

44-5

Ca 2412

~~W. J. J. J. J.~~

B. Cajal No

1884

81-1-2-15

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

del

TRATAMIENTO MERCURIAL DE LA TABES DORSAL





EXCMO. SEÑOR:

No es mi intención hacer una monografía de la tabes si no que trato únicamente de hablar acerca de algunos puntos de esta enfermedad, y, en especial, del tratamiento mercurial por medio de las inyecciones y de sus accidentes, fundando los asertos en los casos que, durante mis estudios de Licenciatura, pude observar en las clínicas de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Pequeño y pobre es mi trabajo, pero grande es la bondad de los

sabios profesores que me escuchan y en ellos confio, como el naufrago en la tabla salvadora, para llegar á seguro puerto; al fin de mi deseo, y perdonenme todos entre desde luego en materia.

Aun hoy en dia se encuentran divididos los médicos en cuanto al tratamiento mercurial de la tabes.

Unos, creen en su eficacia, en tanto que otros no solo no creen en la curación por el tratamiento mercurial, si no que á su administración le culpan la agravación del mal.

Esto, sin duda ninguna, se debe á la diferencia de pareceres

en cuanto á la etiología de esta enfermedad, pues mientras Fournier, Marie, Dejerine y tantos otros la creen debida en la mayoría ó en la inmensidad de los casos á la sífilis, otros, en cambio como Leyden Westphal Nothnagel, etc. niegan, ó, por lo menos, limitan á muy corto número de casos, la influencia de este agente en la génesis de la tabes.

Apoyándonos en los casos que hemos podido observar y en lo que la mayoría de los prácticos nos dicen, creemos que la sífilis juega un papel predominante, si no exclusivo en la producción de la tabes que el 90 % de los tabéticos, son sífilíticos en cuanto al resto

seria muy discutible si la sífilis era ó no la causante de la enfermedad; pues sabido que, hay algunas sífilis que pasan desapercibidas, como suele suceder, en los casos de chancro extragenital y en la sífilis que podemos llamar de los inocentes.

"
" "

Fournier en 1882 en su obra sobre "La ataxia locomotriz de origen sifilítico", fué el primero que afirmó la acción del mercurio sobre la tabes: esta acción seria marcada sobre la tabes reciente y se haria sentir sobre la confirmada. "No es ^{im} posible, dice, que la medicación especifica alivie ciertos síntomas que daten de

un tiempo mas ó menos lejano".

En la tabes antigua, cierto es que, no podemos esperar una curación completa, pero sí el alivio de ciertos síntomas; trastornos de la micción, etc. En la tabes reciente no solamente podemos obtener el alivio de ciertos síntomas, si no que, tambien podemos detener la evolución de la enfermedad de una manera pasagera ó definitiva.

A. Robin (Gazette medicale de París 1882) cita un caso de tabes sin incoordinación en el que despues de varios años de tratamiento, desaparecieron todos los síntomas. El enfermo fué tratado

por las fricciones mercuriales durante seis meses con periodos de reposo mensuales de 8 á 10 dias y, el ioduro á la dosis de tres gramos.

Dinkler en Alemania en 1883 publicó una memoria sobre la misma cuestión, citando en su favor que es la de inocuidad y legitimidad del tratamiento específico en la tabes, los resultados obtenidos por Erb Strümpell, Schulze, Benedickt, etc. en los que por el tratamiento mercurial se obtuvo la curación ó alivió de la mayoría de los enfermos observados.

Dinkler dice, que por el tratamiento mercurial, los dolores

fulgurantes de las piernas y la incoordinación motriz, desaparecieron ó se modificaron, de la misma manera que los reflejos tendinosos, pupilar, y, el estado general de los enfermos fué mejorando en mucho por dicho tratamiento.

Contraria á la expuesta es la opinión de Leyden que se manifiesta claramente hostil al tratamiento mercurial, al que considera no solamente inútil si no hasta perjudicial, pudiendo causar al enfermo nefritis, albuminuria, etc.

El doctor Marie (Leçons sur les maladies de la moelle, Paris 1892) dice, que el tratamiento mercurial en la tabes no tiene

acción alguna y que los pretendidos casos de curación por este tratamiento solo se explican ó por un error de diagnóstico (pseudotabes) ó por las remisiones que á menudo se observan en su evolución.

