

GACETA MÉDICA

DEL NORTE

REVISTA QUINCENAL DE MEDICINA, CIRUJÍA Y FARMACIA

DEDICADA Á LA DEFENSA DE INTERESES PROFESIONALES

Año I

BILBAO 31 de Diciembre de 1895

Número 24

CRÓNICA

Al expirar el año 1895 (primero de vida de nuestra modesta publicacion) tenemos el gusto de darle un tierno adiós, agradeciendo ante todo, á la *Providencia* (que alguna debe ser sin duda) ei haber concedido á nuestra GACETA vivir ese primer año, época, como se sabe, de tan grande mortalidad infantil. Porque no es esto solo: niños hay que maman durante un bienio, y tienen padrinos que regalan y parientes que miman y *amistades* que algo se interesan con lo cual no es raro ver placidez, lozanía y hermosura en tales frutos de bendicion. Pero cuando el destete es prematuro, los padrinos lo son por compromiso, y ni parientes regalan ni todos los amigos asoman, ni apenas si hay para proporcionarse el *medio* higiénico necesario, bien comprenderá el lector que eso de *sacar adelante* una criatura con tantas cosas en contra, es algo difícil.

Así, pues, no queriendo atribuirnos en este logro nada más que, como hombres de paz, una buena voluntad, reconocemos, puesto que no sólo esto hace vivir, que verdaderamente la *Providencia* ha querido velar por nuestra revista, y así lo hacemos constar reconocidos en ella. Jamás un aislado esfuerzo resulta poderoso; jamás la aislada iniciativa pudo llevar á cabo magnas empresas. Es ley natural, es principio filosófico, en efecto, el que confirma nuestro juicio en este asunto: si dadas las reinantes teorías del contagio, la higiene *aisla* en los males con gran razon, la doctrina cristiana, en cambio pide *asociaciones* para afianzar la propagacion de lo útil y lo bueno.

—*

Felicitémonos, pues, de nuestro arribo á una nueva época y haciendo extensiva la felicitacion á nuestros lectores en su entrada de año, advirtámosles que la reforma primera y primordial que, á parte del tamaño

mismo del periódico, (1) se introduce en él, es que este nuestro hijo legítimo GACETA MÉDICA DEL NORTE pasa desde ahora á serlo adoptivo de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. En nada puede resentirse, como comprenderán nuestros lectores, el cariño paternal. Antes al contrario, como á niño á quien le sale un buen padrino, así la GACETA podrá en lo sucesivo vestir mejor, comer más sano, y tener por ende vida próspera y lozana que es lo que verdaderamente puede desearse á lo que bien se quiere: pasa á mejor casa. No obstante, si momentos hubiera en que vacilante nuestra publicacion pudo caer, y luchando, sostenerse, siquiera el equilibrio no fuera muy estable, ahora que al fin el esfuerzo de todos ha de unirse, ahora que hijo es de verdadera matrona, recordemos con Alfonso Tobar su tan hermoso cantar que así termina:

¿Venciste? ¡Pues á pensar
en no volver á caer!

—*

El *resúmen médico* de este año que pasa pudiera condensarse en una sola palabra: suero! Es, á lo que parece lo que más ha preocupado al mundo que contempla difteria, tétanos, cáncer, etc., burlándose aún bastante de nuestras armas en su contra.

En nuestra nacion el verdadero suceso, el progreso científico verdad (después de los desencantos del Congreso de Higiene, ley de Sanidad, derechos pasivos á titulares) ha sido la creacion del edificio para Instituto de Terapéutica operatoria, cuyo verdadero y legítimo nombre no debe ser otro (para norma de ejemplos y admiracion de edades) que el de *Instituto Rubio*.

Si á nuestra region nos limitamos, es de colocar en primer lugar á Logroño, con la creacion de su Instituto antirrábico, creacion verdaderamente práctica y laudable. También debemos felicitarnos de la fundacion de los Colegios médico-farmacéuticos de Santander, así como el del Nervion.

(1) En lo sucesivo será de 20 páginas en octavo.

