

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Y DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA

Año XVI

Bilbao—Junio—1910

Núm. 186

Sumario

Trabajos originales: I. **Soltura**. La insuficiencia digestiva en los niños.
—II. **Zuazagoitia**. Pomada oftálmica de óxido amarillo de mercurio.—III. **Aparicio**. Resumen estadístico del curso 1909.

Academias y Congresos: 1) Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.—
2) Sociedad de Farmacia de París.

Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) **Gourdon**. Diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera en los niños.—2) **Vicg**. Las hemorragias gastro intestinales en los niños.—3) **Laumonier**. La pereza de los niños.—4) **Marotte**. Etiología de la fiebre tifoidea.

Sección profesional.

I.

La insuficiencia digestiva en los niños

por el

Doctor Soltura

Entre las diversas anomalías que ofrece el desarrollo orgánico dentro del claustro uterino, cuéntase la que corresponde al tubo digestivo en su función glandular, constituyendo una insuficiencia en el quimismo y motilidad que perturba el crecimiento de los niños.

Confundida esta modalidad anormal con las irritaciones y dispepsias que aparecen en aquéllos, á consecuencia de la mala leche ingerida ó el desorden alimenticio, ha venido á ser puesta en claro gracias á los especialistas doctores Hutinel, Comby, Marfan y Variot con sus observaciones clínicas.

Empezaron por fijarse en los niños de pecho, en los cuales apreciaron un síndrome especial caracterizado esencialmente por una intolerancia digestiva para la leche, á pesar de su buena calidad y de guardarse las reglas necesarias tanto en su cantidad como en las horas de ingestión, según la edad de cada niño.

El recién nacido que en los primeros días no ofrecía nada de particular en sus funciones, empezó á no poder soportar la leche y á devolverla en forma de vómito, tanto cuando se nutría mamando del pecho, como si se usara el biberón.

Si el niño tomaba leche de vaca, se solía incriminar á ésta el trastorno y era reemplazada por sus sucedáneas, tales como la burra, kefir, yogourth, suero, leche descremada, peptonizada, et-cétera, y sin embargo no eran bien toleradas.

El niño continuaba vomitando la leche y unas veces existía diarrea y en otras astricción; pero señalándose el adelgazamiento progresivo hasta grados más ó menos elevados. Los alimentos farináceos y los hidratos de carbono á los cuales se suele recurrir en estos casos, dan á veces resultados positivos y negativos en otros individuos. Después de algunos meses de lucha en esta situación, se manifiesta una especie de retorno en las funciones digestivas. Los síntomas de intolerancia se atenúan, luego desaparecen y el niño recupera lo perdido en alegría y peso de su cuerpo. La causa de este síndrome sería á juicio del Dr. Hutinel una secreción insuficiente de fermentos digestivos, corregida luego por el tiempo.

Esta intolerancia por la leche, hoy bien conocida en los niños de pecho, ha sido observada también por el Dr. Heubner, en niños destetados recientemente y en otros que apareció después de dos ó tres años.

Ahora bien, la manera como empieza á manifestarse esta insuficiencia en los niños ya grandecitos, es muy variable. Unas veces se produce en forma de una verdadera *catástrofe digestiva*: el niño hasta el momento en buen estado aparente, es acometido sin causa conocida, de una enteritis violenta, una especie de cólera infantil, que le destruye sus carnes en tres ó cuatro días. Bajo la influencia de un tratamiento oportuno, la tempestad pasa pronto, se está esperando el que la convalecencia sea un hecho, pero ésta no se confirma por cuanto la citada perturbación marca solamente el comienzo de la insuficiencia digestiva. En otros casos, su principio se muestra por un movimiento febril con ligera diarrea ó por síntomas vagos de inapetencia, pereza intestinal y adelgazamiento.

La evolución ulterior de la insuficiencia digestiva varía algo con la edad del niño.

Si se trata de un destetado, solamente después de algún

tiempo y cuando el régimen es todavía en su mayor parte constituido por la leche, se aprecian en él trastornos gastro-intestinales relativamente poco acentuados, como vómitos muy espaciados, constipación alternando con crisis diarreicas, meteorismo abdominal, eructos y emisiones frecuentes de gases por el ano. Lo que domina el cuadro clínico, y que se explica fácilmente por la dificultad en la alimentación, es el enflaquecimiento más ó menos graduado. A este propósito cita el Dr. Heubner, el caso de un niño que atacado á los 19 meses, sufrió la insuficiencia un año y tres meses, y á los tres años no pesaba más de once libras y no tenía fuerza para ejecutar movimiento alguno.

Los trastornos digestivos constituidos por estreñimiento alternante con diarrea, ofrecen al examen dureza, decoloración, fetidez y jabonosidad, mucha materia grasa con reacción alcalina, caracteres que indican que el niño no soporta la leche. Se suprime ésta y se emplean los farináceos é hidratos de carbono y entonces se aprecia un hecho verdaderamente típico. A cada cambio de régimen, el estado del niño mejora, el enflaquecimiento se detiene y se cree en una salud próxima; pero bruscamente sobreviene una *catástrofe* y en unos días el niño desmejora y el régimen instituido no lo tolera. Es preciso cambiar por otro, el cual corre igual suerte que su antecesor. Estas circunstancias duran meses, al cabo de los cuales, se restablece la normalidad.

En un segundo grupo de casos estudiados por el doctor Heubner, la situación, era más grave, pues los niños eran incapaces en absoluto de digerir la leche, ni los farináceos é hidratos de carbono ni siquiera en parte ó por algunos días.

Estos enfermitos, además de los síntomas ya expuestos, suelen tener después de cada ataque, astenia cardiaca, enfriamiento de las extremidades, temperatura inferior á la normal, pulso pequeño y lento con respiración profunda.

La diferencia clínica entre ambos grupos de niños insuficientes, se comprueba por el examen de las deposiciones. Así, en el segundo grupo, tienen éstas una reacción y olor ácidos que revela una insuficiencia digestiva para los hidratos de carbono. Para su curación lo que ha dado resultados progresivos, han sido el uso de la leche de mujer, á pesar de su edad mayor, y después prudentemente ensayados los diversos sucedáneos de la leche, la caseína, leche desengrasada, albúmina de huevo y el jugo de carne.

Cuando después de varios ensayos, interrumpidos por innumerables crisis, se puede pasar al uso de los farináceos y las grasas, hay que considerar la partida ganada salvándose el niño. Antes y después de este período, la administración de fermentos como las preparaciones de pepsina y pancreatinina parece que obran favorablemente.

¿Cuál es la patogenia de esta insuficiencia digestiva? A primera impresión se piensa en la tuberculosis ó en una infección micróbica de las vías digestivas y, sin embargo, el examen bacteriológico de las deposiciones y demás signos clínicos demuestran lo contrario.

A juicio del Dr. Heubner es debida tal insuficiencia á una debilidad congénita de los órganos y sistemas que constituyen el aparato digestivo, el cual cumple con su cometido cuando el trabajo que se le encomienda es proporcional á su potencia. Desde el momento en que aquel excede y muy especialmente si el niño es ya mayorcito, aparece el síndrome de protesta por incapacidad funcional. Sin embargo, en virtud de la ley general de adaptación unida al crecimiento del niño, se suele curar generalmente después de muchos sufrimientos.

II.

