

colorchecker CLASSIC



calibrite

GACETA MÉDICA DEL NORTE

MCMXII

BILBAO

GACETA MÉDICA DEL NORTE

MCMXII

BILBAO

REVISTA MEXICANA DE MEDICINA Y FARMACIA

GACETA MEDICA DEL NORTE
ALAMANA

MDXXII

BILBAO

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

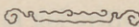
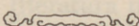
DE

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ÓRGANO OFICIAL

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO


AÑO DE 1912


BILBAO

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN

Libretía Médica de M. Fuentes.—Bidebarrieta, 9

TELÉFONO 1.148

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL

MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

ORGANO OFICIAL

DE LA

ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO

AÑO DE 1912

BILBAO

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
Licenciada Médica de M. Fuentes - Bilbao, 9
TELÉFONO 114

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVIII

Bilbao—Enero—1912

Núm. 205

Sumario

- Artículos originales:* 1) **J. Fernández Velilla.** Un caso de oclusión membranosa congénita de las coanas.
- Academias y Congresos:* Academia de Ciencias Médicas de Bilbao: Actas de las Sesiones celebradas los días 14, 19 y 26 de Enero de 1912.
- Revista de Revistas.—Bibliografía:* 1) El asma infantil.—2) **Dr. Andrade.** Sociedad Ginecológica Española.—3) **Dr. Sloc Ker.** Academia Médico Quirúrgica Española.—4) **Dr. A. Exner.** Imp. y Real Sociedad de Médicos de Viena.—5) Cómo se distinguen los vómitos del niño de pecho hiperalimentado de los del hipoalimentado.—6) **Dr. Huffel.** Patogenia y tratamiento de la eclampsia.—7) **Doctor Cifuentes.** Acción local del «606» en oto-rino-laringología.—8) **Doctor Geley.** Administración del Salvarsan por el recto.

Sección Profesional.

I.

Un caso de oclusión membranosa congénita de las coanas

por

J. Fernández Velilla

Nos decidimos á la publicación de este caso, por ser la oclusión membranosa congénita del orificio posterior de las fosas nasales, poco frecuente, aunque no excepcional, pues los casos conocidos hasta ahora en la literatura médica, apenas pasan de un centenar.

Habiendo reunido Haagen, 1889, todas las observaciones hasta entonces conocidas alcanzaban un total de 53 casos. M. Boulay, en 1902, con motivo de un estudio que publicó sobre la oclusión completa del orificio posterior de las fosas nasales, hace llegar á 80 el número de casos observados.

Según Texier, en 1906, el número de casos conocidos llegaba á 95, que con tres más por él entonces publicados, hacen un total de 98, siendo 8 más el número de los publicados hasta el día.

El caso por nosotros observado es el siguiente: N. Pérez, de

36 años de edad, natural de Oteruelos (Soria) de oficio labrador, se presenta en mi consulta el día 29 de Mayo, quejándose de no haber respirado nunca por la nariz.

Rinoscopia anterior.—Sobre el suelo de las fosas nasales se encuentran acumuladas abundantes mucosidades que el enfermo no puede expulsar, por lo que se extraen con porta-algodones. No tienen mal olór.

Los cornetes inferiores de ambos lados están algo atrofiados, no existiendo nada más de anormal, siendo imposible ver la pared de la faringe, á pesar de la anchura relativa de las fosas nasales. El estilete tropieza con un obstáculo de consistencia fibrosa que impide alcanzar la pared posterior de la faringe.

Rinoscopia posterior.—El enfermo, que es sumamente dócil, se deja hacer admirablemente este examen, sin necesidad de recurrir á la cocaína. Tiene los incisivos superiores muy prominentes y muy exagerada la ogiva palatina.

Los orificios coanales se ven completamente ocupados por una membrana de un color rojizo que está como engarzada en el cuadro óseo coanal yendo á insertarse en su parte interna como á medio centímetro por delante del borde posterior del tabique: por el lado izquierdo y punto medio de la parte unida al tabique, se vé una perforación del tamaño de un grano de alpiste.

Practicando el tacto del cavum la obstrucción coanal da la sensación de una membrana elástica, pero resistente.

Examen funcional.—La respiración nasal puede decirse que es nula, pues apenas si mancha un poco el espejo de Glatzel por el lado izquierdo. Le es imposible sonarse. Cuando tiene que hacer un trabajo algo violento se queja de disnea, no encontrándose nada anormal en los pulmones ni en el corazón. Está siempre con la boca abierta y cuando duerme ronca muy fuerte oyéndosele á alguna distancia.

Carece en absoluto de olfato, aun introduciéndole en la nariz una corriente de aire cargada de vapores olorosos.

La audición, que es normal, en el lado izquierdo, está bastante disminuída en el derecho, pues solo oye el reloj á cinco centímetros, estando en este lado el tímpano muy hundido.

La voz es marcadamente gangosa.

Se interviene el día 31 de Mayo, previa anestesia de la fosa nasal derecha con la solución de cocaína $\frac{1}{10}$ y con el líquido de

Bonain en la membrana coanal: con el galvanocauterio se practica una incisión longitudinal y luego otra crucial hasta alcanzar los límites del cuadro óseo; este tiempo nos resulta algo costoso, por vernos sorprendidos por el gran espesor de la membrana que es de más de medio centímetro. Aprovechando el orificio así practicado introducimos por él unas pinzas que una vez que han atravesado este orificio, las abrimos con alguna fuerza para así dilatarlo todo lo posible.

La hemorragia ha sido nula y el enfermo, una vez terminada la intervención, respira bastante por este lado, aunque no completamente bien.

Ai día siguiente volvemos á ver al enfermo, que ha pasado el día bien y no tiene ninguna reacción postoperatoria, practicándole la misma intervención en el lado izquierdo, pero haciendo que la incisión horizontal del galvano coincida con la pequeña perforación que en ete lado existe.

Volvemos á ver al enfermo el día 3 de Junio y nos dice que respira perfectamente por ambos lados y que ha recobrado el olfato, pudiendo estar casi constantemente con la boca cerrada.

Volvemos á examinarle por rinoscopia posterior, viendo que de la membrana coanal solo quedan algunos vestigios bordando el cuadro óseo de los orificios.

Como el enfermo nos dice que tiene necesariamente que ir á su pueblo, le recomendamos que con alguna frecuencia se haga ver por su médico para que éste, introduciéndole unas pinzas, impida que se vuelvan á obliterar los orificios practicados, pues es grande la tendencia que suele tener á formarse nuevamente la membrana perforada.

A los cuatro meses de la intervención, el enfermo sigue respirando perfectamente por la nariz y ha mejorado bastante la audición del lado derecho, pues según el mismo enfermo nos comunica oye el reloj á unos 15 centímetros.

Reflexionando un poco sobre el caso expuesto, vemos que la obliteración ha sido congénita; pues el enfermo no ha respirado nunca por la nariz y así parece confirmarlo la pequeña atrofía de los cornetes y la exagerada ogiva de la bóveda palatina.

El resultado operatorio no ha podido ser más satisfactorio, ya que el enfermo respira perfectamente por la nariz y el olfato ha sido restablecido.



Además, este caso nos prueba la importancia que la permeabilidad nasal para el oído, ya que sin tratamiento alguno y solamente restableciendo la respiración por la nariz, la audición por el lado derecho ha mejorado notablemente.

Es de esperar que el resultado obtenido sea ya permanente, dado el tiempo transcurrido desde la intervención sin que, al parecer tenga tendencia á formarse nuevamente la obliteración.

Bilbao-1912

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 14 de Enero de 1912

Preside el Sr. Aparicio

Sr. Aparicio.—Casos de «pies zambos».

Presenta casos de este género porque sobre ellos han recaído las últimas intervenciones que ha practicado en el Hospital y porque real y positivamente esta clase de deformidades son frecuentes; llaman los sujetos que las padecen poderosamente la atención y son objeto estas lesiones de observaciones largas y de detenidos estudios.