Fournier que, en 1882, considera la tabes como realmente sífilítica, en 1894 habla de una afección parasifilítica, es decir una afección sobre la que el mercurio y el ioduro no ejercen mas que una influencia lijera."El mercurio y ioduro no actuan, dice; este caso, desgraciado, no es muy común... y al contrario estos medicamentos pueden actuar sobre las afecciones parasifilíticas de

una manera muy lenta, muy incompleta". Afirma haber obtenido un caso de curación y nos ponen en guardia contra ciertas causas de error particularmente y contra ciertos casos de tabesfrustrada que persisten largo tiempo sin modificación.

Bochkhart en 1902 dice haber tratado en trece años noventa y cinco tabéticos por las fricciones mercuriales, noventa y dos estaban en el estado inicial, y, veintitres en el atáxico. De estos noventa y cinco casos, en veintidos no pudo seguir su observación, cuatro murieron y en los sesenta y nueve restantes, cincuenta y ocho estaban en el estado inicial. En diez la tabes siguió progre-

sos muy lentos. En treinta y tres hubo alivio y doce curaron completamente de la enfermedad.

En once casos que habian llegado al periodo de incoordinación el resultado no fué sensible más que en dos, que desaparecieron los trastornos vexicales y los de la sensibilidad.

En la revista de neurologia de 1902 se encuentran seis observaciones de tabéticos mejorados por el mercurio. En un solo caso la curación fué completa.

M. Babinski somete, sistematicamente, á la mayoria de sus enfermos, al tratamiento mercurial intenso y prolongado. Para este mé-

dico es indiscutible que esta medicación atenúa ó hace desaparecer, alguna de las manifestaciones de la tabes y detiene á lo menos en cierta medida la evolución.

Hallopeau en 1902 considera la tabes como ligada á la localización de las neoplasias específicas, probablemente, bajo la forma de pequeños gomas ó de arteritis circunscritas en el dominio del sistema nervioso centripeto y mas particularmente en los gánglios espinales ó encefálicos, y á una degeneración secundaria con esclerosis consecutiva de las neuronas de sensibilidad.

M. Moty dice, haber obtenido, en un caso, resultados satisfac-

torios del tratamiento mercurial. Tratabase de un enfermo de 45 años, sifilítico hacia algunos y sometido al tratamiento, disminuyeron las crisis laringeas y los dolores fulgurantes desaparecieron.

M. Verité en la semana médica dice, que la tabes es pura y simplemente, una afección sifilítica y concluye en la necesidad del tratamiento mercurial intenso y bajo la forma de inyecciones, tanto en la tabes como en las afecciones parasifilíticas de Fournier.

Nageotte (Pathogenie du tabes dorsal) dice, que las lesiones

de la tabes dorsal son el resultado de un ataque localizado sobre un cierto número de raíces sensitivas ^o motrices á su salida del espacio subaracnoideo que se liga á una sífilis generalizada de las meninges. Si en efecto se analiza en estos enfermos el líquido céfalo-raquideo, este análisis nos revela una linfocitosis muy característica. Para él la tabes es en realidad la neuritis radicular transversa, es decir, la neuritis de las raíces posteriores comprendida entre el gánglio situado sobre esta raiz, y, el punto donde está se mete en la dura-madre. Esta neuritis radicular es la consecuencia de la meningitis sífilítica: El autor llega á esta

conclusión: "¿Si la meningitis sífilítica, lesión del tejido conjuntivo unicamente precede á la alteración de los elementos nobles no debe esforzarse tratarla antes de la aparición de la tabes? Mas tarde, la destrucción de las fibras nerviosas es irreparable y la desaparición del elemento noble pone los tejidos en malas condiciones para vencer la afección".

M. Faure dice: que el origen de la mayoría de los casos es realmente la sífilis pero que hay algunos que reconocen otra causa; (degeneración senil, tuberculosis, alcoholismo, grippe, reumatismo, etc.) y por lo tanto, el ve la necesidad de procurar diferen-

ciar los casos de tabes sifilíticos, de los que son debidos á otras causas, á fin de aplicar un tratamiento conveniente en cada caso, en lugar de mercurializar sistemática é intensivamente á todos los tabéticos ó no mercurializar á ninguno, según se trate de partidarios ó adversarios de la medicación mercurial.

"
" "

M. Fournier comprende con el nombre de AFECCIONES PARASIFILITICAS á las enfermedades que son debidas:

1º. á la sífilis-histero-neurastenia aguda secundaria y manifestaciones neurastenicas de un periodo mas avanzado, histero-sífilis,

tabes, parálisis general, una forma especial de apoplejia(?) una forma especial de atrofia muscular.