Pomada oftálmica de óxido amarillo de mercurio

por

Don Cándido de Zuazagoitia

Nos está llamando la atención, desde hace tiempo, el que los señores médicos oculistas receten la pomada que sirve de título á estas líneas en forma de especialidad, siendo así que su *perfecta* preparación no ofrece al farmacéutico grandes dificultades.

Son ya muchos, en efecto, los autores ó farmacéuticos que presentan esta pomada como *especialidad*. Bertault, Cusi, etc., etc. son los que hoy privan. Mañana serán ciento. Así es, que un médico pedirá de Cusi, otro de Bertault, etc. y después, Dios sabe de qué autor.

Yo no sé si tomar esto en serio ó dejar que circulen como una de tantas simplezas ó explotaciones; sin embargo, como se ha

escrito mucho respecto de la preparación de esta tomada, voy á hacer algunas observaciones acerca del particular.

¿Cuál es la razón de esta especialidad? ¿Acaso las *insuperables* dificultades que ofrece su preparación al farmacéutico en el despacho diario? No: lo que hay es que los médicos oculistas han observado que ciertas pomadas de óxido amarillo de mercurio producen dolores, algunas veces muy vivos, con irritación de la conjuntiva, y esto ha dado origen á esas especialidades. ¿A qué causas es debido, es decir, el que *algunas* pomadas de óxido amarillo de mercurio ocasionan esas irritaciones?

Dice Dufau que el óxido mercúrico puede desalojar las bases alcalinas de sus cloruros disueltos, y que esta misma reacción se determina, al aplicar las pomadas oftálmicas, por el cloruro de sodio contenido en las lágrimas; forma cloruro mercúrico y quedan en libertad porciones de sosa cáustica que, aun siendo mínimas, dada la inercia química de la vaselina para neutralizarla, producen los fenómenos de irritación con todas sus consecuencias (Llamo la atención sobre este hecho para lo que diré después).

«M. P. Knapp escribe que la pomada que nos ocupa, aun á dosis débiles, 1 por 100, determina casi siempre una irritación de la conjuntiva. Si se extiende una capa delgada sobre papel blanco y se mira por transparencia á la luz, se comprueba con lente, y aún á simple vista, la presencia de numerosos puntos rojos, que no son sino partículas no divididas de óxido amarillo, las cuales son causa de la irritación.»

Vamos ahora á otra tercera explicación que nos ha sugerido nuestra práctica.

El óxido amarillo de mercurio se obtiene precipitando una solución de cloruro mercúrico por la potasa ó sosa. La Farmacopea Española ordena prepararlo de la manera siguiente:

Cloruro mercurico	10 gramos
Potasa cáustica	6 »
Agua destilada	C. S.

Disuélvase por separado las dos sustancias en la cantidad de agua destilada necesario, viértase la solución del cloruro poco á poco y agitando en la potasa; déjese depositar el precipitado amarillo que se forma; lávese con agua varias veces, decantando el líquido claro. Escójase el precipitado sobre un filtro de papel; lávese nuevamente con agua destilada hasta que las aguas de loción no se enturbien con el nitrato de plata; deséquese entre pape-

les absorbentes á un calor muy suave (unos 30°) en la estufa; pulverícese finamente y consérvese en frascos resguardados de la luz.

La Farmacopea Francesa (Códex), la Mejicana y otras lo preparan exactamente igual. La Farmacopea Helvética y la de los Estados Unidos rocomiendan la sosa cáustica, que para el caso es lo mismo.

Ahora bien, si el óxido obtenido se lava *cuidadosamente y se porfiriza bien* y se emplea una vaselina *absolutamente neutra* (por ejemplo, la vaselina extra Lancelot) para preparar la pomada, pocas veces puede producir esas irritaciones de que nos hablan los oculistas; pero si el óxido ha sido *lavado incompletamente* y contiene por lo tanto, cantidades pequeñas, mínimas de potasa ó sosa, es indudable que ha de causar irritación.

Aquí está el defecto capital, á nuestro modo de ser, de la preparación. Hemos tenido ocasión de observar esto prácticamente.

Preparamos una pomada con óxido mercúrico amarillo, obtenido por nosotros, empleando las cantidades que indica la Farmacopea y haciendo un lavado *perfecto*. Esta pomada no produjo la menor irritación en multitud de aplicaciones.

Otra pomada, preparada con óxido procedente de una importante fábrica de productos químicos farmacéuticos, dió lugar á ligeras irritaciones. Lavado este mismo óxido *cuidadosamente* por nosotros y preparada la pomada, no ocasionó al enfermo la menor molestia.

Estos tres hechos prueban suficientemente que la causa de la irritación era, sin duda alguna, la sosa ó potasa que retenía el óxido como impureza; y como la vaselina no neutraliza esas cantidades de sosa ó potasa, aun en mínima cantidad, la pomada resultará irritante.

El empleo, pues, del óxido para pomadas exige una pureza rigurosa por la extremada sensibilidad del ojo, que no soporta ni la más pequeña cantidad de sus generadores. De aquí el que muchos farmacéuticos se hayan interesado en obtener un óxido en condiciones de perfecta pureza. A este fin se han ideado otros procedimientos.

Dufau recomendaba prepararlo siguiendo las indicaciones de M. F. Million, del modo siguiente:

Bicloruro de mercurio	100	gramos
Agua destilada	2000	»
Carbonato de potasa	125	»

Se disuelve el carbonato en 500 gramos de agua destilada, calentando hasta la ebullición; por otra parte, se disuelve el bicloruro en el resto del agua y se vierte poco á poco y sin interrumpir la ebullición la *solución mercurial* en la solución alcalina; se lava por decantación el precipitado hasta que el agua del lavado no contenga cloruro.

Se obtiene así un precipitado amarillo *anaranjado*, de apariencia amorfa, volatilizable sin residuo, fácilmente soluble en los ácidos débiles, sin desprendimientos gaseosos; el ácido clorhídrico da una solución perfecta y la solución nítrica no se enturbia por el nitrato de plata.

Al microscopio aparece como un polvo cristalino formado de pequeños cristales que se *porfirixan perfectamente*.

Parece ser que con este óxido se consigue obtener pomadas inalterables y *absolutamente indoloras*, puesto que el ojo puede tolerar pomadas al décimo sin presentar la menor irritación.

Este óxido se lava mejor y más rápidamente que el obtenido por los procedimientos clásicos, y esta es la explicación, sin duda de su bondad.

De todas maneras nos parece de buena práctica agregar un poco de lanolina para saponificar las pocas cantidades de alcalí que pudiera contener el óxido ó formarse, según la explicación de Dufau, aunque esto último consideramos poco verosímil.

Algunos recomiendan la fórmula siguiente, que da excelentes resultados:

Óxido amarillo anaranjado	1 gramo
Vaselina	8 »
Lanolina	10 »

Teníamos pensado entrar en algunas consideraciones acerca de las *especialidades* de esta pomada, pero lo dejamos por hoy porque este articulejo ha resultado más extenso de lo que deseábamos.

Bilbao, 10 de Mayo de 1910.

Médico Jefe, D. TEODORO APARICIO

		Clínica Médica - Niños				
		C	M	A		
Afectos médicos.	Generales infectivas	Tos ferina	3			
		Escarlatina		2		
		Sarampión	11	2		
		Tifus	2			
		Difteria	7	1		
	Locales . .	APARATO DIGESTIVO ANEJO	Anginas	2		
			Vegetaciones adenoideas	4		
			<i>Gastro enteritis.</i> . .	aguda	6	1
				crónica	4	1
			Laringitis	1		
		Bronquitis	8	1		
		APARATO RESPIRATORIO	<i>Bronco-pneumonías.</i> . .	sencillas	7	
				dobles	2	2
			Pleuresia seca con escoliosis consecutiva			1
			Tuberculosis pulmonar		1	1
APARATO NERVIOSO . .	Epilepsia				1	
	Meningitis tuberculosa			1 ^{sa}		
APARATO GÉNITO-URINARIO	Nefritis aguda	2				
		59	11	4		

Clinica Médica.—Niñas

Afectos médicos.

