

ron que las sales de bario y de magnesio obraban igual en la tetania que las sales de cal. También conocemos los efectos de las sales de magnesio en la corea y en la eclampsia puerperal, motivo esta última de un trabajo muy reciente de DEXEUS (24).

Experimentalmente las sales de potasio y sodio provocan la hiperexcitabilidad neuro-muscular, y el cloruro sódico amplifica las convulsiones tetánicas, mientras que el cloruro cálcico las calma.

NETTER observa los buenos efectos de la alimentación restringida en la epilepsia y piensa en disminuir el sodio.

Todos estos hechos no hacen más que confirmar el antagonismo de unos metales con otros. En otros términos: que los trastornos del sistema nervioso pueden venir lo mismo por defecto de Calcio y Magnesio que por exceso de Sodio y de Potasio.

#### CONSECUENCIAS TERAPÉUTICAS

Como final de esta larga exposición diremos cuatro palabras sobre la terapéutica, de los estados de decalcificación y de la hipocalcemia, que se deduce de las concepciones patogénicas actuales.

En el raquitismo y la osteomalacia es inútil dar sales de cal puesto que no hay carencia. Está contraindicado el cloruro cálcico porque es un medicamento que provoca acidosis. Debemos combatir a ésta con sus sustancias alcalinas (bicarbonato cálcico, bicarbonato sódico). Favorecer la fijación del calcio por los rayos ultravioletas y las vitaminas. Vigilar los trastornos intestinales y renales y las glándulas endocrinas.

En los estados tetanígenos administrar el cloruro cálcico o el cloruro amónico como medicación de urgencia, y luego recurrir a los agentes físicos u opoterápicos, mientras indagamos los trastornos que pueda sufrir algún órgano de los que contribuyen a mantener el equilibrio físico-químico de la sangre.

(24) *Revista med. de Barcelona*, Septiembre 1925.

### LA SANOCRISINA EN EL TRATAMIENTO DE LA FIMIA LARINGEA CONSECUTIVA

por el Dr. J. CAMPOS

*Observaciones recogidas en la Sala de Carlos Casades, del Hospital Clínico, dirigida por el Dr. REVENTÓS y los jefes de clínica Dres. DARGALLO y ESPINOSA*

Estas observaciones están hechas con enfermos tuberculosos pulmonares, cuya laringe participaba también de esta infección, habiéndose hecho el tratamiento, por lo que respecta a la parte pulmonar, siendo nosotros simples observadores de la laringe, laringoscopia que se efectuaba con bastante frecuencia, y de esta manera hemos podido sorprender en el curso del tratamiento algunas imágenes laringeas verdaderamente interesantes.

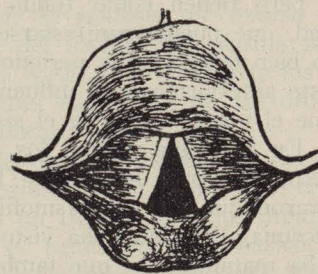
*Observación 1.ª* Diagnóstico pulmonar. Forma fibrosa con síntomas claros en el vértice izquierdo sin comprobar la existencia de cavernas clínicas ni radiográficamente. El comienzo de la enfermedad data de hace 2 años, empezando a adelgazar un año después, en el curso de una afección calificada de gripe; nueve meses más tarde hemoptisis.

Temperaturas oscilando entre 36'6 y 37'5; la enferma no expectoraba y no pudo hacerse el examen de bacilos.

*Imagen laringoscópica.* Palidez del velo del paladar, pilares y úvula; amígdala lingual normal, ligamento y fosas glosos-epiglóticas normales, epiglotis borde libre, palidez más acentuada, cuerdas bandas ventriculares y aritenoides normales.

*Síntomas.* Dolor a la deglución y respiración un poco penosa, ronquera con exacerbaciones, llegando alguna vez hasta la afonía.