2º. á la heredo-sifilis. Trastornos distroficós generales ó parciales, deformaciones orgánicas-dentarias especialmente- detención ó retardo de desenvolvimiento físico ó intelectual, infantilismo, raquitismo, hidro-cefalia ciertos casos de meningitis simple de los jóvenes, seguramente, en todos los casos la tabes de los jóvenes y la parálisis general juvenil.

M. Fournier, -después de haber enumerado estas afecciones- insiste sobre los caracteres que les separan de las afecciones sifi-

líticas verdaderas. Desde luego una placa mucosa, un goma, no pueden existir sin sífilis anterior; al contrario, la tabes, la parálisis general, el raquitismo, etc. pueden producirse sin antecedentes de sífilis. En segundo lugar, las afecciones parasifilíticas no son influenciadas por el mercurio y el ioduro de potasio como lo son las afecciones sífilíticas verdaderas.

Sobre este punto M. Fournier nos dice en resumen: "Yo no digo que el mercurio y el ioduro estén absoluta y radicalmente desprovistos de toda influencia sobre las afecciones parasifilíticas, si no que digo simplemente, que ellos no ejercen sobre ellas una ac-

"ción comparable, á la que les es habitual, cuando se encuentran
"frente á frente de los accidentes sifilíticos verdaderos. Tanto
"los agentes llamados específicos quedan sin ninguna influencia so-
"bre las afecciones parasifilíticas, tanto ellos pueden pero de
"una manera siempre muy lenta ó muy incompleta é insuficiente. Nin-
"guna comparación puede establecerse bajo este punto de vista, por
"ejemplo entre la influencia terapeutica que dichos remedios vienen
"-y alguna vez solamente- á ejercer sobre la tabes, que la que les
"es habitual frente á frente de una papula ó de un goma -hay un
"abismo de uno á otro."

En lo que concierne á la tabes declara que está ciertamente ligada á la sífilis como un efecto á la causa, pero añade: "¿Cual es la naturaleza de esta ligadura? ¿Comparar la tabes á un accidente de la sífilis á una sífilide ó á un goma? imposible. El sentido clínico se revela contra tal relación. -En qué pues debe asimilarse. ¿No es un accidente sífilítico como los otros? -Es que las otras curan por el mercurio y el ioduro, mientras que á ella el mercurio y el ioduro no le hacen nada. Asi pues el buen sentido clínico á deducido que si la tabes era seguramente un derivado de la sífilis, no constituia un accidente análogo á los acciden-

"tes usuales de la enfermedad. ¿Manifestación de naturaleza sifilítica? No, he aquí lo que no es".

El libro de M. Fournier trata de demostrar la gravedad inherente á las afecciones parasifilíticas en razón de la debilidad del tratamiento, y, no conoce otra defensa que, la profilaxis de la sífilis.

La revelación y la vulgarización de esta verdad tiene un doble interés científico, mostrando lo que es la sífilis en realidad y practico, el que puede derivar de un conocimiento mas exacto de la sífilis.

La PSEUDO-TABES SIFILITICA es una concepción de origen alemán cuando se habla de curación de tabes los adversarios siempre dicen que lo que se curó no fué una tabes, si no una pseudotabes, lo que no suele ser cierto.

Algunos autores alemanes, han tratado de constituir un tipo morboso bajo este nombre y han reunido algunos casos. En todos el tratamiento mercurial fué satisfactorio.

De las observaciones de Leduc y Lemoine se puede sacar la conclusión siguiente y es: que, existe en los sifilíticos un tipo morboso muy frecuente y parecido á la tabes vulgar, curable por el

mercurio y de muy difícil diagnóstico.

" " "

El conocimiento de la *tabes FUSTRADA* es de época muy reciente y se comprende bajo esta denominación. Aquellas *tabes* en que los síntomas son poco numerosos y poco importantes y donde la evolución es muy lenta.

En las formas frustradas se puede detener su evolución espontáneamente. Esto casi es también cierto para las formas comunes.

Cuando un sifiliógrafo ó un neurologo publica un caso de curación de *tabes*, la primera objeción que se le hace por los que no

creen en la naturaleza sifilítica de esta enfermedad, es como ya dejamos dicho que se trata de un caso de detención espontánea de la tabes. Lo que sería un argumento de fuerza, si estos casos solo hubiesen sido observados por uno solo, pero como no es así, pues hemos dicho anteriormente que Leduc y Lemoine han citado cuatro casos el primero y seis el segundo, esto hace sin duda ninguna perder toda la fuerza á la objeción. Y por si esto no bastase para desvirtuar la objeción, añaden que la detención de la enfermedad, la retrocesión de los síntomas, siguen los periodos del tratamiento mercurial, y aseguran también que él actúa de una manera eviden-

te sobre los síntomas que son debidos solamente á la irritación de ciertas regiones, pero no á su degeneración.