Ya en nuestra villa, sabido es de todos la formación de la Academia de Ciencias médicas. ¿Qué más? Una ley sobre anchura de calles en el Ensanche, y otra respecto al libro registro de las escuelas. Fuera de esto, si no temiera hacer comparaciones, siempre odiosas, y sacar á colacion cuentos no siempre gratos, creo puede llamarse año de fracasos al que acaba de expirar: sabemos que se *mueven* las comisiones sobre la obra de la infancia, así como del futuro hospital; pero hasta ahora nada *trasciende* como no sean los olores de la ría de vez en cuando, y la gran abundancia de tuberculosos que, dicho sea de paso, paréceme que también en el futuro nosocomio ocuparán sala general.... Esto unido á que también trascendió á la práctica la desdichada cuestión de las farmacias municipales, y que la de los cementerios está aún por trascender, y la del agua vá picando en historia, todo ello nos hace pensar que el año entrante no ha de poder ser muy malo, porque hay quien se encargó ya anticipadamente de hacerle mejor. Y esto siempre es un consuelo.—Pasadlo bien.

DR. LESMES.



UN CASO DE DIFTERIA

INTUBACION, MUERTE

H. H. de 26 meses de edad, aparentemente robusto, es conducido al Hospital Civil, en la última decena del mes de Noviembre próximo pasado, en un estado por demás alarmante.

El mal de que era presa databa, según informaron sus padres, desde la mañana del mismo día en la cual les llamó la atención, la palidez del semblante, el aspecto disgustado y la difícil respiración del pequeño.

Llamado el médico de la casa para prestar asistencia, observó que, á los síntomas recogidos por los padres, acompañaba la existencia de falsas membranas en las amígdalas y faringe, con lo cual creyó encontrar materias bastantes para diagnosticar el caso de difteria.

A su ingreso en el Hospital, el niño presentaba palidez general *suigeneris*, entorpecimientos en la circulación venosa (cianosis), escasa fiebre, 38° 5, respiración sibilante, dilatación de las ventanas de la nariz, tos ronca, crupal, gran tiraje supraexternal y epigástrico; á estos síntomas acompañaba el barnizamiento de las amígdalas, velo y faringe, por falsas membranas.

Los primeros cuidados fueron ordenados por el Jefe de Sala y consistieron en la inyección del suero de Roux, 10c.c. dieta láctea y una poción estimulante. Discutióse luego sobre si debiera ó nó ser traqueotomizado, siendo

desechada esta idea por la edad del sujeto, en la cual, si bien no puede decirse en absoluto que esté contraindicada, la estadística, sin embargo, deja mucho que desear respecto á los beneficios de la intervención. En estas dudas y algún tanto creyentes en la eficacia del suero antidiftérico, pareció acertado esperar, observando el efecto del tratamiento instituido.

A las ocho y media de la noche el estado del niño no era nada satisfactorio, los síntomas observados á su ingreso se habían acentuado; el ruido laringo traqueal se oía desde una distancia de algunos metros, la cianosis muy graduada, las ventanas de la nariz están dilatadas al máximun, el tiro respiratorio muy pronunciado y la sensibilidad general y sensorial casi abolidas.

No puede ser más sombrío el cuadro trascrito; las esperanzas de salvación son tan escasas que, en realidad de verdad, no existen; sin embargo, el deber manda defender hasta su extinción aquella vida que se escapa, y, en su consecuencia se hace nueva inyección de suero de 10 c. c. é inyección de éter, procediendo luego á la intubación laríngea.

Convenientemente preparada la caja de intubación del Dr. O'Dwyer, colocado el niño en posición, semisentado en la cama, sujeta la cabeza por un ayudante y las manos y cuerpo por otro, se coloca el abre-bocas del Dr. Denhard, se arma el conductor de tubo número 1 é introduzco el dedo índice hasta tocar y sujetar la epiglotis; después llevo el conductor por el borde cubital de mi dedo índice que obra como guía y procuro, sin conseguirlo, introducir el tubo en la laringe; los movimientos de protesta general y faríngea hacen que esta primera tentativa no sea coronada por el éxito que la respiración del niño y mi amor propio pedían de consuno.

Después de un descanso prudente hago la segunda tentativa infructuosa también como la primera. Nuevas pausas y nuevas tentativas, hasta que á la quinta vez consigo colocar la cánula en la laringe: el dedo y un ruido indescriptible me dan cuenta de ello.