En estas condiciones empieza el tratamiento inyectando una dosis de 5 centgr. el día 31 de mayo, 10 centgr. el día 2 de junio, el día 5 de este mismo mes, 20 centgr., el día 8, 35 centgr., el 10, 50 centgr., en donde se inicia una reacción hasta 37'7 de temperatura que se continúa en los días sucesivos. El día 13 se le inyectó 1 gr. sin haber terminado la reacción anterior, presentándose náuseas, vómitos, hemoptisis, albuminuria positiva, disnea y mucha tos, no se nota reacción focal, a la exploración se le dan 20 centgr. de suero, cediendo a albuminuria al día siguiente, continuándose el estado de náuseas y vómito durante muchos días, por lo que se suspende el tratamiento, pierde un kilogramo de peso, un mes después se continúa el tratamiento inyectando 50 centgr., provocándose otra reacción igual a la que seguía a la dosis de 1 gramo; se le vuelve administrar suero 20 centgr., cediendo otra vez la albuminuria; 12 días después se repite, y esta vez es soportada sin albuminuria.

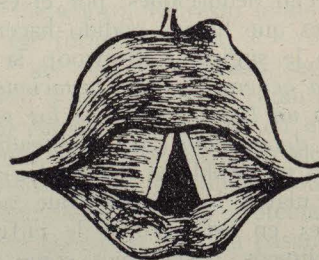


Observación 1.ª - Vesícula en borde libre de la epiglotis

Comenzando en este momento la reacción laringea, se observa en el borde libre de la epiglotis a la izquierda del ligamento glosos-epiglótico y a este mismo nivel una vesícula que por transparencia acusa exudado en su interior.

Los síntomas laringeos se habían acentuado bastante.

Una cauterización en la misma vesícula y tres laringoscopias en días sucesivos nos hicieron observar que en el sitio de la implantación de la vesícula que ya no existía aparecía

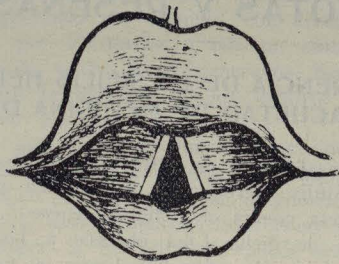


Observación 1.ª (imagen 2.ª). - Tumoración en el lugar de implantación de la vesícula

una tumoración de forma tubérculo (imagen n.º 2), a partir de este momento las observaciones fueron diarias.

Suspendido el tratamiento, notamos unos días después un gran mejoramiento de la imagen laringea, llegando a eliminar la tumoración del borde libre de la epiglotis, quedando a este nivel una escotadura (imagen n.º 3). Encontrán-





Observación 1.<sup>a</sup> (imagen 3.<sup>a</sup>). - Escotadura del borde libre de la epiglótis

do se hoy la enferma con todos los síntomas laríngeos desaparecidos.

Esta enferma salió de la Clínica el 1.<sup>o</sup> de septiembre, habiendo ganado de peso y sin temperaturas.

**Observación 2.<sup>a</sup>** Diagnóstico pulmonar. Forma fibro caseosa con una gran caverna en el vértice derecho, temperaturas casi normales.

Se empezó el tratamiento el 24 de mayo con 5 centgr., pequeña reacción hasta 37'2 durante tres días; el 27 se le aplicaron 10 centgr., pequeña reacción de 37'2; el día 30 de mayo, 20 centgr., sin reacción; el 5 de junio, 30 centgr., y con esta dosis se presenta un exantema escarlatiforme coincidiendo el bacilo de Koch negativo y albuminuria negativa el 9 de junio; después de acabados los síntomas, nueva inyección de 50 centgr., bacilo negativo y albuminuria también.

Los días 15 y 23 de aplican 45 centgr. y se suspende el tratamiento; el 8 de julio, bacilo de Koch; el 14, se emprende nuevo tratamiento con 50 centgr.; el día 20, 60 centígrados. Sin reacción.