" "

En los párrafos que siguen no me meteré á dar una descripción ni completa ni detallada de los síntomas de esta dolencia, si no que únicamente trataré de evidenciar algunos.

Según vemos en la mayoría de los enfermos que mas atrás citamos, se quejan al empezar á generalizarse la noxa patógena de la lues de parestesias en las piernas y de sensación de debilidad en las mismas, que en la mayoría llega á entorpecer sus movimientos

y se cansan mas pronto que antes de contraer la afección. Estos trastornos, es generalmente admitido, que, son debidos á hiperemias no muy pronunciadas de la médula espinal ó de su cubierta, que en casos excepcionales pueden llegar á convertirse en meningitis ó meningo-mielitis de lo que citan algunos casos Moller Jarisch y Finger.

El dolor es uno de los sintomas mas constantes que presentan estos enfermos y que puede adoptar la forma de dislacerante, terebrante ó fulgurante, siendo esta última forma la mas común, al menos en las observaciones que citamos.

Este dolor aparece por accesos, repentinamente, y, desaparece al cabo de algunos dias ó semanas, para volver á aparecer al cabo de algún tiempo. Suele afectar los miembros inferiores con predilección.

La cesación de los reflejos rotulianos y foto-pupilar, consideranse como uno de los sintomas primeros de la tabes, y, por los que puede hacerse su diagnostico precoz. Estos dos síntomas, pueden presentarse ó ser mas marcados, en un lado del cuerpo que en el otro.

En la mayoria de los casos, aunque no en todos, se suelen pre-

sentar trastornos en el funcionalismo de la vejiga urinaria (evacuación difícil ó con lentitud). En los casos avanzados, la necesidad es menos frecuente, la que se debe á que su mucosa tarda mas en percibir.

Las crisis gástricas, cardiacas, laringeas y faringeas no dejan tambien de ser frecuentes y de tener importancia grande en la tabes.

El mas importante de los sintomas, y, del que esta enfermedad recibe el nombre conque se la conoce, es la falta de la coordinación de los movimientos; síntoma que solo se desarrolla en periodos

avanzados y no es debido, en realidad, ni á parálisis, ni á debilidad de los músculos pero si lo es, á falta de unión de las fuerzas musculares, es decir, que, se enlazan mal los efectos de unos músculos con otros. Donde con mayor frecuencia se presenta la ataxia es en las extremidades inferiores, aunque tambien se presenta en las superiores y en los músculos de la cara y lengua. Los enfermos ejecutan sus movimientos empleando mas fuerza que la necesaria. Esta ataxia es mas manifiesta, cuando le falta al enfermo alguno de los sentidos superiores, y, en particular, el de la vista.

Si á un tabético se le manda estar derecho, con los pies jun-

tos, se tambalea, lo que se hace mas manifiesto si al enfermo se le manda cerrar los ojos, constituyendo el síntoma de Romberg.

"
" "

Grande ha sido el número de los tratamientos empleados contra esta afección, pero nosotros nos limitaremos á hablar del método de las fricciones mercuriales y del de las inyecciones de aceite gris.

Las fricciones mercuriales son, generalmente, empleadas según vamos á indicar: cada noche despues de enjabonar bien la parte donde se va á practicar la fricción, se frota durante diez ó doce

minutos, y, en ambos lados, con seis ú ocho gramos de unguento mercurial. La región friccionada se cubre luego con una tela impermeable. La fricción deberá practicarse cada día en una región distinta, siendo las mas usadas: la cara anterior de los antebrazos, la posterior de las piernas, la anterior interna de los brazos, los hipocondrios y la interna de los muslos. La fricción debe hacerse con el pulpejo del pulgar trazando elipses. Tambien se puede hacer con un friccionador de madera dura y lisa, en forma de hongo. Es recomendable que estas fricciones se hagan antes de acostarse, por que el calor de la cama, favorece la absorción.

Al cabo de diez dias de fricciones, se suspenden durante cinco y asi se continua, dando las fricciones diez dias y suspendiendolas cinco hasta pasados tres meses en los que si no se ha conseguido nada, se suspende el mercurio.

Es conveniente, al empezar cada serie de fricciones, hacer tomar al enfermo un baño general para que la piel quede limpia y en condiciones para la absorción del mercurio.