La respiración se efectúa con bastante libertad y pasados 10 á 15 minutos el niño habla para pedir agua, después de haber estado por espacio de cerca de una hora sin responder á las reiteradas preguntas y en estado de anestesia asfíctica.

Bastante satisfecho del resultado de mi intervención me retiro, 9 y 1/2 de la noche, encomendando el cuidado del enfermito á la hermana de la Caridad y á una enfermera inteligente, dejándoles encargo de que me avisen si el niño vuelve al estado de asfíxia. Debo advertir que á pesar de la cánula y de la mayor libertad inspiratoria aun era la respiración algún tanto ruidosa, como si el aire encontrase abundantes mucosidades traqueales.

A la una de la madrugada soy llamado de nuevo: el niño está agonizando, quito la cánula tirando del hilo fiador y ayudado por el índice de mi mano izquierda y encuentro aquella obstruída por mucosidades espesas y abundantes.

La respiracion no mejora con la retirada del tubo; la insensibilidad es absoluta; á pesar de tener perdida toda esperanza y de creer mi mision cumplida, coloco otra vez el tubo después de tres tentativas y á pesar de ello el niño muere á las dos menos cuarto de la madrugada.

Dejo aparte las múltiples consideraciones á que el caso pueda prestarse y voy sólo al hecho de intubacion laríngea.

La intubacion ideada por Bouchut, desechada por informe del *Bull. de l'Acad. de Med.* de París 1858, y rehabilitada hoy como auxiliar poderoso de la sueroterapia, no ofrezca facilidades ni la inocuidad de que tanto alardean sus partidarios.

Recordando la facilidad con que se practica la respiracion artificial, en el niño nacido en estado de muerte aparente, con la sonda de hombres de la bolsa ordinaria de Cirujía,) habiendo leído los escritos de Buchut, O'Dwyer y los discursos de los señores Robert y Llorente en las últimas sesiones de la Sociedad Ginecológica, acometí la operacion, maniobra más bien, con grandes seguridades de éxito manual; pero la curva de los conductores agrandada por la adic on del tubo, la oblicuidad con que éste aboca al orificio glótico, el descenso de éste y la base de la lengua en los movimientos nauseosos y de vómito provocados por el contacto del dedo con las fauces, el espacio tan considerable que necesitan el abre bocas, el conductor y portatubos, y el dedo guía de aquél y sugetador de la lengua y epiglotis, hacen é hicieron para mí, la maniobra de intubacion más difícil y molesta de lo que ordinariamente se cree.

«Por muy hábil que sea el operador, dice O'Dwyer, puede ocurrirle (vaya si ocurre) que no llegue á efectuar la introduccion desde la primera tentativa y esto amenuado por causas independientes de su destreza; un estado particular de la boca, la faringe, laringe, un movimiento del niño bastan para ello.» Si á lo expuesto añadimos la afirmacion de Buchut el cual dice «ser muy frecuente tener que repetir las tentativas»; y al mismo tiempo recordamos lo que dice Dillon-Brown, «no conozco, escribe, operacion más brutal y que determine un choque más considerable que la intubacion hecha por un operador sin experiencia. A cada tentativa infructuosa el niño se cianosa y se enfría de más en más, la cara y las ropas del médico se ensucian de sangre y á menos de una serenidad poco común, el facultativo acaba por perder sus medios y causa graves lesiones en la laringe,» creemos fundadamente que la intubacion es maniobra delicada para cuya generalizacion creemos preciso alguna modificacion en el arsenal dedicado al efecto.

APARICIO.