Se ignora realmente cual es la causa de ellas, pero lo que sí se puede asegurar es que la forma ordinaria del pie zambo congénito es el *equino varus*, y su grado varía, según la edad y según los individuos. El pie equino-varo es aquel cuyo borde externo se apoya en el suelo y cuya punta se halla más baja que el talón.

Como ya se ha dicho, es congénito y de causa desconocida y toman parte en su constitución los huesos, las articulaciones y los tendones, pero no siempre de una manera igual, pues unas veces el predominio es del elemento óseo, cartilaginoso ó del tendinoso, á lo que no es debido es á parálisis muscular, como se comprueba por la electricidad.

Describe las lesiones del pie y dice que se encuentran en las partes blandas (retracciones musculares y principalmente fibra-

tendinosas) y en el esqueleto óseo ó cartilaginoso, en cuyo caso parece como sí los huesos están dislocados.

El *equinismo* es producido por la extensión forzada de la articulación tibio-tarsiana; á esta dislocación se añade como desviación homóloga la incurvación de las caras, que tiende á ahuecar la planta y á elevar el dorso del pie. El *varus* es una desviación compleja en la cual se combinan: 1.º la aducción del pie dirigiendo la punta hacia adentro; 2.º la incubación de los bordes haciéndose el externo convexo y el interno cóncavo; 3.º la tensión del pie alrededor de un eje antero-posterior elevando el borde interno y bajando el externo.

Como tratamiento dice que éste comprende tres procedimientos: 1.º, la corrección diaria; 2.º, maniobras ó medios ortopédicos (enderezamiento forzado), y 3.º, la operación cruenta.

El primera es impracticable por ser difícil practicar una curación diaria durante seis ó doce meses con la consiguiente aplicación exacta y minuciosa de un aparato de contención.

El segundo procedimiento es el que se aplica corrientemente de una manera inocente sin practicar operación alguna sobre los huesos, solo con la anestesia y seguido de una tenotomía completa del tendón de Aquiles.

Este enderezamiento forzado no solo se pone en práctica en los niños muy pequeños, sino también para las personas mayores, pues cualquiera que sea la edad del sujeto, haciéndolo en forma, suele dar resultado.

Parece brutal este procedimiento, pues para obtener algún provecho es preciso destrozar las relaciones anatómicas del pie, rompiendo los ligamentos á viva fuerza. Se hace con cloroformo en una ó varias sesiones según la edad del individuo y con sesiones que duren de diez á cincuenta minutos ó más; se practican con lo mismo y es preciso ir descomponiendo todos los elementos de la desviación queriendo obtener no solo la curación sino la hiper-curación. Nunca se pecará por exceso de curación, por exceso de fuerza ni por exceso de maniobras. Según los casos, este método terminará con la tenotomía del tendón de Aquiles.

Se consiguen con este procedimiento verdaderas maravillas, como el Dr. Aparicio lo ha visto en la clínica de Calot.

Una vez obtenido el grado de curación deseado, se coloca un aparato enyesado que debe penetrarse para observar la arti-

culación del pie, transcurrido uno ó dos meses se quita el aparato, se aplica otro para igual tiempo y así, según el criterio del médico, hasta seis ó diez meses. Él mismo puede andar con el aparato puesto si se ha endurecido el yeso.

Cuando las lesiones son muy avanzadas ó muy extensas, puede recurrirse también al enderezamiento forzado, pero la mayoría de los autores echan mano de la operación cruenta: la tarsectomía ó la astragalectomía.

La tarsectomía cuneiforme del tarso anterior, consiste en la excisión de una cuña de base externa y superior, comprendiendo el cuboides, la cabeza del astragalo y el escafoides y el calcáneo; la astragalectomía con resección cuneiforme es la resección del astrágalo completada con la excisión de una cuña ósea de borde externo sobre la parte anterior del calcáneo (operación de Gross).

Actualmente la tendencia es adoptar de preferencia tarsectomías amplias suficientes para asegurar una curación total ó una hiper-curación, no deteniéndose hasta llegar á suprimir los obstáculos que se operen al enderezamiento del pie, resecaando los huesos que á ello se opongan. A pesar de todo este destrozo se obtiene una cicatrización con bastante rapidez y suficiente seguridad.

Se coloca después el consiguiente aparato enyesado, pero el doctor Aparicio tiene la costumbre, como procedimiento propio, de sostener el pie, mientras se consolidan las suturas mediante un apósito hecho con tiras de aglutinante; cicatrizadas las heridas procede á la aplicación del apósito enyesado que lo sostiene hasta que estima oportuno.

Habla de las dificultades para la regularización del pie por la tendencia del mismo al vicio de conformación primitivo, por cuyo motivo conviene emplear el masaje que dura mucho tiempo y que hace estos procedimientos largos y dispendiosos.

Estos días ha tenido ocasión de poner en práctica un procedimiento nuevo: la excavación de los huesos que se oprimen á la regularización del pie; estos casos los tiene en observación y de ellos dará cuenta en su día á la Academia.

Por lo pronto puede decir que es relativamente fácil la excavación de los huesos, de los que no se dejan más que la cáscara que se deprime al imprimir al hueso una forma determinada; este hueso regenerado se adapta á la forma nueva impresa para

la corrección del defecto primitivo, y, según parece, en esta nueva forma queda para lo sucesivo.

El Secretario General,
C. MENDEZA

Sesión celebrada el día 19 de Enero de 1912

Preside el Sr. Aparicio

Sr. Guerricabeitia.—Presenta un caso de pústula maligna.

Sr. Esparza.—Manifiesta que es realmente difícil hacer un diagnóstico exacto de pústula maligna, cuando se presenta en localidades donde habitualmente no existe y cuando lo padecen individuos que no se hallan expuestos por su profesión á padecerla. Relata el caso que vió de una señora que padecía inquieta la situada en uno de los párpados y cuya patogenia se explicó por la existencia de una rozadura en dicho párpado: bastó el contacto de un guante para que la pústula se produjera.

El diagnóstico, por lo demás, es bastante fácil para el que ha visto muchos casos; para el que no lo conoce, el asunto varía.

Respecto del tratamiento, es partidario de la cauterización activa mediante el hierro candente. Describe este proceder y manifiesta que á él le basta el olor que se desprende de la superficie cauterizada para saber cuando ha llegado á partes sanas.

Habla de la cauterización potencial y dice que es imposible limitar su acción, por cuyo motivo no la emplea.

Acerca de la aplicación de antisépticos, la reclama, pues no cree en su eficacia, además de que no siempre puede uno contar con ellos por no tenerlos á mano. En cambio un trozo de hierro y fuego es fácil proporcionárselo en cualquier sitio.

Sr. Guerricabeitia.—Señala las diferencias que existen entre el carbunco sistemático y el bacteridiano, y dice que las lesiones ó manifestaciones extensas se tratan siempre por medio de la cauterización.

A este respecto cita un caso referente á un sujeto que padeció tres veces consecutivas: carbunco bacteridiano en las dos primeras; sanó el enfermo mediante la cauterización, sucumbien-

do á la tercera, donde no se llegó á completar aquel procedimiento.

Sr. San Sebastián.—Cita un caso de carbunco, diagnosticado mediante el análisis bacteriológico y tratado por la extirpación de la pústula, cauterización y aplicación de tintura de iodo. El enfermo fué previamente anestesiado y curó rápidamente.

Sr. Esparza—Cree que no es absolutamente precisa la anestesia, pues el dolor de la cauterización es muy tolerable.

Sr. San Sebastián.—Opina que el enfermo sufre menos mediante la anestesia y en él puede manipularse mejor.