Simultáneamente, á las fricciones, se empleará el ioduro potásico con interrupción de cinco dias al mes, y á la dosis de uno á seis gramos al dia, aumentando un gramo cada dia; á los tres años,

puede darse por terminada la cura.

Si pasados tres meses el enfermo mejora, se continua durante seis y se repiten en lo sucesivo dos veces por año.

Si el enfermo padeciese alguna afección cutánea curable, la curaremos antes de empezar el tratamiento. Si la erupción se manifiesta en el curso del tratamiento no le suspenderemos á no ser que tome gran incremento.

"
" "

El aceite gris consiste en una mezcla de grasa, aceite y mercurio metálico. Se suele emplear, casi siempre, el aceite á 50 %

y así es como se empleó en nuestros casos.

Para practicar las inyecciones subcutáneas con este agente, se procede de la manera siguiente: después de haber esterilizado convenientemente la jeringuilla y la cánula se aspira el aceite y se procura expulsar el aire que contenga, para lo que se aprieta el émbolo hasta que salga una gota por la punta de la aguja y, después de limpiar bien la región donde se va a practicar la inyección, se coje un pliegue de la piel en sentido paralelo al eje del cuerpo y se introduce la cánula en dicho pliegue asegurandonos de que la punta está libre por debajo del dermis, se aprieta el émbolo para

hacer penetrar el aceite en el tejido subdermico, luego se retira la cánula y se hace ligera presión sobre la parte. Si por el sitio de la punción saliese alguna gota de sangre, basta comprimirla un rato.

Cuando las inyecciones de aceite gris se practican bien, es decir, haciendo penetrar la cánula hasta el tejido subdermico, casi nunca dan lugar á supuración, pero algunas veces la producen y llegan á formar verdaderos abscesos septicos ó flegmonosos, debido á la inoculación de los microbios piogenos vulgares. Estos abscesos pueden ser precoces y aparecer algunos dias despues de la inyección,

ó tardios y venir la infección por una nueva picadura.

La profilaxia de estos abscesos consiste en el buen lavado de las manos del operador, en la esterilización de la aguja y de la geringa y de substancia que se inyecta.

De mas cuidado que estos abscesos septicos, son los asepticos, que se pueden producir con las inyecciones insolubles. Estos son independientes de la acción de los gérmenes patogenos, y, el mas meticuloso no seria capaz con la antisepsia á conjurar tal eventualidad: este hecho fué establecido por Mazza que no encontró micro-organismos en el líquido purulento.

La lesión que se produce es según Fournier menos un absceso que un foco de necrosis líquida. Normalmente el pus es poco abundante y se reabsorbe antes de indicar su presencia, pero si la irritación de los tejidos es muy grande y la diapedesis muy intensa se formará una colección abundante.

Al principio del método los abscesos eran más abundantes que en la actualidad, como puede verse por las estadísticas. En estos últimos diez años Balzer, que ha practicado gran número de inyecciones de aceite gris, no ha observado ningún absceso. Truffi dice que en un total de 1000 inyecciones, si ha visto algún absceso,

pero fueron muy raros y benignos y deduce de esto que, la producción de este accidente es debido ó á una preparación defectuosa, ó á una tecnica mala.

La induración que es otro de los accidentes, puede revestir dos formas: el de una nudosidad circunscrita de forma y grosor variable, desde una avellana á un huevo de pichón. Es para nosotros la reliquia de una inflamación de los tejidos.

La constitución del tumor, varia con la intensidad del proceso inflamatorio, debido á la substancia empleada. El aceite gris da la lesión mas simple: una proliferación del tejido conjuntivo

intersticial.

Wolthers ha podido observar en la autopsia de uno de sus enfermos; el foco de las inyecciones antiguas, gran número de fibras musculares destruidas. Con el oxido amarillo se producen más grandes modificaciones de textura. Allgeyer en 1900 ha estudiado nodulos indurados provocados por inyecciones recientes y ha descrito tres tipos de alteración. En el primero, domina la necrosis de las fibras musculares, algunas resisten bien en medio de la zona de necrobiosis, pero la mayoría ceden su lugar al tejido de nueva formación. En un segundo tipo, la alteraciones más lenta y menos acentuada, y, esta caracterizada, por la proliferacion de los

nodulos, la aparición y degeneración de los corpusculos musculares. En el último tipo la lesión principal, consiste en una atrofia mas ó menos característica que puede á veces llegar á la desaparición total de las fibras musculares. La presencia de la inducción no justifica la necesidad de una intervención, pues su reabsorción es la habitual.