Generales infectivas

Tos-ferina	3		
Tifus.	1		
Difteria.	6	1	
Sarampión	7		

APARATO DIGESTIVO Y AÑEJO

Anginas	2		
<i>Gastro enteritis.</i>	2		
{ Aguda			
{ Tuberculosa con pe-			
ritonitis		1	
Abceso retrofaríngeo	1		
Laringitis aguda	1		
Bronquitis.	4	1	

Locales

APARATO RESPIRATORIO

<i>Bronco-pneumonías.</i>	4	4	
{ dobles.			
{ sencillas	2		
Pleuresias con derrame purulento	3		
Tuberculosis pulmonar			1
Meningitis tuberculosa		1	

APARATO NERVIOSO

Enfermedad de Lillte.			1
Corea Sidenham	1		

APARATO BASCULAR.

Estrechez é insuficiencia mitral			1
--	--	--	---

APARATO LOCOMOTOR.

Raquitismo			2
----------------------	--	--	---

APARATO GÉNITO-URINARIO

Nefritis aguda.	1	1	
-------------------------	---	---	--

Intoxicaciones

.	1		
-----------	---	--	--

C.	M.	A.
39	9	5

Clínica Quirúrgica.—Niñas

		C.	M.	A.	
Afectos quirúrgicos	Vicios de conformación	CONGÉNITOS	Pie zambo (doble)	1	
			Genus recurvatum	1	
			Hernia umbilical	1	
		ADQUIRIDOS	<i>Genu valgum raquítico.</i> { sencillo	4	
			{ doble	2	
			Región frontal	3	
	Lesiones traumáticas	HERIDAS CONTUSAS.	Región parietal	1	
			Herida á colgajo comprendiendo vulva, clitoris y monte de venus	1	
		FRACTURAS.	Fractura del cráneo	1	
			Supracondilia del codo izquierdo	1	
			del tercio medio del muslo izquierdo	1	
			de la pierna (tercio inferior)	1	
			Fractura y aplastamiento de los cuatro últimos dedos del pie izquierdo	1	
			Quemaduras de segundo grado (vientre y pecho)	1	
		Cuerpo extraño exofágico	1		
		Inflamatorias	DE LA PIEL Y GANGLIOS LINFÁTICOS.	Eczema de la cara y cuello	2
	Impético de la cara. Pénfigo generalizado				1
	•Ulceración vulvar.			1	
	Adenitis en diversas partes del cuerpo			7	
	<i>Suma y sigue</i>		31	1	

Afectos quirúrgicos } **Inflamatorias**

OSTEITIS.

Suma anterior.
 metacarpios 2.º y 3.º y 1.ª falange del pulgar . . .
 maxilar inferior . . .
 maxilar inferior (noma) . . .
 tuberculosa tibia izquierda . . .
 tuberculosa del frontal y pómulo derecho . . .
 osteo-periostitis del maxilar inferior derecho . . .
 tuberculosa del 4.º metacarpio mano derecha . . .
 del pómulo. . .

OTO-MAISTOIDITIS

simple . . .
 con parálisis parcial. . .
 con secuestro . . .
 con meningitis . . .
 con bronco-pneumonía. . .
 con enteritis crónica . . .
 otorreas. . .

OSTESARTRITIS TUBERCULOSA.

de la rodilla con trayectos fistulosos múltiples. . .
 de la rodilla con enteritis tuberculosa. . .
 de la cadera } primer periodo . . .
 } segundo periodo . . .
 Tumor blanco del codo con trayecto fistuloso . . .
 Mal de Pott con absceso por congestión . . .

C.	M.	A.
31	1	
1		
1		
	1	
1		
1		
1		
1		
4		
1		
2		
	2	
	1	
	1	
2		
4		
	1	
		2
		5
2		
	1	3
53	8	10

Clínica Quirúrgica.—Niños

		C.	M.	A.		
Afectos quirúrgicos.	Vicios de conformación	CONGÉNITOS.	Labio leporino	1		
			Pie zambo de tercer grado	1		
			Fimosis	1		
			<i>Hernias inguinales.</i> { derechas (una estrangulada) izquierdas » »	8		
				2		
		ADQUIRIDOS.	Genu valgum sencillo.	2		
			Genu varus doble raquíico	1		
			HERIDAS CONTUSAS. { del pie	2		
				de la frente (una con conmoción cerebral)	2	
				Gangrena seca del pie por compresión con un aparato ortopédico.	1	
	Quemaduras de 1.º, 2.º y 3.º grado en cara, cabeza y tronco	1				
	Lesiones traumáticas .	FRACTURAS .	del antebrazo	1		
			de los huesos de la nariz y etmoide (meningitis consecutiva).		1	
			del húmero	3		
			del muslo	4		
			del muslo, extensas heridas y contusión visceral múltiple		1	
			de la pierna	5		
			fractura del cráneo	2	1	
			metatarsianos y falange dedo pie	3		
LUXACIONES.	LUXACIÓN DEL CODO	1				
		1				
<i>Suma y sigue.</i>		41	3			

Afectos quirúrgicos.

Inflamatorias

DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR.

	C.	M.	A.
<i>Suma anterior.</i>	41	3	
Ezema impetiginoso de cara y cuero cabelludo	3		
Id. id. del vientre	1		
Ulceraciones tuberculosas pierna y pie en número de seis.	1		
Placas sifilíticas.	1		
Adenitis tuberculosas múltiples del cuello	1		
Id. de la ingle.	1		
<i>Flemones y abscesos.</i>	de la fosa ilíaca derecha	1	
	perineal	1	
	del muslo	1	1
	perianal con fístula.	3	3
	tuberculoso de la pierna dcha.	1	
del cúbito	1		
de la tibia derecha con secuestro	4		
del fémur	2		
de las escotillas 4. ^a , 5. ^a y 6. ^a en sus dos extremos anterior y posterior.		1	
tuberculosa metacarpo, tarso y dedos	3		
del maxilar inferior (uno con noma)	1	1	
Otorea doble.	1		
<i>Oto-mastoiditis</i>	con secuestro	7	
	con absceso cerebeloso doble		1
<i>Suma y sigue.</i>	75	6	4

OSTEO-MIELITIS.