CASO DE PIES ZAMBOS

Sr. Salaverri.—En la discusión del tema «Tratamiento del pie zambo congénito» hice observar que el tratamiento durante el primer año de edad, no debía dejarse descuidado, pues si es verdad que en algunos casos es insuficiente el tratamiento empleado para obtener una corrección de la deformidad, no lo es menos que en los casos en que se han hecho manipulaciones diarias en los pies en el sentido de la corrección: llevamos mucho adelantado para corregir la deformidad fácilmente en una sesión bajo narcosis. Este tratamiento además de las diarias manifestaciones debe comprender la aplicación de tiras de esparadrapos que fijen el pie con la corrección ó la aplicación de una venda que se adhiere á la piel del pie, pierna y muslo por medio de una sustancia aglutinante, lo que constituye el método de Finck, quien como es sabido aplica la venda de un modo particular; comenzando en el dorso del pie continúa sobre el borde interno del mismo á la planta, borde externo del pie y de aquí por la cara externa de la pierna se dirige hacia el muslo que se coloca en flexión de ángulo recto sobre la pierna, contoneando así el muslo vuelve la venda á la cara externa de la pierna, de aquí al borde interno del pie, planta, etc. Colocando cuatro ó cinco vueltas es suficiente para mantener la corrección. Las manipulaciones de enderezamiento pueden hacerse sin quitar la venda aplicando una vuelta de venda cada día y cambiando todas las vendas una vez por semana.

Respecto al tratamiento de los pies zambos en grados acentuados, observa que el Sr. Aparicio da cierta preferencia á los métodos cruentos sobre los incruentos y nos habla de la astraga-

lectomías y tarsectomías externas combinadas como métodos quirúrgicos hoy en día adoptados á lo que hice notar, que por el contrario todo método cruento ha desaparecido hoy en día con el tratamiento del pie zambo aun en los más acentuados del adulto en casi todas las clínicas y apenas si el método de Phelps disputa todavía al método modelador de Lorenz, su predominio en algunas clínicas como la de Ghilline, de Bologna, y Broca, de París. En mi corta práctica he practicado solamente una astragalectomía en un pie equino-varo de adulto; pero he practicado muchos enderezamientos por el método modelador de Lorenz en pies zambos congénitos muy acentuados de adulto, como tendré ocasión de mostrar fotografías en la sesión próxima, y en todos ellos he obtenido el enderezamiento total en una ó en dos sesiones, sin operación ósea ninguna, sin más intervención cruenta que la aponeurotomía planta subcutánea para facilitar las maniobras de enderezamiento y la tenotomía del tendón de Aquiles, también subcutánea y hecha al finalizar el enderezamiento para el que me sirvo de la aplicación del osteoclasto de Lorenz. El resultado obtenido con este procedimiento es siempre favorable, llegándose á la hiper-corrección con mayor perfección que en las operaciones cruentas sobre el esqueleto. El número de intervenciones óseas que se han practicado con el tratamiento del pie zambo llegan á catorce, según un estudio crítico que hizo Lorenz de los mismos, y apenas si hay hoy en día alguno que aun emplee la astragalectomía y tarsectomía externa. Casi todos han adoptado, como digo, el método incruento modelador, que es el que yo empleo y creo que es suficiente para todos los casos de pie zambo.

La técnica que empleo es la corrección de la inflexión y aducción en la cuña de madera almohadillada, acentuando luego la corrección manual de la aducción y sobre todo de la supinación en el osteoclasto de Lorenz. La flexión plantar, que es otro de los componentes, se corrige también manualmente y se exagera luego con la aquilotomía.

En lo que más me suelo detener es en obtener una buena corrección de la supinación, pues una hipercorrección de la misma sobre todo del calcáneo, es la que da la medida de un pie bien enderezado y sin tendencia á la recidiva. La corrección es después mantenida con un vendaje enyesado que al mes sustituye

ye por uno de celuloide. Tengo, pues, la convicción de que debe desterrarse todo tratamiento cruento y no emplear más que el enderezamiento modelador en el tratamiento del pie zambo más acentuado.

Sr. Aparicio.—Entiende que el procedimiento de la corrección diaria seguida de la aplicación de un vendaje contentivo adecuado es bueno; pero lo encuentra él únicamente de ser largo y en extremo dispendioso. En fin de cuentas, puede servir únicamente para los niños que aun no andan; para los que andan quizás puede ser útil también, pero es indudablemente largo.

Al tratamiento modelador también le ocurre lo mismo: es bueno, es excelente, si se quiere, y él lo usa corrientemente, pero adolece del mismo defecto que el anterior: largo y dispendioso; es en absoluto impracticable en los enfermos pobres ó que cuentan con escasos medios. La tendencia del pie á volver á su estado primitivo, hace que haya que estirar manipulando cada vez que se quite el vendaje para poner otro nuevo. No obstante, reconoce que es un procedimiento magnífico cuando no está contraindicado por alguno de los inconvenientes que se han señalado con anterioridad.

Por lo que hace á muchos enfermos afectos de pies zambos de mucha duración y en los que se hace muy difícil seguir un tratamiento modelador, se imponía la operación, más que por otra cosa, por el hecho de que en la operación se gana mucho tiempo y hasta puede llegar á imprimirse al pie la forma deseada con mucha facilidad.

Conoce el osteoclasto que ha señalado el Sr. Salaverri, aunque no lo ha empleado nunca.

Dice que si hubiera tenido tiempo en la sesión anterior, hubiera referido con todos sus detalles dos casos de pies zambos, paralítico uno y traumático el otro, empleando en éstos la torrectamia cunciforme con excelente resultado, y en aquél en un pie, el alargamiento del tendón de Aquile y la amastomosis del tendón del exterior del dedo gordo con el tibial anterior; y en el otro pie el alargamiento del tendón de Aquile.

El Secretario General.

C. MENDEZA.

Sesión celebrada el día 26 de Enero de 1912

Preside el Sr. Aparicio

CASO DE PÚSTULA MALIGNA

Sr. Aparicio.—Dice que aludido por el Sr. Carrasco, se ve obligado, aunque no sea más que por cortesía, ha hacer uso de la palabra.

Vió también al enfermo cuya historia clínica refirió el doctor Carrasco, y no tiene que hacer ninguna objeción, limitándose ahora á describir la pústula maligna, cuyo tema fué el objeto de su discusión del doctorado, pues en el curso de su profesión ha tenido ocasión multitud de veces de tratar enfermos de esta clase.

Ya en aquella Memoria hacía la distinción entre edema maligno, pústula maligna y carbunco interno. Describe las lesiones de la pústula que asegura su característica y muy fáciles de distinguir y conocer en aquellas regiones donde hay carbunco con frecuencia, hasta el punto de que el mismo enfermo suele hacer el diagnóstico hecho muchas veces; tal es el conocimiento que del asunto suele tener la gente aquella.

Diagnosticada bien la lesión, se aplica el tratamiento.

Los síntomas que he relatado suelen corresponder á la pústula de las extremidades y á la de la piel del tronco: cuando la pústula recae en la cara, especialmente en los párpados, varían los síntomas de una manera distinta. Aquí domina el edema, que se denomina maligno, siendo los síntomas mucho más grandes, no sólo por los fenómenos generales de que se acompaña la infección, sino por los locales, que pueden llegar hasta producir la asfixia.

Cree que no ha visto nunca carbunco interno, como no sea el de un enfermo que había comido carne infectada, al que se le produjeron fenómenos gastro-intestinales violentos con trastornos generales muy intensos y acompañados de pápulas negrúceas diseminadas por el cuerpo. Este enfermo falleció.

Habla de una falsa pústula maligna, que induce á creer y cuyos caracteres difieren algo, aunque muy poco, de la verdadera. Se diferencia especialmente en que en esta no hay pus nunca, mientras que en aquélla sí, aunque poco.

Se extiende en consideraciones acerca del tratamiento y dice que la cauterización es el más eficaz, pues es el de resultados más positivos y evidentes, sobre todo cuando la cauterización llega al dermis.

Los cáusticos potenciales son deficientes é infieles, quizás el crencro lo será un parche compuesto con bicloruro mercúrico, ácido arsenioso y emplasto de diaquilón (cuya composición pertenece á un compañero que lo ha empleado muchos años) y que él ha tenido ocasión de usar con satisfactorio resultado. El lo ha simplificado y lo ha complicado, quitándole el arsénico y añadiendo emplasto de cantáridas, con cuyo procedimiento ha obtenido buenos resultados.