El dolor localizado es el que se produce, cuando la inyección interesa filetes sensitivos. Puede ser inmediato debido al paso de una aguja oxidada al traves de la red intradérmica y se evita facilmente perforando rapidamente, la piel y en las mujeres pusila-

mines proyectando un poco de eter ó cloruro de etilo. Otras veces el dolor es mediato y acompaña á la reacción de los tejidos, entonces el dolor es tardio según la cantidad de la inyección, más ó menos durable según la naturaleza del liquido inyectado, y, mas ó menos intenso según el lugar donde se practique la inyección y tambien según la susceptibilidad del enfermo.

Con las inyecciones solubles, el dolor aparece algunos minutos despues de la inyección; aumenta rápidamente y desaparece más tarde; con las inyecciones insolubles, el dolor empieza á las 24 horas, persiste en su máximun de intensidad durante varios dias, y,

cesa, al cabo de una semana.

Las sensaciones dolorosas dependen del lugar de la inyección. Grefberg da una escala de sensibilidad de las diversas regiones y considera los músculos gluteos, como los menos dolorosos. Todas las condiciones que hemos enumerado no son mas que relativas, pues con la misma sustancia y la misma tecnica, el dolor varia para cada individuo según su susceptibilidad.

Para obviar este inconveniente se ha tratado de introducir alguna substancia analgesica en la preparación mercurial y, se ha empleado la cocaina el ortoformo, la morfina, etc. sin resultado.

Cuando despues de una inyección practicada, en un solo tiempo, aparece sangre, es que se ha herido un vaso. Lesser en dos inyecciones en la nalga, vió producirse una abundante hemorragia que solamente podia ser explicada por la lesión de una arteria. Observaciones parecidas á esta son raras y únicamente suelen producirse, cuando hay gangrena consecutiva. Se puede uno poner al abrigo de este accidente empleando agujas de una longitud de 4 á 5 centímetros y no practicando la inyección más que en los puntos propuestos por los diversos autores.

Generalmente se recomienda la parte supero-externa de la nalga,

donde los vasos son menos abundantes y mas pequeños.

Para mayor seguridad puede mandarse al enfermo que contraiga sus gluteos, para de esta manera disminuir el calibre de los vasos y que sea mas dificil su herida. Si la hemorragia se produce, se hace la compresión digital con un tapón de algodón. La producción de una hemorragia intersticial, es mas rara inyectando sustancias insolubles que solubles.

La aguja puede tambien interesar filetes nerviosos sensitivos y motores, lo que explica la producción de anestias y de los dolores funcionales. Dopter y Tanton citan dos casos de trastornos

motores sensitivos y troficos, en el territorio de distribución del ciatico. En uno de sus enfermos, los trastornos morbosos retrocedieron bajo la influencia de la electricidad; pero en el segundo, á pesar del tratamiento, los músculos de la pierna entraron en degeneración.

Tambien Fournier cita un caso de parálisis de los extensores del pie y en una mujer que tenia múltiples induraciones consecutivas á las inyecciones la desaparición de la sensibilidad cutanea en cierta extensión. Por todo lo dicho debemos evitar el trayecto de los nervios.

La anatomía topográfica nos puede dar datos precisos, así en el trayecto del ciático la región que se debe evitar está circunscrita lateralmente por dos líneas paralelas al trayecto de este nervio, y distanciadas una de otra unos 3 centímetros: sus límites superiores é inferiores, corresponden uno, al punto de emergencia del gran glúteo, y, el otro, está marcado por el pliegue glúteo.

Aunque de pasada ya hemos hablado algo de las gangrenas que pueden producirse por la inyección y que pueden ser causadas por múltiples causas; sea por la reacción inflamatoria, sea por la rotura de los vasos producida por la aguja, sea por la influencia

trófica del sistema nervioso, causada por la acción del mercurio. Four-
nier cita tres casos de escaras cutáneas consecutivas á las inyec-
ciones de sublimado. De una extensa gangrena de la región glútea
habla Lesser, que fué producida también por las inyecciones de su-
blimado. Las escaras producidas por lesión de nervios, parecen ser
las más frecuentes, y, para evitarlas, debe hacerse, cuando la
aguja al penetrar, produzca un gran dolor la punción en otro punto,
pues que, con seguridad, se ha herido un nervio.

La producción de embolias es el más serio argumento que se sue-
le dirigir contra las sustancias insolubles, y, sobre todo contra

el aceite gris, aunque tambien, se puede producir con las solubles cuando su vehiculo es el aceite.