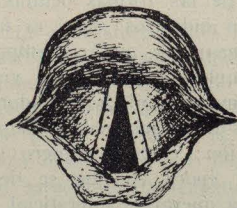
El 1 y 8 de agosto, 50 centgr.; nuevo exantema, suspendiéndose el tratamiento hasta el 29 de este mismo mes que se aplica esta misma dosis de 50 centgr., presentándose otra vez exantema y enantema, albuminuria negativa y escasos bacilos de Koch, 38° de temperatura.

El 9 de septiembre; 50 centgr.; otra vez exantema y enantema acompañado de estomatitis con psialorrea, laringitis.

Como sistemáticamente y aunque no acusen ningún síntoma, se hace la observación laríngea, diremos que la enferma que nos ocupa tenía en el día de la observación primera, una imagen laríngea normal y ningún síntoma de fimia laríngea. En cambio el día 9 de septiembre con la aplicación de 50 centigramos, última vez que se presenta exantema y enantema con estomatitis y psialorrea, la imagen laríngea era la siguiente: amígdala lingual, ligamento glosopiglotico y fosas normales, la epiglótis participaba de un proceso inflamatorio que estaba completamente limitado en ella, las bandas ventriculares y aritenoides normales, y las cuerdas aparecían con un tinte más oscuro (gris perla) y salpicadas de puntitos blancos en toda su extensión.

Síntomas: afonía y dolor continuado a nivel del laríngeo.

Esta imagen laríngea (observación 2.<sup>a</sup>), duró 48 horas y sin



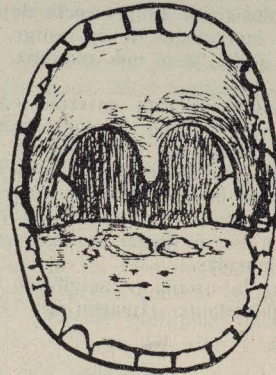
Observación 2.<sup>a</sup> - Pigmentación cordal e inflamación de la epiglótis

otro tratamiento desaparecieron la inflamación epiglótica y pigmentación cordal, quedando la enferma con su imagen laríngea anterior.

Haremos notar que desde la última reacción se suspende el tratamiento, esto es, del 9 de septiembre al 23 en que cede este estado, siguiéndolo el 14 de octubre con aplicaciones de 25 centgr., no presentándose hasta la fecha más que un exantema psoriasiforme el primer día de la aplicación por 25 centgr.

**Observación 3.<sup>a</sup>** Diagnóstico pulmonar. Tuberculosis ganglio pulmonar. Imagen laringoscópica normal. Empieza el tratamiento el día 28 de septiembre con 10 centgr.; el 5 de octubre, con 25 centgr. y el día 14, con 40 centgr., el examen bacilar acusa uno por cada seis campos.

En este momento empieza la observación, acusa la enferma dolor a la deglutación y en la lengua. Al examen laríngeo se observa una gran infiltración de las papilas de la lengua en su base a nivel de la convexidad de esta también se encuentra la lengua un poco inflamada lo que explica los fenómenos de que se queja la enferma, esta reacción es muy poco tenaz, de intensidad y duración es suficiente unos toques de glicerina yodada al medio por cien para que desaparezca a los dos o tres días de la observación. (Imagen n.º 3).



Observación 3.<sup>a</sup> - Inflamación de las papilas de la lengua

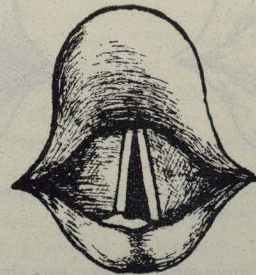
**Observación 4.<sup>a</sup>** Diagnóstico pulmonar. Cavitaria doble fibro-caseosa, bacilo 25 por campo. Empieza el tratamiento el día 5 de octubre, 25 centgr.; día 13, 35 centgr., reacción 39'3 y al siguiente día 38'5 bacilos, 8 por campo.

La imagen laríngea en este momento acusa una inflamación de la amígdala lingual que como en el caso anterior cede rápidamente. (Imagen observación 4.<sup>a</sup>).