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

2.^a SESION ORDINARIA (6 DE DICIEMBRE DE 1895)

Orden del día de la anterior: (véase números 22 y 23)

Tratamiento de las conjuntivitis granulosas

Sr. Uruñuela (Julio). Comienza su disertacion obligado por un deber, pues ha sido testigo de los éxitos del Sr. Somonte en razon á que la mayoría de los enfermos tratados eran niños asilados en la Casa de Misericordia de esta Villa, de cuyo servicio médico está encargado. La ocasion, en efecto, que al Sr. Somonte había proporcionado crecido número de enfermos granulosos fué una epidemia de conjuntivitis granulosa que en el otoño del 94 se desarrolló con gran intensidad entre los niños asilados en San Mamés. Confirmó, como el Sr. Somonte, los terribles efectos de este mal al que se deben gran número de cegueras; así como su frecuencia y difusion (25 á 30% de los enfermos de la vista) y su albergue predilecto en hospicios y asilos, en algunos de los cuales abunda en modo tan extraordinario que constituye verdaderas endemias. Como estos focos permanentes de granulaciones, lo son también de difusion del mal, pues los asilados enfermos que salen fuera lo esparcen y diseminan por todas partes donde van, cree de capital importancia el tratamiento profiláctico del afecto, objeto de su disertacion.

Hace una relacion de lo que habían sido las granulaciones de la Casa de Misericordia hace 25 ó 30 años (cuando ocupaba el edificio que hoy es Audiencia en la calle de D.^a María Muñoz), y su extincion cuando se trasladó al de San Mamés que actualmente ocupa, y nada más que por el cambio de condiciones higiénicas.

Relata después la epidemia de oftalmia desarrollada en los niños asilados, de los que, de 182, fueron atacados 167, no siéndolo las niñas ni los ancianos que viven en el mismo edificio, gracias á las rápidas y enérgicas medidas profilácticas tomadas.

En su concepto, la causa de la epidemia no fué otra que el reingreso de algún asilado enfermo, que pasó alguna temporada en su casa, pues que éstos al volver al Asilo no estaban sujetos á reconocimiento como lo están los que ingresan por primera vez.

Haciendo una síntesis de lo que debe ser la profilaxis de este mal (limpieza, aislamiento, etc.) ocupóse á continuacion del tratamiento quirúrgico hoy en boga, por el raspado y brochado sucesivos, citando en esto los brillantes éxitos obtenidos por oftalmólogos españoles, entre ellos el Sr. García Mansilla, médico de la Beneficencia provincial de Madrid, y Catedrático de Oftalmología en la Universidad Central: este colega, empleando este tratamiento de Mr. Abadié algo modificado, dice, ha hecho desaparecer en unos 18 á 20 meses la endemia granulosa que de muy antiguo existía en el Hospicio de



Madrid, endemia verdaderamente terrible, pues á principios del año 1893 había, de 1.126 asilados, 240 con granulaciones crónicas, y hasta el 50% con vestigios de ellas.

Comparando, por fin, las ventajas é inconvenientes de este tratamiento con los de la electrolisis, tal como ha sido empleada y expuesta por el Sr. Somonte, termina declarándose decidido partidario de este último método terapéutico.

Sr. Plaza. Aludido por el Sr. Uruñuela, y dada la especial índole de sus aficiones electroterápicas, confirma los buenos resultados obtenidos con este agente, si bien no empleando más que la técnica corriente, de la que, sin duda, difiere lo expuesto por el señor Somonte.

Sífilis terciaria

Sr. Arrese: Se levanta para presentar tres casos de *sífilis terciaria* nasal, faríngea y laríngea *tratados por los poli-ioduros*.

1.º caso. Joven de 15 años, criado por su madre hasta los 22 meses, sin antecedentes hereditarios. Cuatro hermanos, dos de los cuales murieron de difteria y otros dos de meningitis siendo muy niños y una hermana viva (18 años) con buena salud. Este enfermo tuvo el sarampión á los 6 años; posteriormente y in causa apreciable, fueron cerrándosele las narices y empezó á ganguear, poco á poco fueron presentándose fuertes dolores de cabeza, catarro nasal, dolor y dificultad á la deglución, salida de alimentos por las fosas nasales.