Este accidente es debido á la penetración en una vena de particulas de mercurio ó del cuerpo graso de la sustancia inyectada. Estas particulas, generalmente se detienen en los capilares del pulmón, aunque tambien pueden producir embolias cerebrales menos frecuentemente, las que explican los vertigos que despues de la inyección se pueden observar.

Lesser fué el primero que en 1888 observó el primer caso de trastornos respiratorios consecutivos á una inyección de tannato

de mercurio. Watravesky quiso establecer el papel de los vehiculos introduciendo diversas preparaciones en la yugular del gato y dió las siguientes conclusiones: La inyección de grasas liquidas vegetales en cantidad de un gramo, no produce reacción, pero, la inyección de vaselina liquida en la vena de un animal, va seguida de una reacción grande, con pérdida del apetito y fiebre y por fin cuando alguno de estos vehiculos contiene una sal mercurial produce siempre reacción inflamatoria. De aquí el deber dice de buscar un vehiculo que reduzca las malas consecuencias, ya que no evite las embolias.

Se puede comparar el mecanismo de la afección que nos ocupa al de la embolia que complica las fracturas oseas. Las partículas metálicas, ó los glomérulos de grasa producen, según sus dimensiones, la obliteración de una arteriola pulmonar más ó menos grande, determinando inflamaciones lobulares ó la embolia capilar, en focos diseminados, sin duda como lo admite Virchow por la congestión compensadora de las regiones vecinas, donde los vasos no son obstruidos. Esta es una explicación contraria á la de Quincke que fundándose en los hechos de embolia tardia, invoca una intoxicación general que, se traduce, por una intolerancia localizada en

el pulmón. Para este el tejido pulmonar presenta las lesiones observadas por la misma causa que provoca la enteritis y sus lesiones.

Para evitar, en lo posible, la producción de estas embolias, se aconseja meter sola la aguja y ver si sale por ella alguna gota de sangre, en cuyo caso, se hace una nueva punción, pues es señal que se ha picado una vena.

Alguna vez bajo la influencia del tratamiento y sin que la enfermedad contribuya en nada el enfermo adelgaza y pierde de peso de una manera sensible, su fuerza muscular disminuye, así como su ape-

tito. Este trastorno de la nutrición suele ser poco grave.

Fournier y Moog, entre algunos otros, ocupanse de este trastorno y citan algunos casos dominables por una medicación accesoria reconstituyente.

Las inyecciones obran tambien sobre la sangre y en esta y por intermedia de sus elementos es donde se producen las descomposiciones y precipitaciones que permiten al mercurio impregnar los elementos celulares. Estos fenomenos que son generalmente de laboratorios entran en el dominio de la patologia y de la clínica, cuando su frecuencia es grande. Steukovenkoff deduce de sus experiencias,

que, si en una primera serie de inyecciones la sangre repara los destrozos de la infección, en una segunda, la sangre vuelve á alejarse de su composición normal. Luego la reacción sanguínea depende mas de las dosis prolongadas, que, de la naturaleza del medicamento. El empobrecimiento de la sangre evidenciado por Stoukovenkoff es proporcional á la disminución en el número de los globulos y dara los sintomas de la anemia simple, con los trastornos nerviosos, respiratorios, digestivos, circulatorios; si por el contrario, la disminución de la materia colorante, es mayor que, el del número de los glóbulos rojos, se producirán los signos de la cloroanemia. El número de los glóbulos blancos, tambien disminuye por

las inyecciones repetidas. Stoukovenkoff observa, que, la cantidad de los leucocitos durante el tratamiento por grandes dosis de oxido amarillo, describe una curva decreciente, pero si se sobrepasa su tolerancia y sucumben no tardarán en presentarse los accidentes de intoxicación. Estos trastornos pueden modificarse por la administración del hierro y por un régimen fortificante. En ciertos casos hay que hacer de vez en cuando la numeración de los globulos y, el examen cualitativo de la sangre, para saber el momento en que la inyección disminuye la proporción de los glóbulos rojos y de la hemoglobina.

Las inyecciones salubres, cuando su empleo es á grandes dosis, y las inyecciones insolubles á la dosis normal pero muy repetidas, son susceptibles de provocar accidentes febriles de gravedad variable é independientes de todo trastorno local de infección. Estos accidentes, son muy poco frecuentes, y, generalmente pasan desapercibidos. Estos fenómenos febriles como los trastornos de la nutrición y de la sangre, deben atribuirse á un principio de intoxicación producidos por las dosis llamadas tóxicas. Esta saturación puede presentarse á la primera inyección, lo que ocurre en las inyecciones intra-venosas ó tardar mas en producirse lo que indica una

protesta del organismo contra un tratamiento muy prolongado. Deben ser separadas las series de inyecciones por intervalos de reposo para evitar la saturación.