La cauterización obtenida con estos emplastos era bastante profunda y á las 48 horas se limitaba muy bien la lesión; opina que este procedimiento era á la vez cáustico y antiséptico.

El ácido nítrico es muy doloroso y poco profundo, así como las inyecciones periféricas de tintura de iodo.

Los antisépticos como el ácido fénico, tampoco son eficaces, entre otros motivos porque no se sabe nunca si se ha inyectado suficiente cantidad.

Respecto de la extirpación, opina que debe ir muy extensa para ser eficaz, y con este motivo describe el procedimiento de Vermeil.

Del suero de Sclavo dice que no tiene experiencia, pero que no obstante sus noticias, sabe que no es del todo eficaz.

Habla de la profilaxia y entiende que los Municipios debieran propagar la enseñanza de estos conocimientos y dar lecciones en los mataderos al personal encargado de manipular entre las reses.

Opina que la incineración del animal muerto, es el mejor procedimiento profiláctico para concluir con esta dolencia.

Sr. Esparza.—Señala también las diferencias que existe entre el edema verdadero y el falso, así como también entre la pústula maligna falsa y verdadera, relatando un caso de diagnóstico dudoso y perfectamente dilucidado por él, merced á lo cual el enfermo curó.

CASOS DE «PIES ZAMBOS»

Sr. Salaverri.—Presenta varias fotografías de enfermos operados por el método incruento preconizado por él, que no

cree ni mucho menos, sea tratamiento largo ni dispendioso, además de que con él, se evitan á los enfermos la molestia de la cura diaria ó poco menos. Por lo demás opina que al mes, ó algo más, los enfermos pueden estar curados.

El Secretario General,
C. MENDEZA.

Revista de Revistas.-Bibliografía

1) El asma infantil.

El asma de los niños se debe frecuentemente á causas locales ó á perturbaciones digestivas. Se explorarán las cavidades naso-faríngeas; se suprimirá la carne en las comidas. El niño se alimentará de leche, harinas, legumbres, frutos, manteca fresca. Comerá con regularidad, sin tomar nada en los intervalos.

En el momento del acceso fumigaciones con el polvo:

Polvo de hojas de extramonio	} aa 15 gramos
— de belladona	
Nitrato potásico	3 »
Polvo de opio	0,75 »

Échese en un hierro candente, ó enciéndase cerca del niño. Las inhalaciones de papel nitrato, de piridina, no dan tan buen resultado. La respiración de algunas gotas de yoduro de etilo, en un pañuelo, alivia mucho.

En los accensos violentos se puede recurrir á la inyección sub-cutánea de clorhidrato de morfina: 1 miligramo por año.

Clorhidrato de morfina 0,05 gr.

Agua de laurel-cerezo 10 »

Medio centímetro cúbico equivale á 2 miligramos y puede usarse en un niño de 3 años. Nosotros nos serviremos también con ventaja de la heroína: 2 miligramos para un niño de 12 años.

Heroína 0,002 gr.

Agua destilada 10 »

XX gotas en un poco de agua .

El acceso se calma, pero la opresión persiste, los bronquios permanecen aún algo obstruidos: entonces debe usarse un vomitivo (ipeacuana, 10 centigramos por un año); el polvo de Dower que contiene una décima de polvo de opio y de ipeca, pueden emplearse también. Se darán 5 centigramos al día por año de edad.

Polvo de Dower 0,05 gr.
Azúcar 0,50 »

Para un papel. Dése cada dos horas á un niño de 5 años (Comby) durante 4 ó 5 días.

M. Comby elogia la asociación siguiente:

Tintura de belladona }
— drosera } aa 2 gr.
Alcoholaturo de raíces de acónico.

Tómese de 3 á 10 gotas, 3 á 4 veces al día, según la edad. La tintura de belladona se da razón de 2 á 4 gotas por año; á un niño de 2 años se le pueden administrar 10 gotas de alcoholaturo de raíces de acónico; por lo tanto á un niño de 2 años, 3 á 4 gotas de la mezcla precedente, 3 veces al día:

Agua de tilo 100 gr.
Agua de azahar 30 »
Licor de Hoffmann 1 »
Tintura de belladona }
— de lobella } XV gotas

Una cucharada de postre 4 veces al día á un niño de 3 á 5 años.

Von Noorden aconseja la atropina: $\frac{1}{4}$ de milígramo en grábulos, aumentando cada día, hasta llegar á 3 ó 4 miligramos. No conviene usar remedios tan activos. Puede presentarse un accidente y aunque sea independiente del medicamento, la familia creerá que se ha intoxicado.

Se han propuesto otros remedios que permiten variar las prescripciones medicamentosas: tintura de lobelia hinchada, de grindelia robusta, de anémola.

Tintura de lobelia }
» de grindelia } aa 0,50 gr.
Alcoholaturo de anémola 1 »
Jarabe de malvavisco 30 »
Agua destilada 60 »

Una cucharada de postre cada dos horas (niño de 4 á 5 años).

Se puede prescribir también la anemonina en polvo: 1 á 2 centigramos con azúcar, en papeles.

La antipirina es también un buen sedante. Si la causa se debe al paludismo, se prescribirá la quinina (Comby)

Se preeverá la repetición del acceso con el empleo combinado de los yoduros y arsenicales: 15 días cada uno:

Yoduro potásico	} aa 5 gr.
Tintura de lobelia	
Jarabe de corteza de naranjas am.	

Dos cucharadas de café al día (niño de 10 á 12 años).—Continúese 15 días.—Los 15 días siguientes:

Arseniato de sosa	0,03 gr.
Bromuro potásico	3 »
Jarabe de azahar	100 »

En caso de fracaso, flor de azufre:

Flor de Azufre.	5 gr.
Miel	80 »

(COMBY.)

Como cura termal si el niño está débil: Mont-Dore, Bourboule; si predominan los síntomas locales: aguas sulfurosas (Eaux Bonnes, et-cétera).

Jules Simón aconseja Mont Dore á los niños de 6 á 7 años y Eaux-Bonnes para los de más edad.

Las aguas minerales pueden prescribirse á domicilio: en ayunas durante 15 días, un vaso de agua de Mont-Dore para los niños muy pequeños; los de más edad pueden usar las de Bourboule; $\frac{1}{2}$ vaso para un niño de 8 á 10 años. Estas aguas arsenicales reemplazan la posición de arseniato. Los 15 días siguientes: un vaso grande de Eaux-Bonnes mezclado con leche (niño de 8 á 10 años).

Son convenientes también en los niños nerviosos, las fricciones, el masaje, las duchas tibias, etc.

2) Dr. Andrade. Sociedad Ginecológica Española.—*Esterocolitis infantil.*

Expresa que sólo va á hablar de su forma coleriforme que no tiene tratamiento específico. En los 85 casos que presenta usó el suero, compuesto de 1000 gramos de agua y 5 de bicarbonato sódico, y otros tantos de sal común. El resultado no duda en calificarlo de admirable. Es fácil de administrar y las madres no lo repugnan tanto como á la dieta hídrica, pues notan que el niño engorda. El que menos ganó en los casos presentados fué 40 gramos y 200 el que más, en veinticuatro horas. También llama la acción sobre la diarrea, que disminuye en cantidad y calidad de las deposiciones. Dice que nunca notó anemia y que el edema palpebral fué fugaz. Desaparecen los vómitos y la facies del enfermito, aumentando al mismo tiempo la tensión sanguínea. El plan

que él sigue es el siguiente: suspende toda alimentación y medicación y da 100 gramos de suero cada 2 horas. Pasadas veinticuatro, administra 70 gramos de suero y 30 de leche, y si sienta bien, va aumentando la cantidad de leche y disminuyendo la de suero, pero sin pasar de 100 en conjunto. Alguas veces administra al mismo tiempo el caldo de legumbres. Pregunta si no daría buenos resultados este tratamiento en vista de las similitudes que tiene con la enfermedad que le ocupa.