Observación 4.<sup>a</sup> - Inflamación de la amígdala lingual

**Observación 5.<sup>a</sup>** Diagnóstico pulmonar. Bronco-pneumonia con lesiones cavitarias en ambos pulmones especialmente en el izquierdo. Lesión inicial data de ocho meses por una hemoptisis; entra con temperaturas de 38 y 39, enorme cantidad de bacilo de Koch.



Observación 5.<sup>a</sup> - Vegetación de la membrana ari-aritenoidea

Imagen laríngea, amígdala lingual, ligamento glosopiglotico y fosas normales, epiglótis un poco inflamada, bandas ventriculares normales, cuerdas normales, eritenoides normales. en la membrana ari-aritenoidea se observa una vegetación que



impide el buen cierre de las cuerdas en su posición fonatoria. (Imagen 1.<sup>a</sup>, Observación 5.<sup>a</sup>).

Síntomas; afonía y dolor constante a nivel del laríngeo en el lado derecho de la enferma, alguna vez irradiaba este dolor al oído del mismo lado.

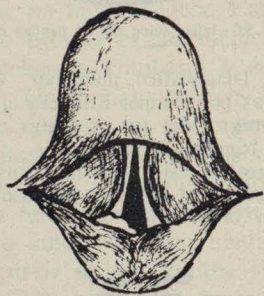
Se inicia el tratamiento el 15 de junio; dosis de 5, 10, 25, 40 y 60 centgr., repitiendo esta última dosis varias veces, como incidente, dermatitis al mes de julio que correspondió a la 7.<sup>a</sup> inyección; antes de esta inyección se comprobó la existencia de bacilo 7 a 8 por campo; se dan dos inyecciones más de 60 centgr. y se deja un intervalo de descanso de 20 días, volviendo a aumentar el bacilo en este tiempo.

Se empieza otra vez el tratamiento con la dosis de 50 centígrados, que se repite, correspondiendo entonces el examen bacilar a 1 por cada tres campos; al cabo de 13 días se disminuye más la dosis por la presencia de indicios de albúmina y se hacen 3 inyecciones de 25 centgr. siguiendo el tratamiento hasta la fecha, con una máxima de 37.5 de temperatura.

La reacción laríngea de esta enferma corresponde al día 24 de agosto, esto es, al cabo de dos semanas de la última inyección de 60 y después de la dermatitis.

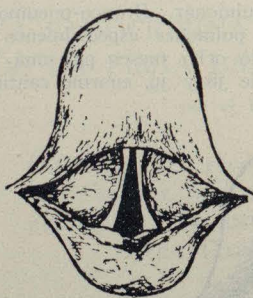
La imagen laríngea correspondiente a esta reacción, es la siguiente, epiglotis muy inflamada, rojo sangrante bandas ventriculares que participan de esta inflamación y caen por encima de las cuerdas vocales, sin llegar a esconderlas, y las aritenoides también inflamadas.

Había aumentado la afonía y agudizado el dolor de una manera un poco inquietante. (Imagen 2.<sup>a</sup> Observación 5.<sup>a</sup>)

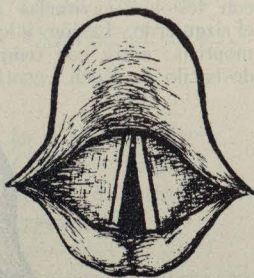


Observación 5.<sup>a</sup> (imagen 2.<sup>a</sup>)

En este estado de cosas se le practican dos cauterizaciones profundas en el centro de las bandas ventriculares, otras dos en los cuerpos de las aritenoides entre los tubérculos y una destruyendo la vegetación. (Imagen 3.<sup>a</sup> Observación 5.<sup>a</sup>).