Estado actual á su primer reconocimiento. La rinoscopia anterior nos revela la existencia de una perforación del tabique en su porción cartilaginosa, una úlcera que ocupa todo el cornete inferior en el lado derecho y en ambas narices gran cantidad de costras de un olor fétido que impiden hacer el exámen completo. El exámen de la boca y faringe nos revela: 1.º, una pequeña perforación del velo del paladar en la parte media y anterior; 2.º, destrucción de la úvula y una extensa ulceración que invade los pilares anteriores, posteriores y toda la pared posterior de la faringe la cual se encuentra sembrada de pequeñas fungosidades, y recubierta por una secreción moco purulenta. Por la rinoscopia posterior vemos extenderse estas lesiones á toda la faringe nasal invadiendo ambas trompas. El enfermo dice haber sufrido de los oídos en los que hemos reconocido y comprobado las alteraciones siguientes:

Oído derecho:

P A	R	{	30 centímetros.
P O			B.
P A	D	{	5 centímetros.
P O			B.

Oído izquierdo casi normal.

En el oído derecho había una pequeña supuración que salía á través de una perforación que ocupaba el segmento antero inferior del tímpano.

Exámen de la laringe. En ambas regiones aritenoi-

deas se ven dos gomas como del tamaño de una avellana. Estas gomas no presentan ulceración alguna, Las cuerdas vocales presentan en su inserción tiroidea dos ulceraciones pequeñas.

Este enfermo había sido diagnosticado y tratado por otros profesores, como un sífilítico terciario, por el ioduro potásico, unas veces en simple disolución acuosa y otras en forma de jarabe de Gibert, á pesar de cuyo tratamiento la enfermedad hacía rápidos progresos por lo que la familia del enfermo había perdido toda esperanza de curación.

Tratamiento. Lo primero que hicimos á este enfermo fué desembarazarle de todas las costras que llenaban ambas narices, por medio de lavados repetidos de una disolución templada de ácido bórico al 4%. Al mismo tiempo recomendamos unos gargarismos alcalinos á fin de limpiar la cámara posterior de la boca. En el oído sólo nos limitamos á tenerle en condiciones de limpieza y esperar á que el tratamiento actuara sobre el estado general del enfermo.

Como tratamiento interno administramos el ioduro potásico en la siguiente forma:

Ioduro potásico	10 gramos	
Idem sódico	} á á	
Idem amónico	} 5 gramos	
Jarabe de c. a. de naranja	} á á	
Agua	} 100 grs.	

Para tomar dos cucharadas al día.

Al principio, y á fin de hacer el tratamiento local de las narices y oído hacíamos venir al enfermo cada 3 y 4 días.

Ya desde el sexto día pudimos comprobar una notable mejoría en su estado general. Los dolores de cabeza habían disminuido, el enfermo notaba un bienestar desconocido, renacía la alegría y la esperanza de una pronta curación. Hacíase menos penosa la deglución y localmente podíamos apreciar las profundas modificaciones que en este organismo se estaban verificando. La mucosa faríngea no estaba tan recubierta por la secreción mocopurulenta que vimos al principio, su coloración era encarnada y todo su aspecto el de una extensa superficie cruenta en vías de cicatrización.

La secreción nasal no era muy abundante ni su olor era fétido.

La supuración del oído tenía una sensible disminución.

A los 15 días de tratamiento el estado de este enfermo era tal, que de no ser nosotros testigos presenciales nos hubiera parecido increíble tan rápida mejoría. En esta época pudimos comprobar la existencia de un pequeño secuestro que asomaba por la perforación palatina y procedimos á su extracción que se efectuó sin dificultad alguna.

Mandamos continuar los lavados nasales y á través de la perforación palatina y recomendamos al enfermo hiciera un toque de tintura de iodo pura al través de dicha perforación palatina diciéndole que volviera á los 15 días.

En esta fecha casi podíamos decir que habíamos conseguido la curación del enfermo, pues las fosas nasales estaban limpias por completo, la perforación palatina apenas perceptible, la mucosa faríngea completamente cicatrizada, el oído sin supuración y la glotis sin gomias ni ulceración alguna. El enfermo comía con apetito, se nutría admirablemente sintiéndose transformado.

Hoy al cabo de dos años, presento este enfermo para que examinándolo todos los señores académicos que gusten puedan juzgar la real y verdadera importancia del tratamiento poli-iodurado en la sífilis terciaria.

2.º caso. Hombre de 38 años, casado hacía ya varios años, sin familia, de buen aspecto exterior, sin antecedentes hereditarios se presentó en mi consulta en Marzo del 93.