El Dr. Sarabia contesta al disertante y dice que éste, con el Dr. Suñer, de Valladolid, fueron, si no los únicos, de los pocos que se ocuparon seriamente de estas cosas en el último Congreso de las «Gotas de leche» de Berlín. Se extiende en muy oportunas consideraciones sobre trisplanismos en estos enfermos, sosteniendo que la solución salina, no sólo aumenta la tensión sanguínea por la ingestión de líquidos, sino que también aumenta porque hay más retención como siempre que entran cloruros en la economía, sin contar que la sal común ejerce una acción desinfectante no despreciable y que el sistema de tomar la alimentación á pequeñas dosis, deja que el estómago descanse, con lo que es más fácil su curación. También cree útiles los enemas calientes.

3) Dr. Slocker. Academia Médico Quirúrgica Española.— *Trepanación craneal por tumor cerebral.*

Se trata de un enfermo con síntomas locales de tumor cerebral; pero sin los difusos del mismo. Existe el antecedente de una caída sin señal ulterior de herida.

Dado que pudiera tratarse de lesión ósea ó meníngea excitadora de la corteza, ocasionando localizada epilepsia, propuse la operación. Por ello practiqué hemicraniectomía exploradora.

Desde que perforó la fresa eléctrica todo el espesor del hueso, pude ver que tenía la dura madre el aspecto normal, pero con tendencia á herniarse, por lo cual hube de llevar gran cuidado para no herniarla con la sierra y el escoplo, que, por otra parte, cortaron el hueso muy dulcemente, con gran facilidad.

Después de fracturado el colgajo y reconocida la duramadre y el hueso por su cara interna sin encontrar lesión y estando el enfermo en buen estado, incindo la dura y el cerebro que *ipso facto*, se hernia con presteza. Reconozco la corteza y, por entre dos circunvoluciones á cuatro ó cinco centímetros, en plena substancia blanca, toco un cuerpo duro á manera de tubérculos en la superficie y de un tamaño (porción explorada) de unos cinco ó seis centímetros; tumor cerebral que

comprobaba la impresión primera de renitencia, de verdadera tensión, que antes de incidir la dura había notado. Este tumor que para evitar posibles suspicacias hice tocar á varios compañeros que presenciaban la intervención, me pareció inextirpable y temí la hemorragia que había de producirse, dadas las insuperables dificultades de la hemostasia teniendo en cuenta la profundidad á que había de efectuarse.

Con la pinza gúbia extirpé del borde del hueso suficiente porción para hacer descomprensiva la craniectomía y al paso el desagüe.

El curso post-operatorio fué inmejorable, aséptico; á los pocos días empezó á fraguarse la hernia cerebral, detalle el más importante de los que presenta el enfermo y casi el único que motiva la comunicación. En esta situación, ¿que debe hacerse? ¿Extirpar, como pretenden algunos, la hernia? ¿Puncionar los ventrículos ó intentar la extirpación del tumor por la base del cráneo, como si fuéramos á extirpar el ganglio de Gasser, haciendo un Kronhlein? La hernia cerebral se produce (dejando aparte los encefalocelos congénitos é hidrocefalia) por un gran traumatismo, cuando hay un verdadero estallido del cráneo con salida de masa cerebral y consiguiente infección; cuando hay una infección de meningo-escefalitis más ó menos difusa y que por su localización llegue á dar lugar á que el enfermo pueda presentarla, ó, finalmente á una trepanación por tumor cerebral que resulte inextirpable.

La hernia ya constituida, ó se extirpa como quieren algunos, sobre todo si los fenómenos de compresión se acentúan en la zona correspondiente al rodete de extrangulación, bien con ligadura previa ó sin ella, ó se interviene también por absceso cerebral; cosa frecuente por la exposición á los gérmenes del exterior, ó se trata por punción cerebral ó lumbar, cuyo efecto es pasajero.

En este caso, lo que hay que discutir es si es ó no pertinente la intervención, por la base del cráneo, puesto que si no, mientras crezca el tumor, crecerá la hernia.

4) **Dr. A. Exner.** Imp. y Real Sociedad de los Médicos de Viena.—*Enfermedad de Dittle y operación de Forster.*

He aquí un nene de 9 años que ha padecido hace uno la operación de Foster por sufrir la dolencia de Dittle. Tiene la talla normal, pero la inteligencia está poco desarrollada. En septiembre de 1910, presentaba una paraplegia espástica con contraturas en lesión en ambas extremidades inferiores. Con algún apoyo podía mantenerse en pie, con

las rodillas y las caderas dobladas y el pie en actitud equina; pero si pretendía andar tenía que hacerlo en cuatro pies, apoyando las manos en el suelo y colocándolas entre las piernas, dobladas y en abducción.

El 8 de Octubre de 1910, ejecutó el autor el primer acto de la mi-nectomía poniendo al descubierto la duramadre, y tres días después reseco en ambos lados las raíces sensitivas del quinto nervio lumbar y de los nervios sacros segundo y tercero. El curso post-operatorio no presentó ningún incidente, de suerte que al poco tiempo fué posible emprender un tratamiento por el ejercicio y con movimientos activos y pasivos, con tal éxito que en Marzo último ya no podía al paciente mantenerse de pie y sin apoyo, y andar también de pie con auxilio de un banco andador.

Las dificultades principales con que se tropieza en el tratamiento consecutivo de estos casos, que tanta importancia tiene, provienen de la escasa inteligencia de estos enfermos. Todo lo que se alcanza con la terapéutica es á costa de luchar con una oposición muy enérgica, y precisamente esta circunstancia es la que hace más largo y pesado el tratamiento. A pesar de ello el enfermito, que antes de la operación podía andar como un cuadrúpedo, puede hacerlo hoy como un bípedo y hasta correr.

5) Cómo se distinguen los vómitos del niño de pecho hiper-alimentado de los del hipoalimentado.

Los vómitos del niño de pecho reconocen muchas causas.

En un reciente trabajo (*La clinique*, 22 Sep. 1911) M. P. Merklen, ha estudiado desde un punto de vista muy práctico, los vómitos por perturbación cuantitativa de alimentación: exceso ó falta de leche. Hubo un tiempo en que los vómitos de este orden se atribuían siempre á una alimentación demasiado abundante; hoy se sabe, gracias á las investigaciones de Variot, que los hipoalimentados vomitan como los hiperalimentados.

Por lo tanto, ante un niño de pecho que vomita, ¿debemos atribuir este hecho á una alimentación excesiva ó deficiente? La misma pregunta podemos hacernos con mayor motivo porque hay síntomas comunes á los dos estados.

Para la resolución de este problema se nos presentan varios elementos de diferente valor.

En primer término pueden sacarse pocas indicaciones de la *modalidad del síntoma vómito*.

En los dos casos, los vómitos ó bien suceden inmediatamente de

las tetadas ó se presentan al cabo de un rato bastante apreciable. Se encuentra en ellos leche en un estado grumoso. Se presentan sin esfuerzo ni contracciones del abdomen, como suele suceder en el niño. Nada, en una palabra, permite, analizando el sintoma, averiguar la causa.

El *estado general* del bebé, puede, por el contrario, proporcionarnos algún dato para el diagnóstico. El niño demasiado alimentado se halla en ocasiones como hinchado; su abdomen está tenso ó blando y pastoso y la separación de los rectos en la zona umbilico-xifoidea, alarga la línea. Su alimento es fuerte; su actitud refleja cierta apatía y permanece inmóvil. Se halla sujeto al eritema, sobre todo glúteo, á prurito, erupciones de urticaria ó eczematosas. Como quiera que no dista mucho esta forma de dispesia de la infección, de vez en cuando se presentan periodos febriles pasajeros. La curva ascendente de su peso se detiene; permanece algún tiempo estacionaria y por último desciende. La mayor parte de estos atributos no son ni *únicos*, ni *constantes ó indispensables* para el cuadro clínico. Si los recordamos es porque su aparición es de ordinario característica de la sobre-alimentación y ayudan, por consiguiente á establecer el diagnóstico.

Más tarde se comprueba un adelgazamiento, la deshidratación, la desnutrición y la atrepsia.