Observación 5.<sup>a</sup> (imagen 3.<sup>a</sup>).—En donde se indica el lugar de las cauterizaciones



Observación 5.<sup>a</sup> (imagen 4.<sup>a</sup>)

A partir de este momento regresa esta laringitis sin ningún otro tratamiento laríngeo y 15 días más tarde aparece completamente transformada esta imagen. (Imagen 4.<sup>a</sup> Observación 5.<sup>a</sup>).

## NOTAS Y RESEÑAS

### LA CONFERENCIA DE LA SÍFILIS HEREDITARIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS

Durante el pasado mes de octubre, asistimos a la Conferencia de la Sífilis Hereditaria, patrocinada por "La Liga Nacional Francesa contra el Peligro Venéreo".

La fundación de dicha Liga obedece a los innumerables desastres que ocasiona la sífilis hereditaria en todos los países, especialmente en Francia y su objeto no es otro que poner en juego todos los medios de profilaxia y tratamiento para remediar esta plaga que cual azote de la humanidad se levanta altiva sobre el porvenir de las presentes y futuras generaciones.

Por otra parte, considerando que el estudio de esta interesante cuestión a la vez científica y social no puede progresar sin el auxilio de todos los medios, particularmente de los Sifiliógrafos, Padiatras y Tocólogos, la Liga organizó el actual Congreso en forma tal, que los diferentes puntos y cepciones en la misma tratados, fueron desarrollados por *Rapporteurs* de las distintas especialidades, que con la máxima competencia dieron luz en sus puntos de vista especiales, a una labor completa hasta el presente no igualada.

Teniendo en cuenta el notable incremento que toman ciertamente las formas fustres de la enfermedad, aparte de las Ponencias sobre Profilaxia y Tratamiento, se dedicó una jornada exclusivamente para tratar de las más recientes adquisiciones con el fin de esclarecer la máscara de la Sífilis Hereditaria larvada.

Bajo la Presidencia del Profesor JEANSELME, del Ministro de la Higiene y del Trabajo y de los demás elementos de la Liga, se procedió al desarrollo de las diferentes Ponencias.

La primera de ellas se refiere a la *Sífilis Hereditaria Larvada*, de la cual son ponentes los doctores LEREDDE, DEVRAIGNE y CARLE.

Mr. LEREDDE expone en su condición de Sifiliógrafo, los diferentes extremos ya conocidos por sus innumerables publicaciones y particularmente resumidos en su reciente obra "La Sífilis Hereditaria y La Familia Sifilítica" cual estudio raya en algunos puntos a la verdadera fobia.

Comienzo indicando que toda su preocupación desde largos años no ha sido otra que escudriñar la Sífilis Hereditaria en los casos en que otras veces hubiera parecido fantasía buscarla, acusando a los tocólogos y pediatras de recaictrantes y como culpables de un número ilimitado de muertos por sífilis hereditaria, y de una manera especial, aquellos que por su categoría oficial y con autoridad de profesores, no han sabido advertir a sus discípulos el peligro ni enseñarles a reconocer el sinnúmero de signos que en su conjunto condicionan el diagnóstico de las formas ocultas o ignoradas.

No proseguiré sin indicaros *¿Qué es la Sífilis Hereditaria Larvada?* Ya FOURNIER y sus contemporáneos conocían de ella numerosos ejemplos: todos habían visto tal vez demasiado rápidamente, numerosos niños portadores de estigmas dentarios, en los cuales nada anormal se había desarrollado hasta la segunda generación; crecido número de adultos sanos en apariencia hasta la época en que se desarrollaban una periostitis gomosa, una queratitis intersticial por ejemplo. Y a pesar de esto no se habían descubierto las formas larvadas conocidas hasta hoy que las encontramos a menudo en un número considerable de casos de enteritis, meningitis, debilidad congénita, pruritosos, enfisematosos, basedowianos, cardíacos, etc., en los cuales es dable reconocer un origen hereditario.

Hasta el descubrimiento de las supuestas alteraciones humorales, el diagnóstico de las formas congénitas se fundaba sobre la presencia de signos o estigmas específicos; su estudio restringido o ensanchado por unos y otros, ha sido