			C.	M.	A.		
<i>Suma anterior</i>			75		4		
Afectos quirúrgicos {	Inflamatorias {	OSTEOARTRITIS .	Tumor blanco del codo	2			
			<i>Coxalgias</i> . {	primer periodo			3
				tercer » absceso fistuloso			3
			<i>Tumor blanco de la rodilla</i> {	primer periodo	4		
				segundo »	5		
				tercer »			8
			Tibio peroneo-tarsiana	6			
			<i>Mal vertebral de Pott</i> . {	dorsal			4
				lumbar			1
				cervical		1	
Sinovitis de la rodilla	4						
Tumores . }	Pólipos laríngeos		1				
			2				
Aparato génito-urinario . }		Parafimosis	1				
		Absceso urinoso	1				
		Cálculo vexical		1			
		Cistitis	1				
			101	8	21		

La mortalidad general ha sido de un 10 por 100

Operaciones practicadas.—Niñas

SECUESTROTOMÍAS.	{ del cúbito.	1
	{ del húmero	1
ORTESTOMÍAS.	{ del femur (por genu valgum) (1)	1
	{ Cuneiforme por piezambo	2
Pleurotomías		9
Tenotomía del trice femoral		1
RESECCIONES	{ del macilar inferior.	1
	{ del 4.º metatarsiano	1
	{ de la rodilla	2
Punciones lumbares		4
Intubaciones		4
Herniotomías		1
Esofagotomía		1
Trepanaciones mastoideas.		8
Amputación del muslo		1
Estirpaciones de ganglios: cuello axila é ingle		5
Raspados desbridamientos y punciones aspiradoras: vacías.		40

(1) Uno operado por el auxiliar de la clínica, Sr. Laguna.

Operaciones practicadas.—Niños

Circuncisiones		3	
RESECCIONES	} de la cadera	1	
		metatarsianos	3
		de la rodilla	1
		del codo	1
TIROTOMIA	} de las costillas	1	
		Pólipos laríngeos	1
TREPANACIONES	} mastoideas	8	
		de la tibia	1
		del cráneo	1
Raspado de vejetaciones adenóideas		4	
Secuestrotomías		6	
AMPUTACIONES	} del muslo	2	
		del dedo índice	1
		del antebrazo	1
Talla hipogástrica		1	
Intubaciones		4	
Traqueotomías		4	
Herniotomías (cura especial) (1)		10	
Hidroceles: punción é inyección		2	
Queiloplastias		1	
Punciones con aspiración é inyecciones modificadoras		12	
Fístulas de ano		4	
Osteoclasia manual		2	
Tenotomías por piezambos		2	
Desbridamientos y raspados: varios			

(1) Dos han sido operados por el auxiliar de la clínica Sr. Laguna.

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 25 de Febrero de 1910

Preside el Sr. Entrecanales

Sr. Díaz.—Presenta el siguiente caso clínico: Trátase de una señora casada, de 27 años de edad y que ha tenido cinco partos á término. No tiene antecedente alguno de familia y tan solo una hermana suya suele padecer crisis histeriformes.

Por su parte, nunca ha estado enferma, y todo lo más que ha sufrido ha sido alguna ligera crisis nerviosa especial sin dejar huella alguna en su organismo. En la esfera genital existe una metritis crónica.

Parió hace un mes teniendo un puerperio excelente, levantándose de la cama en tiempo oportuno sufriendo una ligera hemorragia sin importancia.

De pronto, al mes de haber parido, un día sufre un accidente caracterizado por una extraña sensación de vacío y un violento dolor al nivel del epigástrico, cuyo dolor se irradiaba á ambos lados y atrás, acompañado de intensa palidez, angustia, estado sincopal, pero con pulso normal y completo. El dolor no se extendía ni á los brazos ni al mango del esternón ni á las mamas.

Este dolor se ha tratado con éxito mediante una poción de éter y valeriana y una inyección de morfina, desapareciendo el dolor y las consiguientes molestias.

La enferma dice que hace muy pocos dias tuvo algo parecido, pero que pasó al momento; pero por lo demás, á la auscultación de los pulmones no se notaba nada de particular y únicamente en el foco de la arteria pulmonar se percibía un ligero soplo de significación casi nula.

Opina que se trataba de una angina de pecho de orden vascular y de naturaleza refleja.

Sr. Entrecanales.—Cree que esta enferma es susceptible de padecer cualquier trastorno nervioso por su lesión uterina.

Traza un cuadro diferencial entre la angina de pecho verdadera y la falsa, y entiende que en este caso se trata de una verdadera crisis nerviosa ó quizás de una neuralgia intercostal, cosa frecuente en las enfermas de la matriz.

De todas las maneras este caso, bajo el punto de vista del diagnóstico, da lugar á dudas.

Sr. Diaz.—El dolor se irradiaba algo hasta la mano izquierda.

No cree que pueda ser una neuralgia intercostal por la falta de puntos dolorosos.

Sr. Alberca.—*Sífilis infantil.*

El Secretario General,
C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 4 de Marzo de 1910

Preside el Sr. Entrecanales

Sr. Alberca.—Presenta el siguiente caso de «Parálisis por proceso tuberculoso del cerebro.»

Caso de «Sífilis infantil.»

Sr. Entrecanales.—Dice que el Sr. Alberca ha hecho una reseña exacta de la sintomatología de esta afección. Habla de la concomitancia entre el raquitismo y la sífilis, opinando que muchas veces coinciden y hasta pueden confundirse.

En efecto, la sífilis puede atacar á los huesos en la misma ó parecida forma en que lo hace el raquitismo, dando lugar á procesos de osteo-condritis, muy parecido en ambos casos, además de las de raquitismo, pero el raquitismo precoz es muy raro, de donde sacaremos la conclusión de que el niño precozmente raquítico, lo más seguro será considerarlo como sífilítico.

En otro orden de ideas, Parrot considera la sífilis como la única causa del raquitismo; opina que Proz parece muy exclusiva. Sin embargo, la heredo-sífilis posee una influencia raquítica muy cierta, sobre la cual ha insistido M. Maspou últimamente. El raquitismo de origen sífilítico presenta, según él, ciertos caracteres especiales que permiten sospechar su origen: 1.º se distingue por la *precocidad de su aparición*, pues comienza antes del 3.º ó 4.º mes de la vida. 2.º sus manifestaciones *atacan principalmente á la cabeza* produciendo lesiones que la hacen adoptar la forma de cráneo tabes y más tarde la de cráneo natiforme. 3.º coincide generalmente con una *anemia* muy marcada; y 4.º se acompaña casi siempre de una *hipertrofia del bazo* que puede ciertamente existir en el raquitismo sífilítico, pero que sobre todo es predominio de la heredo-sífilis se acompañe ó no de raquitis-

mo. Antes de la edad de un año la hipertrofia crónica del bazo se presenta en los dos tercios de los casos, por lo menos, en la sífilis hereditaria.

Además, últimamente fué considerado el llanto constante y tenaz del niño como un signo de sífilis hereditaria. Se ha tratado de explicarlo por las distintas lesiones óseas que el niño sífilítico padece y que pueden ser dolorosas.

La profilaxia de la sífilis transmitida por el niño, está en la lactancia materna, y cuando ésta no sea posible en la artificial; nunca por nodriza que pudiera ser contaminada.

Sr. Orive.—Considera el coriza sífilítico del niño como un síntoma precioso del diagnóstico, á pesar de la posible confusión en el coriza purulento

Sr. Entrecanales.—En punto á la profilaxis de la sífilis infantil, debiera exigirse á la nodriza viniera con un certificado del médico de su pueblo, en que aquél, bajo su responsabilidad digera que la individua en cuestión y su familia no padecen sífilis.

Caso de «Miocarditis»:

Sr. Entrecanales.—Refiriéndose al enfermo objeto de este caso, dice que á los 3 ó 4 días en que él lo vió, tuvo una hipotermia intensa aumentando el número de pulsaciones. Esto motivó otra consulta dando lugar entre otras cosas á que se analizara la niña que resultó normal.

Actualmente sigue el enfermo, sobre poco más ó menos, igual, aunque él opina que va mejor.