El niño poco alimentado se detiene en su desarrollo. Está delgado y pálido; su tejido subcutáneo se ha fundido, sus ojos están excavados, su cara es esquelética y sus masas musculares se vuelven hipotónicas. Su temperatura tiende á la hipotermia, al mismo tiempo que su piel se arruga y cianotiza. Se agita para reclamar su alimento, bate el aire con sus pequeños brazos, adelanta la cabeza, saca sus labios y para consolarse de su hambre mete los dedos y la mano en su boca. El peso comienza á descender tan pronto como la alimentación es insuficiente; por el contrario, la talla, como lo ha demostrado Variot, continúa aumentando. Hecho interesante: las funciones psíquicas conservan su integridad y la viveza de la mirada contrasta con la cara ansiosa y descarnada.

Pronto comienza el cuadro de la atrofia y este estado de decaimiento es comparable al de aquellas plantas que se hacen vejetar en un terreno esquilado.

Sería, sin embargo, un error creer que la atrepsia es el resultado de la sobre alimentación y la atrofia el de la hipoalimentación.

Existe, sin embargo, según Hutinel y Tixier, entre la atrepsia y la

atrofia una diferencia de edad: el bebé de dos á tres meses se hace atréptico y el de ocho á diez atrófico. En este último, añaden algunos autores, «ciertos órganos han adquirido más madurez, su vitalidad es más enérgica y si se les somete á un régimen conveniente, hay más probabilidades de que mejore y cure». Variot tratando de los lazos que unen la atrofia á la atrepsia demuestra lo difícil que es separarlos. «La atrepsia constituye en cierto modo, dice, el último grado de la atrofia infantil», y termina: «las fronteras de la atrofia curable y de la atrepsia, son muy difíciles, por no decir imposibles, de establecer». Mlle. Vigor admite también que después de un período de atrofia el hipoalimentado cae en la atrepsia.

Con sus *gritos* durante el examen, el enfermito indica al médico su diagnóstico.

El grito del hiperalimentado es el grito del dolor; el del hipoalimentado, el del hambre. El niño excesivamente alimentado presenta perturbaciones digestivas de orden motor, sensitivo y secretorio, muchas de ellas son dolorosas y sobre todo los espasmos intestinales, comunmente conocidos con el nombre de cólicos.

La idea vulgar de que el niño que se queja sufre de cólicos, es una de las más ciertas, con la condición de que no sea generalizada. Después de una evacuación por vómitos ó diarrea, cesa el quejido porque se calma el dolor. Se presenta pues, generalmente, en forma de acceso recidivante. El pequeño famélico, se queja continuamente. Grita en su cuna para que se le dé de mamar, grita al encontrar los senos vacíos y continúa gritando porque no se le alimenta suficientemente; solo la fatiga y el sueño le hacen callar y aún durante éste, suele quejarse. Se trata, por consiguiente, de un grito casi continuo; y si alguna vez se debe á un elemento doloroso sobreañadido—espasmo, aerofagia, etc.—la desaparición del dolor deja persistir siempre el grito del hambre, primordial y esencial.

Sin embargo, algunos niños hipoalimentados no gritan y apenas se agitan. No obstante constituyen una excepción.

El examen de las heces proporciona importantes datos. Sin embargo, no deben esperarse enseñanzas decisivas. Las heces de la hipoalimentación se parecen á las de la enteritis banal por sobrealimentación ó de otro origen: mezcladas, grumosas, fétidas, glerosas y líquidas. La diferenciación debe basarse, cuando es posible, más en su abundancia que en su aspecto. El sobrealimentado presenta deyecciones más frecuentes que el hipoalimentado y el elevado número debe hacer

pensar en un exceso de alimentación. Por el contrario, la falta de alimentación produce el estreñimiento ó falso estreñimiento de los niños que no ingieren lo necesario.

En los casos dudosos este último síntoma adquiere un real interés diagnóstico; no se le encuentran á los niños sobrealimentados. Conviene añadir, que en los hipoalimentados, cuyas heces se aproximan al tipo de la enteritis banal, las evacuaciones no son muy raras.

Tampoco podemos fiarnos mucho de la emisión urinaria. Pues como es difícil conservar todas las orinas, en la práctica, el médico ha de guiarse por lo que le dice la familia, y vale más no confiar mucho en este medio.

En resumen, para referir los vómitos de un niño de pecho á una alimentación excesiva ó insuficiente, el médico dispone esencialmente de tres elementos demostrativos: aspecto general del sujeto, modalidad de su queja, estado cuantitativo de sus heces.

Todos los síntomas precedentes son de orden funcional. Encuentran, en general confirmación de su valor, en una serie de otros signos que corresponden nosológicamente á los síntomas físicos cuya comprobación debe prevalecer en clínica

He aquí las exploraciones que debe hacer el médico: siempre que tenga una balanza á su disposición—lo cual sólo falta en las personas pobres—pesará, ó hará pesar al niño en su presencia. Si el peso del enfermito es notablemente inferior al de los niños de su misma edad, se trata de ordinario de un hipoalimentado. La curva de los pesos anteriores sirve de testimonio: la progresión es insuficiente ó insignificante, á no ser que falte ó esté sustituida por una regresión inicial. El hiperalimentado, sólo llega al cabo de algún tiempo á deferir sencillamente en peso del de los otros sujetos de su edad. Todo esto proporciona en definitiva un complemento al estudio general antes dicho.

Olvidar la inspección de los senos de la nodriza sería inexcusable. Su vacuidad ó el aspecto defectuoso de la leche afirman con evidencia la falta de alimento del bebé.

La prueba decisiva consiste en conocer la cantidad de leche ingerida en cada comida. Si se trata de un niño alimentado con biberón, la familia puede proporcionarnos datos para saber si las dosis son escasas ó excesivas. Conviene saber si se añade agua á la leche para descontar aquélla. Hay niños que ingieren una gran cantidad de líquido en el que la leche es una parte relativamente insignificante.

Si se trata de un niño de pecho, el médico hará que mame delante

de él, y pesándolo antes y después sabrá la cantidad de leche ingerida. Si se encuentra ante un niño hipoalimentado le bastará á menudo verle mamar para establecer su diagnóstico: ó bien el bebé, ansioso de calmar su hambre mama con voracidad y se revuelve cuando falta la leche, ó bien, lo cual es muy característico, traga algunos sorbos, se detiene, vuelve á empezar y continúa de esta manera ejecutando algunas succiones en vacío

Se comprende la ligereza de que daría muestra el médico si se contentase con conocer sólo la duración de las tetadas; en el espacio de tiempo, un niño llena su estómago mientras que otro no llega á satisfacer su apetito.

Si después de la comida del hipoalimentado subsiste alguna duda sobre el diagnóstico, se le dará un biberón al niño ó se le confiará algunos instantes á una nodriza probada. De este modo el niño continuará su alimentación interrumpida; por el contrario el hiperalimentado satisfecho y harto, rechaza el suplemento de leche que se le quiere imponer.

Los estadistas quieren comparar el número de casos de hiper y de hipoalimentación. Este trabajo es tan ocioso como la comparación numérica de los adultos gordos y flacos. Hay niños de pecho poco, demasiado y convenientemente alimentados. Unos y otros se encuentran con más abundancia, según el medio, la serie morbososa, el azar y otras circunstancias.

Lo importante en la práctica es conocer los dos tipos morbosos y saber diferenciarlos. También sería lamentable que el miedo á la hipoalimentación nos llevase á la hiperalimentación, así como el temor de esta última nos condujese á una alimentación insuficiente. En este asunto, como en muchos otros, debemos quedarnos en el justo término medio, pues ya dice el refrán que en entre lo poco y lo mucho está la buena medida.

6) Dr. Huffel. Patogenia y tratamiento de la eclampsia.

Hanse publicado en estos últimos años gran número de trabajos sobre este asunto; ninguno de ellos ha podido exactamente indicar la causa ni enjuiciar seguro remedio radical.