Tuvo un chanero á la edad de 23 años, luego una pequeña erupción en los brazos y vientre. Tomó el mercurio por espacio de un mes y no ha vuelto á tener enfermedad ninguna hasta hace un año que cogió un fuerte resfriado que no ha desaparecido hasta la fecha. El objeto de su consulta no es, sin embargo su afección nasal, sino un fuerte dolor de oído que desde hace tres días le molesta grandemente, llegando este dolor á ser insoportable.

Exámen del enfermo. Por la rinoscopia anterior veíase una extensa ulceración que partiendo desde la parte media del tabique (nariz derecha) se dirigía arriba y atrás perdiéndose en un punto inaccesible á nuestra vista. Esta úlcera no sólo era extensa sino que también profunda pues por medio del estilete podía comprobarse que el tejido óseo estaba comprometido. La nariz tenía algunas costras poco fétidas. Por la rinoscopia posterior se veía todo el tejido faríngeo normal. El examen del oído me dió por resultado la comprobación de una fuerte otitis media con colección purulenta en la caja.

Tratamiento. Aparte el de la otitis (que no es de este lugar) hice el tratamiento local (ducha nasal boratada) toques de iodo) y el general de los poli-ioduros, obteniendo igual resultado y tan rápido como en el primer enfermo.

Este enfermo tomaba por propia iniciativa el ioduro potásico dos temporadas de mes y medio cada una al año, una en la primavera y otra el otoño. Ahora pues está en pleno tratamiento iodurado y vemos que á pesar de esto el mal no se corrige, y no se diga que es exiguo el ioduro que toma, pues tiene en papeletas de un gramo y toma dos y tres de estas al día.

3.º caso. Trátase de un hombre de 40 años, soltero sin antecedentes hereditarios, que contrajo un chanero á la edad de 23 años, que no tuvo grandes manifestaciones secundarias y que fué á América donde dedicado al comercio vivió sin más enfermedades que la actual que le obliga á regresar á Europa.

A últimos de Agosto del 94, dice el enfermo, tuvo un fuerte catarro que le obligó á guardar cama. Curó á los

pocos días pero notaba un pequeño estorbo en la garganta; poco poco este fué acentuándose y hacíase la deglución cada vez más difícil. Consultóse con su médico y siguió el plan establecido pero sin obtener alivio. La dificultad á la deglución aumenta sensiblemente y preséntase un pequeño dolor por lo que pidió consulta. El enfermo dice no recuerda lo que le prescribieron: sólo sabe que era un líquido de un gusto desagradable y del cual tomaba dos curachadas al día.

Seguió el tratamiento por espacio de dos meses y viendo que no mejoraba le mandaron á su país donde con el cambio de clima mejoraría su estado.

Exámen del enfermo. Su aspecto exterior denota sufrimiento; pálido demacrado y con los ojos hundidos parece en vísperas de un próximo fin.

La auscultación nada nos revelaba en sus pulmones. El examen de las narices, faringe nasal y bucal tampoco nos enseñaba lesión alguna y solo cuando fuimos á reconocer la glotis pudimos ver la imagen laringoscópica que nos mostraba las lesiones siguientes: 1.º, una terrible ulceración que ocupaba casi toda la epiglotis y se extendía por el repliegue arítено epiglótico izquierdo hasta llegar á la región arítеноidea; 2.º, una pequeña infiltración de dicha región pero sin ulceración ninguna.

Tratamiento. En vista de estas lesiones y los antecedentes del enfermo mandé hiciera unas pulverizaciones de

Acido láctico	8 gramos
Antipirina	4 »
Agua	300 »

2.º Toques de tintura de iodo en toda la parte ulcerada cuyos toques se hacían en la consulta, y los poli-ioduros al interior.

Desde los primeros días el enfermo fué mejorando de tal suerte que á los 12 días podía ya comer sin dolor, y al mes estaba completamente transformado, pudiendo en corto espacio regresar á América para dedicarse á sus antiguas ocupaciones.

Reflexiones Todos cuantos autores se han ocupado del tratamiento de la sífilis bien en sus manifestaciones secundarias, bien en las terciarias, están en un todo conformes en que en ciertos individuos ni el mercurio en el período secundario ni el ioduro en el terciario curan sus manifestaciones sifilíticas; es decir, que no todas las sífilis se curan.