Hace algunas consideraciones acerca de la miocarditis y de las lesiones nerviosas del corazón y habla de la teoría de Huchard, acerca de la excitación que efectúan las lesiones superficiales de la mucosa digestiva sobre el corazón.

El tratamiento es el de las inyecciones de aceite alcanforado, con el que parece que el enfermo va mejor.

El Secretario general,

C. MENDAZA.

Sesión celebrada el día 11 de Marzo de 1910

Preside el Sr. Entrecanales

Sr. Orive (M.)—Presenta el siguiente caso de «Sinusitis fronto maxilar crónico»:

Se trata de una mujer de unos 45 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de importancia: se presentó en mi consulta quejándose de una ligera obstrucción nasal acompañada de derrame purulento por la fosa nasal izquierda, dolor á la presión á nivel del pómulo y una acentuada cacosmia.

Pasé á reconocerla, y por rinoscopia anterior, no encuentro otra cosa de particular que la presencia de cierta cantidad de pus en el meato inferior; limpio con el porta-algodón dicho meato; mando inclinar hacia adelante fuertemente la cabeza de la enferma y al cabo de un par de minutos vuelvo á encontrar gran cantidad de pus en la fosa nasal, por lo tanto, el signo Fraenkel es positivo: la enferma me dice que ha tenido dolores de muelas; el primero y segundo molar superiores izquierdos los tiene en muy mal estado; mando á la enferma que vuelva á la noche con objeto de hacer la transiluminación del seno maxilar; y en efecto, pudimos apreciar una muy marcada opacidad en el lado izquierdo, luego el signo de Heryng también es positivo; el de Robertson también pude apreciarlo por cierto con una diferencia notabilísima, pues mientras la fosa nasal derecha se presentaba muy iluminada, la izquierda era de una opacidad casi absoluta. En vista de los signos de Fraenkel, de Heryng, de Robertson y del dolor á la presión á nivel del pómulo, formulé el diagnóstico de empiema del seno maxilar é instituí el tratamiento siguiente: primero, intenté hacer el lavado del seno por el conducto natural con la cánula de Hartmann pero no pude conseguirlo; entonces mandé á la enferma á la clínica de un dentista para que le extrajera el primer molar que era el más estropeado con objeto de perforarle luego el alveolo y lavar el seno, y efectivamente, al siguiente día con el trocar de Botey perforé el alveolo y con una cánula en forma de bayoneta, lavé el seno con una solución de formalina al milésimo, la cual salía por la nariz mezclada con alguna cantidad de grumos purulentos; taponamiento consecutivo del alveolo con un taponcito de caucho; al día siguiente retiré el taponcito y lavé nuevamente el seno en la misma forma que el día anterior, así continué haciendo los lavados cuotidianos con la solución de formalina durante veinte días, dejando poco á poco que se cerrara la perforación alveolar; á los veinticinco días de la intervención, ó sea cinco días después de terminar los lavados, cuando ya estaba casi ocluída y cicatrizada la herida alveolar, comienza de nuevo á echar por la fosa

nasal izquierda y por el alveolo algo de pus, es decir vuelven los signos de Fraenkel, Heryng y Robertson, que durante los lavados habían desaparecidos; agrando la perforación alveolar y vuelvo á lavar el seno en la misma forma que anteriormente con la única diferencia que despúes de los lavados de formalina inyecto en el antro una pequeña cantidad de solución de cloruro de zinc al cinco por ciento, terminando con un lavado de agua salada para arrastrar del seno la solución caústica; continúo con este tratamiento y la enferma mejora otra vez rápidamente, en vista de esto, comienzo á suprimir paulatinamente las curas haciéndolas en días alternos, luego cada dos días y después cada tres, pero antes de que la herida alveolar se cicatrizara por completo, vuelve á infectarse el antro y comienza con toda la sintomología anterior.

Y ahora se me ocurre preguntar: ¿es que no se ha curado de la primera infección? ó ¿es que se ha re infectado por la herida alveolar?; lo probable es lo último; y ocurre que al labrar comunicación entre el seno y una cavidad tan séptica como la boca, en cuanto dejemos de lavar el seno con la solución antiséptica, se vuelve á infectar por dicha cavidad á través del alveolo perforado, y como para que cicatrice y cierre la perforación alveolar tenemos que suprimir los lavados, pues en el caso contrario nosotros mismos con las cánulas impedimos dicha cicatrización, nos encontramos en el siguiente círculo vicioso: si suprimimos los lavados, se cicatriza la comunicación alveolar pero se infecta el seno, y no hemos conseguido nada, y si los continuamos, no se cicatriza jamás la comunicación.

Y en vista de esto, termino preguntando, ¿debe desecharse para siempre el tan corriente tratamiento de los empiemas maxilares crónicos de los lavados por la perforación alveolar?

Sr. Otaola.—Voy á decir dos palabras acerca de las sinusitis á propósito del caso presentado en la sesión pasada por el señor Orive, por haber intervenido en algunos casos.

No voy á hacer la historia del tratamiento de las supuraciones del seno maxilar, que es bastante curiosa, pues sucesivamente ha sido del dominio de los cirujanos, de los dentistas y últimamente de los sociólogos; voy solamente á ocuparme de un tratamiento haciendo antes unas aclaraciones.

Las supuraciones del seno maxilar pueden ser de origen dental y de origen nasal, aparte de las que provienen de infección

del seno por traumatismo, cuerpos extraños, lesión orgánica de venciencia como cáncer ó tuberculosis, que son relativamente raros.

Estas dos órdenes de supuraciones del seno maxilar se han confundido siempre y hoy se pretende diferenciarlas y hacer dos especies completamente distintas: distintas por la patogenia, por la anatomía patológica, la clínica y las indicaciones terapéuticas según Lermoyer.

Por la patogenia: Las sinusitis dentales son propiamente empiemias, es decir, depósito de pus; las sinusitis nasales son abscesos, es decir, fábrica de pus. En las primeras el pus se deposita en la cavidad del seno; en las segundas se forma: allí de procedencia extraña; aquí natural.

Distintas anatómicamente: En las empiemias las paredes del seno maxilar están sanas; en los abscesos están alteradas; la mucosa que las remueve está fungosa y ulcerada.

Distintas clínicamente: El empicema no es más que un hecho sin gravedad en el curso de una afección; el absceso y la sinusitis verdadera es una afección grave y tenaz.

Distintas terapéuticamente: La avulsión de un diente enfermo, de una raíz, de un secuestro alveolar, bastan para curar la empiema, mientras que el abuso no se cura más que por una intervención.

Esta discusión se presta á confusiones y es muy difícil distinguir una sinusitis maxilar crónica de causa busal, porque sus lesiones son análogas y no se puede apreciar si estas supuraciones obedecen á una ú otra causa.

Cualquiera que sea la causa de la infección del seno, voy á limitarme á la pregunta del Sr. Orive, respecto de su tratamiento. Antiguamente se practicaba la operación llamada de Cowper-Drake, que consistía en perforar el fondo del alveolo y la colocación de un tubo ideado por Thomas Bell, por donde se practicaban las irrigaciones y al mismo tiempo se impedía la entrada de los alimentos en el seno, empleando diversos medicamentos detersivos y modificadores. Este es el tratamiento empleado por los dentistas hasta hace no muchos años.

Pero estando aceptado por todos que la cura quirúrgica de la sinusitis está en el raspado de esa cavidad, hoy todos la practican, llamándose operación de Lamovier-Desault, la que consiste en abrir una brecha por la fosa canina y hacer el raspado

y el drenaje por la boca; y la operación de Caldeu-Luc, que consiste en abrir y raspar por la boca y drenar por la nariz.