La mayoría de los AA. consideran la eclampsia como una intoxicación, aunque la teoría infecciosa cuenta todavía con varios defensores, entre ellos Stroganow. Se han practicado investigaciones numerosas con objeto de demostrar la acción tóxica del suero de las eclámpsi-

cas (experimento de Graf y Landsteiner en las ratas, de Aubbeck y Lohse en los conejillos de Indias). Según Iweifel, debe considerarse como el agente tóxico del ácido sarcoláctico que se forma á consecuencia de la falta de oxidación de las substancias albuminoideas: de aquí la disminución de urea y la eliminación de albúmina por la orina. Estos dos factores se hallan en relación inversa; en efecto, si la cantidad de urea aumenta, la albúmina disminuye y hasta desaparece.

Lockemam y Fühth han encontrado ácido láctico en el líquido céfalo-raquídeo, ácido que considera Donath como el agente tósico específico de la eclampsia; cree que se forma á consecuencia de las contracciones musculares intensas que se producen durante la crisis. Hofbaner ha encontrado en el hígado tirosina, glucosa y ácido lactoso succínico y fórmico. En las necrobiosis del hígado y los riñones ha encontrado fermentos intracelulares, que incluye en las categorías de las globulinas; considera, por lo tanto, la eclampsia, como una intoxicación por fermentos. Mohr ha encontrado también ácido oléico, etc.

Fehling cree que la eclampsia es una intoxicación por los productos de eliminación del feto, de aquí su teoría fetal á la que opone Veit la placentaria fundada en la teoría de las cadenas laterales de Erhlich. Al practicar la autopsia de algunas eclampsias, ha encontrado Schnerd en las venas pulmonares células del *syncitiumu*; estas células que son substancias extrañas para la sangre materna, determinan la formación de anticuerpos y la disolución de los elementos celulares con los que se ponen en contacto. A la syneytrotóxiana corresponde la syneytiolisina. Para Veit la syneytiotóxina es el agente tóxico de la eclampsia, y para Ascoli es la syneytiolisina. Otros autores, Freund, Weichard, Lilpmann, Lichtenstein, etc., admiten que la placenta de las eclámplicas es tóxica y que el veneno tiene predilección marcada por este órgano. Esta hipótesis confirmada por la experimentación dá más peso á la teoría placentaria.

Zangemister considera, en cambio, la eclampsia como una neurosis refleja, cuyo origen es la irritación mayor de la parturienta, debida al embarazo. A consecuencia de las contracciones enérgicas del útero se produce un reflejo que determina una excitación de los vasos-constrictores y un espasmos vascular generalizado; de aquí la anemia cerebral que repercute sobre las vísceras y favorece la producción de foco de degeneración y de neurosis en el hígado, los riñones y el corazón. Esta teoría tiene sus partidarios: Büttner, Seiz, etc.

Otros autores, Massini, Potet, Kerisley, Vassale, admiten relacio-

nes íntimas entre la eclampsia y las lesiones de la glándula tiroidea. La eclampsia es debida á una insuficiencia tiroidea que sobreviene durante el embarazo. Esta hipótesis se halla confirmada por los resultados obtenidos por Vassale, quien ha visto presentarse crisis de eclampsia después de extirpadas las glándulas paratiroides.

Chirrie ha encontrado siempre hiperplasia de la capa cortical de las cápsulas suprarrenales y Brindeau ha descubierto con mucha frecuencia en las placentas de las eclámpicas, infartos, arteritis, flebitis, hemorragias y edema. Estas alteraciones son, según dicho autor, consecuencias de una intoxicación.

Los medios terapéuticos aconsejados son numerosos. Entre ellos merecen citarse los siguientes: los anestésicos, la sangría, la opoterapia, el parto provocado, la decapsulación del riñón.

7) **Dr. Cifuentes.** Acción local del «606» en oto-rino-laringología.

Recuerda en primer término que el Dr. Azua ha expresado que «el máximum de intensidad de la serie arsenical se realiza al ponerse en contacto en el organismo, el medicamento con los protozoos, causa de la enfermedad. Ahora bien, como la sífilis sólo es parcial y transitoriamente enfermedad hemática y su característica es la formación de depósitos treponémicos, poco ó nada permeables á la circulación, á consecuencia de las alteraciones vasculares obliterativas que los mismos treponemas determinan este aislamiento de los focos treponémicos explica la resistencia incompleta que ciertas lesiones específicas presentan á la acción del «606». De aquí que se haya intentado perfeccionar su acceso á los focos enfermos, poniéndole en contacto con los puntos lesionados». Este es el fundamento de la aplicación del «606» en las lesiones anteriormente citadas.

De diez observaciones que presenta el autor, en cuatro se logró completa curación de las lesiones con los toques de arsenobenzol, habiendo estado uno sometido á tratamiento mercurial intenso y careciendo de tratamiento general los otros tres; en dos, después de tratamiento mercurial sin resultado, con sólo cuatro toques de Salvarsan se inicia mejoría y rápida cicatrización; en tres, inyecciones con «606» á pesar de lo cual algunas lesiones reaccionaban con pereza á dicha inyección, se activa la reacción con los toques, y finalmente, un último enfermo que, llevando buena marcha en su tratamiento, no se conoce el resultado por haber desaparecido de la consulta.

El número de toques necesarios para obtener la curación es variable, pero en estos casos y en términos generales puede decirse que desde el segundo ó tercer toque ya empiezan á observarse las lesiones más limpias y que hacia la sexta ó novena sesión se logra la cicatrización.

Acerca de otras aplicaciones de la acción local del Salvarsan, además de la acción sobre la angina Planet-Vincent, se cuentan entre las afecciones por espirochetos una serie de procesos flogísticos y ulcerosos, gingivitis, estomatitis simple y mercurial, ciertos abscesos perióísticos y peribucales, escorbuto y acaso también el noma.

Como conclusiones expone las siguientes: 1.º Las placas mucosas y las ulceraciones gomosas de la faringe, laringe y fosas nasales mejoran rápidamente con la aplicación local de disolución ácida de Salvarsan al 1 por 100; 2.º Dicho tratamiento local está siempre indicado, pero especialmente en aquellos enfermos en que está contraindicada la inyección intravenosa de arsenobenzol; y 3.º En vista de los resultados obtenidos, dicho medicamento debe sustituir ó equiparse al nitrato de plata, nitrato ácido de mercurio y demás tópicos utilizados hasta la fecha en esta especialidad para el local de las lesiones sifilíticas.

8) **Dr. Geley.** Administración del Salvarsan por el recto.

En evitación de los inconvenientes de la administración del «606 en inyecciones intramusculares ó intravenosas, el Dr. Geley recomienda administrarlo por el recto.

El manual operatorio no puede ser más sencillo. Para hacer la inyección rectal basta un embudo de cristal ó el irrigador ordinario, á cuya cánula se adapta una sonda de Nélaton de calibre mediano, la cual se introduce algunos centímetros en el recto. La solución, lo mismo que para las inyecciones intravenosas, debe ser alcalinizada por la sosa, para lo cual se vierte la dosis de medicamento (de ordinario 30 centigramos) en una probeta ó en un vaso pequeño, se agregan dos cucharadas de suero artificial (preparado con agua destilada) y se agita con una varilla de cristal hasta la disolución completa. Después, sin dejar de agitar con una mano, se agrega con la otra, gota á gota, la legía de sosa (solución al 16 por 100) se forma un precipitado que se disuelve en cuanto la dosis de sosa es suficiente. Después se mezclan en el aparato de inyección la solución preparada así y suero libre (100 á 120 gr. si se inyectan 30 centigramos de Salvarsan y 200 á 250 gr. si la dosis del medicamento es de 60 centigramos). Antes de

inyectarse el Salvarsan debe vaciarse el recto. El medicamento es bien tolerado y su absorción rápida y completa.

Los efectos fisiológicos y terapèuticos son, al parecer, análogos á los obtenidos por las inyecciones intravenosas. Basta, de ordinario, una serie de tres inyecciones, separadas por un intervalo de tres á cinco días.