Pues bien, ya que de lesiones terciarias hablamos hoy, veamos el por qué del fracaso del ioduro potásico en muchos de los enfermos sometidos á este tratamiento, entre los cuales fracasos podemos contar los tres enfermos cuya historia acabamos de relatar.

Mi particular amigo el Dr. Darsens, Jefe de clínica en el servicio de laringología del Sr. Natier en la Policlínica de París, hizo un estudio detenido sobre tan importante asunto y sirviéndole de base uno de sus enfermos, presentó una comunicación á la Academia Francesa de laringología en Mayo del 92.—La rápida eliminación del ioduro potásico en ciertos individuos está

bien demostrada por los mil experimentos que diversos profesores han hecho y los unos sin duda por los fenómenos de iodismo que en ciertos individuos se presentaba y los otros convencidos tal vez de que la asociación de otros ioduros hacía más activa su acción emplearon bien el ioduro sódico sólo ó bien asociado al ioduro potásico.

Esta rapidez de eliminación ha sido también, á no dudarlo, la causa de que, por una gran parte de profesores ante los fracasos del ioduro potásico suministrado á la dosis de 3 ó 4 gramos diarios, se hayan administrado enormes dosis de 15,20 y aun más gramos en las 24 horas; pues bien, he aquí lo que el Dr. Darsens dice en su comunicacion: «Si estos individuos que con tal rapidez eliminan el ioduro potásico se hacen sífilíticos y sífilíticos terciarios, claro está que en ellos no será el ioduro de ninguna utilidad; por tanto, hácese necesario buscar un medio para hacer que el ioduro pueda ser retenido por estos organismos y esto creo haberlo encontrado en la asociación de los ioduros.

La explicacion que de su acción doy es la siguiente: Los ioduros sódico y amónico son más solubles que el ioduro potásico:

Además, su analogía de constitucion química debe hacer suponer una misma acción electiva del riñon.

Por tanto, estos ioduros deben eliminarse antes que el ioduro potásico.

Además el riñon tiene la propiedad de elaborar la orina á una constante densidad.

Por consiguiente, mientras elimine del organismo los ioduros sódico y amónico, conservará el ioduro potásico.»

«Estas reflexiones, que pudo luégo comprobar por el análisis de las orinas, le indujeron á administrar la fórmula siguiente:

Ioduro potásico	} á á	15 grs.
Id. sódico		
Id. amónico		
Biioduro hidrargírico	5 centígrs.	
Agua	300 grs.	

El individuo que tomaba esta fórmula había antes sido tratado por medio de los mercuriales primero y por el ioduro potásico después sin que este medicamento diera el resultado que se quería. No obstante desde los primeros días de su nuevo tratamiento fué mejorando notablemente y al mes su curacion era casi completa.»

En mis tres enfermos ha sucedido lo mismo: dos de ellos habían tomado el ioduro y el otro es de creer, por la relacion que hacía, que fuera también tratado con ese medicamento: no obstante sus lesiones avanzaban y extendían rápidamente.

Lo que tal vez pueda llamar la atención en mis enfermos es que no administré la misma dosis que administra el Dr. Darsens y suprimí el biioduro hidrargírico.

Yo creo que en las manifestaciones terciarias lo primero son los ioduros pues como dice Zannier, más vale administrar solo el mercurio, cuando haya-

mos llegado al momento de suspender los ioduros.

El hecho de suprimir la mitad del ioduro sódico y amónico en una fórmula y obtener el resultado obtenido, viene á confirmar la acción marcadísima que tales ioduros tienen para hacer que se retenga el ioduro potásico y pueda ejercer su acción bienhechora.

Este modo de administrar el ioduro potásico viene también á demostrarnos que en el tratamiento de la sífilis terciaria no es necesario administrar grandes cantidades, puesto que hasta ahora, y creo pasar de 60 el número de sífilíticos terciarios por mí tratados, con un gramo diario de ioduro potásico, dos gramos de poliioduros, hemos obtenido, sin que faltara *ni uno*, un resultado satisfactorio.