La brecha que se debe abrir por la fosa canina debe ser lo necesariamente ancha para poder inspeccionar minuciosamente y respasar en toda la extensión de la cavidad.

La trepanación y el raspado del seno maxilar por la fosa canina no tiene ningún peligro apreciable por hemorragia, aun cuando en la operación la sangre abunda de una manera muy copiosa. Esta sangre proviene de la sección de una pequeña arteria que circula por la pared anterior de la fosa canina á la sección de una ramificación de la sub-orbitaria y sobre todo al raspado de las fungosidades, pero esta hemorragia no tiene más inconveniente que el de obscurecer constantemente el campo operatorio.

La abertura se debe hacer grande, pues la experiencia demuestra que las aberturas de la boca, sobre todo cuanto más pequeñas tardan en curarse mucho más tiempo que las grandes.

En una palabra, la operación Lamonier-Desault, seguida de algunos lavados y dejando la herida quirúrgica de la boca á su cicatrización espontánea, me parece la mejor, y no tengo más que decir.

Sr. Orive.—Para él son más importantes las sinusitis procedentes del seno maxilar que las nasales, por ser más graves.

Entiende que es mal procedimiento el de la perforación de la fosa canina con raspado del seno, por dejar al descubierto el antro, que tarda mucho tiempo en curar.

Para él es buen procedimiento el americano del Dr. Lambard, que describe como el más adecuado á este objeto.

Pero á pesar de todo creo que no hay derecho para intentar de buenas á primeras un procedimiento tan radical como es el del raspado del seno que casi constantemente da buen resultado, pero que mutila bastante. Cree que puede intervenir de manera menos cruenta practicando una perforación por el meato inferior y limpiar el seno mediante una sonda introducida por la perforación y ver de terminar la inyección con este procedimiento. Si con esto no se logra nada, estaremos sautorizados para intervenir más radicalmente.

Sr. Cantero.—El hace todas las intervenciones por la nariz, siempre que no se trate de nimesitis reciente.

Sr. Otaola.—Si se trata de un absceso bastará con evacuar

el pus, extrayendo antes el diente. Si existe una sinusitis, cree que la intervención debe ser más radical.

El Secretario General,
C. MENDEZA.

Sociedad de Farmacia de Paris.

Sesión anual celebrada el 5 de Enero de 1910

El Secretario M. Carette da lectura á la Memoria correspondiente al año 1909.

Informe sobre el premio á las tesis presentadas, (sección de ciencias físico-químicas:) Medalla de oro á la tesis de M. Charles Guillaumin: *Estudio químico y farmacológico de los timoles derivados de los ácidos creosotínicos* y medalla de plata á la de M. Olivier Ferrier titulada, *Acción de las aguas poco-mineralizadas de la región bretona sobre las canalizaciones de plomo y de hierro: estudio químico y bacteriológico del agua de Vitré.*

Id. Sección de Ciencias naturales: Medalla de oro á la tesis de M. Albert Rousselet, *Quimismo intestinal de las grasas alimenticias y su dosificación en coprología.*

Informe sobre el *Premio Vigier*: La Comisión propone se otorgue á M. Lesure por su trabajo sobre la *Esterilización de las soluciones medicamentosas.*

Discursos de M. G. Patein, Presidente saliente, y de M. Paul Thibault, Presidente para 1910.

Lectura y aprobación de cuentas.

Sesión ordinaria celebrada el 5 de Enero

Preside M. Thebault (P. E.)

Correspondencia impresa y escrita.

Experiencias sobre los elixires de pepsina.—A. Petit y L. A. Petit, comunican á la Sociedad las experiencias que hace seis años están verificando sobre los elixires de pepsina.

Método de determinación indirecta de la riqueza bacteriana de la leche de vaca, por M. Sarthou. Está basado sobre la medición de la *catalasimetría de la leche* y que permite apreciar pequeñas alteraciones microbianas en este alimento.

Sub-nitruro de carbono.—M. Moureau y Bongraud han obtenido este cuerpo deshidrando la diamida, C. O. N. H.²—C. III C.—C. O. N. H.² Siendo el cianógeno un nitruro de carbono,

C.² N.²), han denominado al nuevo cuerpo (C.⁴ N.²) *sub-nitruro de carbono*.

Sobre el elixir de terpina.—M. Herisey manifiesta que los ensayos verificados con diversos elixires de terpina conteniendo como indica el Codex 1,25 grs. de terpina por 100 gramos de elixir de Garus, todos han cristalizado después de algunos días cierta cantidad de terpina: según su opinión debía rebajarse la proporción á un 1 por 100: intervienen en la discusión M. M. Crinon y Bourquelot.

El Presidente declara vacante una plaza de *Miembro correspondiente*.

Informes de Comisiones.—Nombran á M. M. Dejean y Que-riant miembros correspondientes nacionales y á M. Firbas (de Viena) id. extranjero

Sesión celebrada el 2 de Febrero

Presidente M. Paul Thibault

Correspondencia impresa y escrita:

Sobre una muestra de un masticatorio americano, el «Chicle» de origen mejicano, por M. Bocquillon; esta goma resina fluye espontáneamente ó por incisión del tronco del *Acras sapota*, de la familia de las Sapotáceas que crece en Méjico y Guatemala: es soluble completamente en el sulfuro de carbono, éter de petróleo y cloroformo; el alcohol disuelve el 55 por 100, el éter el 44, la acetona el 47, el ácido acético el 55, el benzol el 65, la esencia de trementina el 80.

Esta primera materia se funde en agua caliente y después de malaxada y laminada, se emplea como masticatorio para aumentar la secrección salivar y favorecer la digestión y para obturar los dientes cariadados.

Análisis de diferentes muestras de agua de laurel-cerezo, por M. Bourquelot: según resultados de repetidos análisis hechos por M. Bridel sobre diversas muestras de agua de laurel-cerezo, se observa que todas acusaban una disminución notable en ácido cianhídrico confirmando observaciones anteriores hechas por M. Leger, quien observó que las aguas de laurel-cerezo de título elevado se conservaban mejor.

M. Bourquelot opina que el agua de laurel-cerezo deb: renovarse con mucha frecuencia, lo mismo que las demás aguas destiladas.

Proyecto de modificación de Estatu.

Revista de Revistas.—Bibliografía

1). Gourdon. Diagnóstico precoz de la luxación congénita de la cadera en los niños.

La luxación congénita de la cadera, carece de existencia real en la mayoría de casos observados, puesto que en el momento del nacimiento no se la aprecia, sino que se produce al dar los primeros pasos el niño con el objeto de aprender á andar sin ayuda de persona alguna, á los 16, 18, 20 ó más meses, según el tipo fisiológico de cada individuo.

En casos muy raros ha podido hacerse el diagnóstico de la luxación coxo-femoral antes de que el niño haya andado, gracias á la atrofia y acortamiento de uno de los miembros inferiores. La contractura de los músculos pelvi-trocanterianos, así como también la mala costumbre de algunos padres que hacen saltar sobre sus rodillas á los niños puestos de pie prematuramente, parecen haber determinado la ascensión del fémur. De todos modos, el diagnóstico de la luxación nunca se ha verificado antes de los seis meses y por tanto no existe la pretendida congenitalidad de la afección.