En resumen, la administración del Salvarsan es no sólo útil, sino que reúne el máximum de comodidad y el mínimum de inconvenientes.

Profesor GONZÁLEZ PRATS.

Sección Profesional

Comité catalán de salud pública.—Excmo. Sr. En protesta de la actitud adoptada por el «Patronato de Cataluña para la lucha contra la tuberculosis», que estimamos en abierta oposición con las exigencias de la Ciencia y en desacuerdo con justísimos principios á que debe someterse la acción social de un instituto de su naturaleza, nós vemos en el deber de llamar la atención de V. E. sobre las anomalías que la integran.

El Patronato ha faltado á la Ciencia. Oficialmente, en sesión pública, se vanaglorió de una «acción moral» encaminada á modificar las ideas políticas de los enfermos y á obtener el rescate de sus almas luego de una operación cruenta, y refirió un caso en demostración de la efectividad de sus propósitos. Si el hecho era real, constituía un acto anticientífico y antihumano; si imaginario, era antihumano y anticientífico el elogio. Primero, lo afirmó solemnemente; luego, ante la protesta del Dr. Queraltó, pretendió tergiversar el valor de su relato: y ha pocos días, en pleno juicio oral, uno de sus médicos ha declarado que cuando su presidente hablaba en las sesiones públicas oficiales del Patronato, lo hacía «como se habla en los mitins, inventando cosas para producir efecto». Tratándose de una corporación científica oficial en una nación civilizada, es obvio que por dignidad científica y por dignidad patria, es imposible que oficialmente siga amparándose á quien de esta suerte labora.

El Patronato ha faltado á sus deberes médicosociales en la organización de sus servicios. Fundó su primer dispensario en el Paseo de San Juan; luego abrió otro en la Travesera de Gracia, y, últimamente, ha inaugurado un Sanatorio cerca de Tarrasa. Proponiéndose fundar un segundo dispensario, es evidente que debió pensar en establecerlo alejado del primero, con objeto de que en él pudiesen ser cuidados cuantos quedasen sin asistencia por tener á gran distancia sus domicilios ó talleres; y así pudo instituirlo en la izquierda del casco antiguo en cuyas malsanas callejas se hacían los proletarios, ó crearlo en las

barriadas obreras de Pueblo Seco, Hostafranchs, Sans, etc., perennes focos de tuberculosis. Pues bien; el segundo dispensario está emplazado á unos quince minutos del primero, en la calle de la Travesera de Gracia, de escasa morbilidad tuberculosa, y á dos pasos del paseo de Gracia, la vía más aristocrática de Barcelona. Con sólo narrar el hecho se evidencia que ningún motivo científico puede abonarlo.—El sanatorio no está terminado; su coste actual es de unos setenta mil duros, y alberga, por el momento, de ocho á doce tuberculosos; á veces veinte como caso extremo. Titulándose el Patronato de Cataluña, tal obra es, á todas luces, enteca é irrisoria: doce ó veinte enfermos albergados para toda Cataluña, después de siete años de labor oficial corporativa, muestran la vacuidad de esta obra y la insignificancia de su tarea. Sino disponía de más dinero, pese á su propaganda y á sus bailes, hubiera podido crear, con la misma suma, veinte ó más estaciones de cura de aire, al rededor de las mayores poblaciones, y, de este modo, extender su acción por toda la tierra Catalana.

La organización administrativa del Patronato es de tal manera deficiente que, durante largo tiempo, según todavía puede comprobarse, dejó transcurrir meses y meses sin fijar el estado de cuentas; los bonos dados á los enfermos son casi ilusorios por lo escasos: y á pesar de los específicos que recibe de regalo y de los demás donativos con que cuenta, es tal su escasez de medios terapéuticos, que sus facultativos se han visto, alguna vez, precisados á recetar á gotas medicamentos que debían ordenar á cucharadas.

La organización profesional del Patronato, en virtud de su marcha continuamente insólida, ha quedado reducida á la intervención de unos pocos médicos, faltos todavía del gran prestigio que fuera de desear para sus cargos. Uno tras otro han ido separándose varios de los que al comienzo, movidos por su bondad, le habían prestado su concurso. Los que fueron presidentes honorarios, ilustres doctores Rodríguez Méndez, Bonet y Valentí Vivó, están distanciados en absoluto; y de igual suerte varios de los que figuraron como inscritos en el mismo ó que, sin estar inscritos, le honraron con sus trabajos: doctores Roselló y Vila, Narciso Fuster, Segalá Estalella, Fontbona, Más Alemany, etc. Alguno, como el doctor Raduá, que sigue inscrito, no toma parte en sus trabajos.

En resumen: la acción oficial antituberculosa en Cataluña, por la impericia de sus directores, es cada día más exigua y más en desacuerdo con los preceptos de la moderna Ciencia. De su acción propiamente médica no hay estadística conocida; y de la acción social realizada por los institutos antituberculosos de Bélgica, Alemania, etc., no hay en el de Barcelona el menor indicio, á menos que no quieran mirarse como tales el consabido rescate, una corrida de toros y los bailes de sus damas,

Ciertamente, como dice el «Instituto Médico-social de Cataluña», tales anomalías deben ser efecto, no sólo del vicio de origen del Patronato y de sus defectos de organización, sino también de la orienta-

ción impresa al mismo por la persona que ocupa su presidencia, y cuyos deseos, aún reputándolos buenos, no es posible que compensen su manifiesto desconocimiento de los problemas científicos. Y por esto el Congreso Español Internacional de la Tuberculosis declaró resultantemente que no era posible permitir á las personas ajenas á nuestro sacerdocio la dirección de los institutos populares de acción antituberculosa. En este sentido, primero la Sección de Higiene y Acción social, y luego el Congreso en pleno, aprobaron por unanimidad la conclusión siguiente: «El Congreso recuerda á los Gobiernos la suprema conveniencia de que al frente de los institutos antituberculosos figuren personas de absoluta idoneidad científica, con objeto de que no se desvíen de su acción esencialmente humanitaria y técnica». Dada la transcendencia de esta resolución por un lado, y por otro la firme promesa del Gobierno de procurar por todos los medios posibles el cumplimiento de los acuerdos del Congreso, entienden los firmantes que no puede caber la menor duda respecto de la urgente necesidad de proceder á la reorganización del Patronato.

No sólo lo demanda de consumo el Congreso de la Tuberculosis, el Instituto Médico Social de Cataluña, el Comité Catalán de Salud Pública, 123 sociedades culturales, obreras y políticas catalanas, diversas prestigiosas personalidades médicas y la Comisión permanente del Congreso de la Tuberculosis, sino que debe imponerla el buen criterio del Gobierno, que no ha de permitir siga funcionando ese Patronato en contra de la legislación vigente que rige en toda España. La ley que regula la existencia de las Juntas antituberculosas en España prescribe la necesidad de que sean formadas con médicos de Beneficencia, Inspectores de Sanidad y personalidades médicas prestigiosas. La ley que expusiera se dictó para el Patronato de Barcelona, permitiéndole su funcionamiento sin ninguno de esos requisitos; y si esto pudo creerse oportuno en algún momento ante la conveniencia de implantar con la mayor rapidez la acción oficial antituberculosa, el mismo desarrollo de esta acción impone ahora la conveniencia de derogar la R. O. especial y someter la Junta ó Patronato de Cataluña á la R. O. vigente en toda España, reorganizándola sobre la base de la conjunción de todas las personalidades médicas más notables de Barcelona, cuyos esfuerzos en pro de la acción antituberculosa se han hecho patentes repetidas veces, y, en especial, en el último Congreso.

Por estas razones esperan los firmantes que, impuesto el Gobierno de la justicia de cuanto solicitan, procederá sin demora á la reorganización del Patronato de Cataluña.

Lo que no dudan se realice, dado el rectísimo criterio de V. E. cuya vida guarde Dios muchos años.

Barcelona 1.º de enero de 1912.—EL PRESIDENTE, *Dr. A. Cortés Valls*.—EL SECRETARIO, *Dr. Agudé*

Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.