Diremos para terminar que, si el ioduro potásico administrado á un enfermo no da resultado, ó su acción es muy lenta, debe asociarse á los otros dos ioduros, pues, como dice Darsens, «este tratamiento está llamado á prestar grandísimos servicios.»

Sr. García Esparza. Cree poder suponer que la sífilis del adolescente presentado pueda ser adquirida, en vista de que dicho niño, según referencias, ha acostumbrado beber el vino en los mismos vasos que dejaban ciertos parroquianos de la tienda de sus padres.

Hace notar que los entusiasmos por ciertas curaciones ó métodos especiales en la sífilis son muchas veces efímeros y engañosos porque, de no haber suma constancia, vuelven las lesiones á manifestarse aun á pesar de los más eficaces medios.

Así, sin negar valor positivo á esa asociación de los ioduros cree que, en sujetos de esa índole en que el ioduro potásico fuera más ó menos infructuoso, debe siempre y puede esperarse mucho con el empleo de las aguas minerales.

Arrese (D.) Rectifica sus conceptos expresando que la sífilis del adolescente presentado á la Academia debe ser hereditaria:

- 1.º Por razones de la ulceracion descrita.
 - 2.º Aunque nada se comprueba aparentemente en los padres, y estos niegan haber padecido de sífilis, no debe tenerse absoluta confianza en tales testimonios negativos.
 - 3.º Dos hermanitos de este han muerto de meningitis.
- Respecto al tratamiento se manifiesta absoluto en el mercurio para los accidentes secundarios, y el ioduro potásico para los terciarios, negando por completo valor terapéutico alguno á las aguas minerales en general, y aun á las ioduradas en vista de que, al fin, es mínima, en extremo, la cantidad que de ioduro puedan poseer.

García Esparza (Sr.) Confirma la idea contraria manifestando que no en esta cantidad más ó menos grande de ioduros, sino en modos de combinacion, acción eléctrica misma, en algo secreto ó desconocido de las aguas minerales naturales está su eficacia.

Ledo (Francisco) Aludido por el disertante anterior y prometiendo explicar en otra ocasión este punto, emite su juicio de que las aguas minerales, y más por tan-

to las sulfurosas y cloruradas, obran como antisifilíticas pero no precisamente *per se*, sino por su acción antimercurializante y eliminadora de productos en sujetos caquéuticos (sifilíticos ó de otra naturaleza); y en último resultado, más por sus materias orgánicas que por sus componentes químicos.

Espada (Diego). Reconociendo la eficacia del ioduro potásico en la sífilis, supone que la de los poliioduros debe ser mayor aún. ¿Lo es, dice, por acción misteriosa, especial, por algún *quid* inexplicable del preparado? Cree que no, y en este sentido atribuye los mejores resultados de esta asociación á las causas siguientes:

1.^a Porque, en general, al recetar el ioduro potásico sólo en un excipiente dado, no se pasa en la mayoría de los casos de 15, 20 y 30 gramos, siendo así que en la fórmula dada por el Dr. Darsens hay 45 gramos de ioduros para ser disueltos en un vehículo que ordinariamente no contiene más que una mitad del de potásico cuando se manda solo.

2.^a Fundado en el método químico de reconocimien-

to diagnóstico diferencial entre la hipoclorhidria é hiperclorhidria, mediante el que se dá lugar á la formación de ácido iodihídrico, y su comprobación en la saliva, cree como principal acción de los ioduros la debida á la formación del iodo en contacto con los jugos orgánicos.

3.^a A hora bien, dados los equivalentes de cada una de estas sales en la fórmula indicada de los poliioduros, los de sódio y de amonio, á igualdad de peso contienen más iodo: ó por mejor decir que 45 gramos de esos tres ioduros formulados contienen no precisamente más iodo que los 15, 20 ó 30 gramos, máximo de ioduro potásico que generalmente se receta, sino más iodo que 45 gramos del ioduro potásico mismo aun formulado en tanta cantidad.

Si á esto añadimos la asociación de la sal mercúrica tendremos aún con más motivo explicado el por qué de la mayor eficacia de esa asociación de ioduros, sin necesidad de recurrir á acciones especiales ó misteriosas de ningún género.