Lo que existe al nacer son las malas conformaciones que pueden dar lugar á que el fémur se disloque bajo la influencia de la fuerza impresa de abajo hacia arriba en la posición vertical. Hay dos suertes de aquellas á saber: detención en el desarrollo de la cavidad cotilóidea y de la extremidad superior del fémur: dirección anormal de la cavidad cotilóidea y del cuello femoral.

Existe siempre una disminución en los diámetros y atrofia de la ceja cotilóidea siendo la dirección de la cavidad más vertical que normalmente. Los desórdenes del cuello, aunque menos frecuentes, se reducen á su atrofia y dirección en valgus y anteversiones. Tal es el estado anatómico de una articulación susceptible de lujarse al ponerse el niño á dar sus primeros pasos.

Estas alteraciones esqueléticas, aunque pueden apreciarse por la radiografía, no es sin embargo fácil de ejecutarla, en atención á que el niño sinó está anestesiado ó muy dormido no tiene quietud suficiente, y por otra parte hay que ser un radiógrafo hábil para interpretar bien las purebas en una edad en la que la osificación siendo incompleta se sepa distinguir lo normal de lo patológico.

Ante ésta situación ¿hay otros signos clínicos que descubran la existencia de una luxación coxo-femoral presente ó en perspectiva? El Dr. Lprentz á pesar de su competencia en el asunto, sobre mil niños

examinados, no ha podido encontrar signo alguno seguro capaz de darle una indicación útil.

El Dr. Hoffa da cierta importancia á ciertos ruidos de crepitación que se provocan moviendo el muslo en aducción y luego en extensión debidos al frote de la cabeza del fémur contra el reborde cotiloideo posterior estando relajada la articulación.

Sin embargo, hay que confesar que estos ruidos tienen que ser fuertes para poder ser oídos á distancia y no constituyen un signo constante. Existen en algunos cojos de nacimiento ciertamente; pero hay muchos más de lujados que nunca han dado estas señales.

Otro signo más frecuente es el del Dr. Peter Bade. Se le acuesta á un niño sobre el dorso con los miembros inferiores extendidos paralelamente; se observa que además del pliegue inguinal, existen otros dos sobre sus muslos: el uno superior de los aductores situado entre la vaina de los muslos aductores el triceps femoral que se dirige de arriba hacia abajo y de delante atrás. El otro menos pronunciado, se encuentra á la altura de la rodilla y está situado más hacia adentro que el anterior. La dirección del pliegue superior es sumamente interesante: cuando en un niño normal se aproximan igualmente, los dos muslos extendidos y colocados el uno contra el otro, se vé que la parte inferior de los dos pliegues de los aductores, se confunden; pero si existe un desorden anatómico, congénito de un cadera, la parte inferior del pliegue citado correspondiente al lado malformado está remontado y más pronunciado el surco que el del lado sano.

El signo de Peter Bade no obstante su importancia diagnóstica en las malas conformaciones de la articulación codo-femoral, no sirve más que el caso unilateral por hallarse basado en la comparación de los pliegues aductores estableciendo la diferencia con los del miembro que se halla en estado normal.

El Dr. Gourdon emplea una maniobra sencilla encaminada á descubrir si existe ó no una movilidad exagerada de la cadera. Desde el momento que ella se manifieste en un niño exento de todo sintoma paralítico, no puede menos de atribuirse dicho fenómeno á una mala conformación de las partes que constituyen la articulación.

Estando el enfermito acostado sobre el lado izquierdo si se trata de examinar la cadera derecha, se flexiona el muslo derecho hasta la línea horizontal y se le imprime un movimiento de aducción suficiente para permitir á la rodilla el descansar sobre el tablero de la mesa. La pierna á su vez se dobla en ángulo recto sobre el muslo. Se coge luego la parte superior de la tibia entre los dedos pulgar é indi-

ce de manera que se asegure ó fije la posición constante de flexión rectangular de la pierna sobre el muslo: los demás dedos y la palma de la mano abrazando la parte inferior del fémur hacen sobre esta parte un movimiento de rotación interna. Si la articulación de la cadera es normal, la rotación interna del fémur será limitada y la pierna no podrá describir más que un ángulo de 60° poco más ó menos, á partir del plano de la mesa: si la articulación está mal formada, la rotación interna del fémur será completa y la pierna alcanzará en la posición vertical á 90° en relación en la mesa.

Para verificar bien esta exploración de la cadera, hay que poner cuidado en hacer descansar constantemente la rodilla del niño sobre la mesa y provocar lentamente el movimiento de rotación interna y de una manera exclusiva sobre la parte inferior del fémur.

Este signo de rotación interna exagerado del fémur es útil no solamente para el diagnóstico de la dislocación articular resultante de malas conformaciones congénitas de la cadera en el niño, sino también para descubrir los trastornos de movilidad de esta articulación debidos á otras afecciones, principalmente de la parálisis infantil cuando todavía no hay signo alguno de ascensión del fémur.

Por lo demás, siempre que la pierna no se eleve más de 60° , la cadera es normal. Cuando pasa de 70° se puede asegurar que la movilidad de la cadera es anormal y deben investigarse sus causas tales como el reglamento de la cápsula, malas conformaciones atermadas de la cavidad cotloidea, anteversión del cuello del fémur ó defectuoso apoyo de su cabeza. Si la pierna llega á los 90° sobre la mesa, la dislocación articular es cierta.

En suma: disponemos de tres signos diagnósticos del estado preparatorio de luxación de la cadera, á saber: las crepitaciones articulares, la desigualdad de los pliegues de los aductores y la rotación interna exagerada del fémur, siendo de ellos los más constantes los dos últimos. El signo de Peter Bade no sirve más que en el caso de unilateralidad de la afección y el de rotación exagerada del fémur es fijo en todo caso sencillo ó doble.

Cuando esta triada sintomática existe, se puede tener seguridad en el diagnóstico de una mala conformación de la cadera de origen congénito y pronosticar la aparición ulterior de la luxación coxa-femoral.

2) **Vicg.** Las hemorragias gastro-intestinales en los niños.

Estas hemorragias, afortunadamente tan raras como las del ombligo, reconocen una gravedad suma por ignorarse la causa que las determina.

Hacia el segundo día del nacimiento, y rara vez más tarde, se percibe por la madre ó nodriza una mancha de sangre en la almohada de la cuna de color negruzco y coagulada procedente de algún vómito del niño. Suele ir precedida de alguna agitación anormal ó de un síncope. El niño rehusa á mamar, sus facciones se alteran, las carnes se vuelven blandas, su piel toma el color de la cera, el cordón se deseca etc. etc. Estas hematemésis suelen ir reemplazadas por melena más ó menos abundante en las heces fecales, las que á veces son líquidas con una aureola rosada. Hay casos en que se expulsan coágulos y en los casos muy graves, la sangre sale roja y en abundancia al moverle al niño. La temperatura de este ya anemiado baja á 35° y menos. La observación atenta de esta tiene una gran importancia puesto que si la baja se acentúa es que la hemorragia continúa y por lo contrario, si aumenta el enfermito puede curarse, si á la vez mejoran las heces fecales cambiando de aspecto negruzco por el de verde sin estrias de sangre.

