datos de la Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico, procedentes de los Registros civiles, el movimiento natural de la población de esta capital durante el mes de Diciembre fué el siguiente:

Población calculada 131.535

Nacimientos. { Vivos 252.—Var. 165.—Hem. 87.—Leg. 242.—Ileg. 3.—Exp. 7.
Muertos 0.—Var. 0.—Hem. 0.—Leg. 0.—Ileg. 0.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 1'92.—Matrimonios, 80.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'61.—Mortalidad por 1000 habitantes, 2'06.

Defunciones

Varones, 138.—Hembras, 133.—Menores de cinco años, 75.—De cinco y más años, 196.—En hospitales y casas de salud, 19.—En otros establecimientos benéficos, 15.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 3.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 2.—Viruela, 0.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 0.—Difteria y crup, 1.—Gripe, 3.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 1.—Tuberculosis de los pulmones, 18.—Tuberculosis de las meninges, 0.—Otras tuberculosis, 1.—Cáncer y otros tumores malignos, 5.—Meningitis simple, 10.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 19.—Enfermedades orgánicas del corazón, 26.—Bronquitis aguda, 13.—Bronquitis crónica, 22.—Neumonía, 10.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 9.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 1.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 11.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 3.—Cirrosis del hígado, 4.—Nefritis aguda y mal de Bright, 4.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 2.—Otros accidentes puerperales, 2.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 8.—Senilidad, 18.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 4.—Suicidios, 1.—Otras enfermedades, 69.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 1.—Total de defunciones, 271.

Nuestro Concurso

MURCIA MÉDICA abre un Concurso entre médicos para premiar un artículo elegido entre los que nos remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.ª El tema es de libre elección.
 - 2.ª Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.
 - 3.ª Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.
 - 4.ª Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.
 - 5.ª El trabajo premiado como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.
 - 6.ª El premio es uno, consistente en una **Medalla de oro, 100 pesetas, 100 ejemplares** del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA
 - 7.ª El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1918, debiendo dirigirse a esta Administración.
- Y última. El Jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores :: ::

Hemos recibido el importe de la suscripción por el año 1918 de los señores siguientes:

D. Juan Rico, Elda; D. Eduardo Vicario, Salas de los Infantes; D. Francisco Huertas, Madrid; D. Antonio Bañón, Jumilla; D. Ramón Oppelt, Málaga; D. José A. Palanca, Madrid.



Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



Tubos y cristales de linfa-vacuna fresca y
garantizada a 1'25 y 1'50 ptas.

Vacunas directas de dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales


DIRECTOR:

Dr. Martínez Ladrón de Guevara


CALLE DE ZOCO

MURCIA


Análisis clínicos de orinas,
esputos, sangre, jugo
gástrico, heces, pus,
exudados, líquido
céfalo-raquídeo,
etc., etc.



Laboratorio Guillamón



Reacciones
de Wassermann,
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

MURCIA