Los tratamientos aconsejados son muchos, pero el más sencillo y racional es el del reposo absoluto del cuerpo y del tubo digestivo según el Dr. Wallich; desarrollado del modo siguiente:

- 1.º Suprimir toda alimentación.
- 2.º Dejar acostado al niño y no moverle casi nada ó lo puramente preciso para mudarle de ropa.
- 3.º Darle cada hora ó dos, una ó dos cucharadas de agua hervida templada para calmarle la sed y evitar su deshidratación.
- 4.º Mantener la temperatura del cuarto á 18°.
- 5.º Envolver al niño en franelas calientes y colocar alrededor de su cuerpo botellas de agua caliente protegidas de un lienzo.
- 9.º Observarle bien el pulso, la temperatura y las deposiciones.
- 7.º Si el pulso baja y la temperatura disminuye y el estado del niño hace temer su muerte, hay que recurrir á la adrenalina, según aconseja el Dr. Champetier de Ribes y Sentec:

Dpe.

Clohidrato de adrenalina	1 gramo
Solución de suero fisiológico	1.000 »
Cloretona (para mantener limpia la solución)	5 »

Dve.

Para tomar cinco gotas de la solución en 30 gramos de agua, por cucharadas de café cada hora. Podrán darse hasta 40 gotas en las 24 horas.

8.º Volver á la alimentación alternando la leche con el agua hervida, cuando las heces sean normales.

9.º Cuando los antecedentes del niño hicieran creer en una sífilis hereditaria, se darán fricciones mercuriales, según costumbre, ó una cucharada de café por día, del licor de Van. Swieten.

3) **Laumonier**, La pereza de los niños.

Existe una idea equivocada y muy extendida entre el público, el que la pereza ó haraganería de los niños, es casi siempre voluntaria y premeditada siendo en realidad todo lo contrario.

Una prueba de ello es la comunicación sugestiva que el autor ha presentado el año pasado ante la Sociedad de Hipnología y Pisiología de París.

Empieza el Dr. Laumonier por demostrar, que la pereza no es en absoluto el resultado de una determinación voluntaria como creen los maestros, sino que constituye en la mayoría de casos, una perturbación mórbida provocada por falta de vitalidad en los órganos y que no reaccionan, por consiguiente, de una manera ordenada ante las excitaciones normales. La pereza en efecto, se halla caracterizada por una alteración de las funciones digestivas y particularmente de las hepáticas, por una disminución de la tonicidad muscular y nerviosa, por el descenso de la presión vascular, la suavidad de los latidos cardiacos, el retardo en el signo de la cesación de la contractilidad muscular y la disminución más ó menos marcada de la sensibilidad cutánea, de la agudeza visual y auditiva, síntomas todos que se traducen en las orinas por una disminución absoluta de los cambios nutritivos con un aumento relativo del coeficiente de toxicidad y desmineralización.

El origen de este estado, demuestra que es debido al heredo-artrismo, según se ve en estadísticas curiosas que el autor presentó. El 80 % de los niños perezosos graves, es decir, de los que son en la escuela, casa y aún en el juego, tienen padres que ofrecen alguna manifestación artrítica, gota, obesidad, diabetes, litiásis, reumatismo, eczema, jaqueca y pricastenia. Por consiguiente, la pereza representa uno de los síntomas de la insuficiencia funcional generalizada que caracteriza la fase terminal del ciclo artrítico.

Inspirándose el Dr. Laumonier en esta patogenia, propone el tratar la pereza, no como se ha venido haciendo hasta hoy con castigos inútiles y peligrosos, sino por medio del descanso físico psíquico.

Siendo la pereza una defensa inconsciente contra las excitaciones para las cuales el organismo es incapaz de reacción, debe ser tratada

con las precauciones que reclama la fragilidad orgánica. Las excitaciones que sufra deben ser proporcionales á su capacidad de resistencia.

La mayoría de los araganes y grandes perezosos son dispépticos gastro-intestinales, estreñidos que elaboran abundantes fermentos anormales y que utilizan mal los alimentos que ingieren. Así es que, la primera indicación que debe simultanearse con el tratamiento psíquico, consiste en someterlos al uso de las harinas de cereales, frutas, huevos y alimentos á base de leche, régimen que reposa el aparato digestivo por que exige menos trabajo, es poco tóxico y alivia al hígado, suprime las hinchazones y pesadeces del estómago, desestriñe y es diurético.

Semejante dietética, combinada con el descanso físico, el baño de sol y la psicoterapia determina la rápida curación de los niños perezosos.

4) **Marotte** Etiología de la fiebre tifoidea.

Dos opiniones existen acerca de esta materia; una, que reconoce siempre el origen exógeno del bacilo de Eberth, único causante de la enfermedad y otra de carácter autogenético, debida á evoluciones del bacilo coli.

La transformación progresiva del bacilo coli en el de Eberth es admitida desde que se descubrió en los intestinos de individuos normales, toda una serie de bacilos intermedios entre ambos tipos, por el Dr. Rimband y Mlle. Rubinstein. La fatiga, el calor, la ingestión de aguas ricas en gérmenes pútridos y alimentos nocivos, así como la alteración de las fermentaciones digestivas son las condiciones á propósito para dicha transformación.

En apoyo de este modo de ver, el autor expone investigaciones bacteriológicas y clínicas que hacen deducir el que la dotienteria no se presenta solamente como una infección primitiva y definitivamente localizada al intestino, sino también como una septicemia verdadera, cuyas localizaciones se verifican de una manera secundaria. Además, clínicamente se observan formas de fiebre tifoidea más ó menos leves y con síntomas que difieren completamente de los de aquella y de una duración tan larga. El examen negativo del bacilo eberthiano en las deposiciones de estos enfermos, autoriza á creer el que tipos intermedios entre el coli y el Eberth puedan ser los responsables de la infección atenuada.

Respecto á la inmunidad pretendida de la raza árabe sobre la fiebre tifoidea, opina que no es cierta, si bien confiesa que es muy rara en ella por su manera de alimentarse y recia constitución. Hay sin em-

bargo, ciertas circunstancias mal definidas en que les ataca de una manera grave y casi fulminante siendo tornada la tifoidea por una manifestación perniciosa de paludismo tan frecuente entre los árabes.

Ambas opiniones quizá se conviertan en una, andando el tiempo cuando se conozca mejor el desenvolvimiento de la flora microbiana y entre otras enfermedades á formar variedades de un tipo determinado de microorganismo.

La profilaxis por de pronto, ya se ha adelantado tomando medidas de limpieza y saneamiento de los lugares, habitaciones, deyecciones, aguas y alimentos, dando un carácter general á esas infecciones y otras no calificadas.

Sección Profesional

En Bulgaria han principiado á construirse Sanatorios para la asistencia de los tuberculosos. El Rey Fernando ha destinado 100.000 francos á la construcción de un Sanatorio Nacional. En Bulgaria la mortalidad de la tuberculosis es de 31 por 10.000 habitantes.

En Islandia existe una Sociedad para prevenir la tuberculosis y se han gastado 375.000 pesetas en edificar un Sanatorio para 50 á 60 enfermos.

En 1905 el Gobierno de Dinamarca acordó sufragar las tres cuartas partes de los gastos de todos los tuberculosos pobres que ingresen en los Sanatorios. Cuando terminen la construcción de los Hospitales y Sanatorios proyectados podrá disponerse de una cama para tuberculosos por cada 1.200 habitantes del país.

En los Estados Unidos los tuberculosos disponen de un lecho por cada 4.500 habitantes, proporción inferior á la de Dinamarca, á pesar de ser los Estados Unidos uno de los países que más gastan en la lucha contra la tuberculosis, como lo prueba el hecho de que sólo en Chicago se ha gastado con este objeto en 1909, 23.635.000 pesetas.