La utilización del mercurio por el organismo se favorecerá por una medicación, secundaria como la cura mineral sulfurosa que retarda la saturación mercurial y el coeficiente de oxidación de las orinas aumenta, lo que demuestra la mayor actividad de los cambios nutritivos.

Cuando se presentan los síntomas de intoxicación, se suspenderán las inyecciones hasta su desaparición.

La salivación que suele presentarse ya sola, ó generalmente acompañada de estomatitis, es mas frecuente con las inyecciones intravenosas.

La estomatitis, es mas frecuente con las inyecciones insolubles, se manifiesta por dentera sensación de crecimiento de los dientes, molestias á la masticación, y, por signos fisicos de los que Fournier describe tres muy precoces: la gingivitis media inferior, la periferica que se manifiesta alrededor de un diente cariado y el despegamiento de la mucosa detras del último molar inferior generalmente del lado que el enfermo se acuesta. Dietz llama

la atención sobre otro síntoma, del que atribuye un gran valor, y, es la inflamación aguda y dolorosa de un ganglio situado en el ángulo de la mandíbula. De aquí, la necesidad de vigilar minuciosa y cuotidianamente la boca de todo enfermo sometido á las inyecciones. Es generalmente admitido que, todas las estomatitis son producidas por los microbios de la boca que obran por la debilitación de la energía fagocitaria producida por el mercurio. Los microbios penetran con más facilidad por un diente enfermo, y de aquí la necesidad de una gran limpieza en esta cavidad.

A mas de la estomatitis pueden observarse faringitis, angina

mercurial, herpes bucal, etc.

La acción flogogena del mercurio no se observa solo sobre la entrada de las vias digestivas si no que tambien puede producirse sobre el estomago é intestino. La diarrea es un sintoma muy frecuente, y que se produce tanto con las substancias insolubles como con las solubles; es el primer y mejor sintoma de una intoxicación. La enteritis disenteriforme es una forma mas grave.

Los accidentes intestinales se producen generalmente en los sujetos débiles, ó en los que el tubo digestivo no está en buen estado, por lo que debe instituirse un régimen alimenticio durante

el tratamiento.

La poliuria puede ser observada con las inyecciones mercuriales y debe ser considerada como sintoma de una intoxicación ligera y causada por la elevación de la presión sanguínea que producen ciertas sales mercuriales.

Las modificaciones de caracter químico de la orina, pueden consistir en urobilinuria debida á los efectos del mercurio sobre la composición de la sangre, ó, en hemoglobinuria ó en albuminuria, etc.

La nefritis tambien puede ser determinada por el mercurio aun-

que puede confundirse con la producida por la sífilis.

Las inyecciones máximas y repetidas pueden dar lugar á lesiones del sistema nervioso mas ó menos graves y pueden tambien resucitar neurosis anteriores.

Muy diversas han sido las erupciones producidas por las inyecciones mercuriales. Las hidrargirias resisten generalmente tres formas: la forma benigna que es la mas frecuente, y está constituida por una eritrodermia del abdomen, del escroto y de la raiz de los muslos y que no va acompañada de fiebre: la forma febril, erisipelatosa ó escarlatiniforme que se termina por una fina descamación;

la forma maligna que se presenta como una erupción vesiculo-eritematosa, con estomatitis gangrenosa, caída de las uñas, fiebre, fenómenos tóxicos graves. Estas dermatosis son tóxicas y producidas ó por la alteración de las glándulas de la piel en las erupciones localizadas, ó por un reflejo en el caso de exantema generalizado.

La intolerancia es un estado en virtud del que, el organismo ó ciertos organos no soportan el tratamiento mercurial.

Hay que tener en cuenta dos condiciones fisiológicas del individuo, en primer lugar, la edad, así vemos que á los 60 años la arterio-esclerosis, y, el estado senil del riñon da lugar á una sus-

ceptibilidad muy grande para el mercurio. El peso del cuerpo tambien tiene su influencia y se sabe que la tolerancia está en razón directa del peso. La constitución debil, hace mas facil la intoxicación. De donde se deduce que cuando empleamos un tratamiento máximo, debemos asegurarnos del estado perfecto de funcionamiento de los emuntorios, etc. Una afección intercurrente puede, trastornando la digestión, hacer al organismo mas debil. Balzer cita el caso de un enfermo que no presentaba ninguna contraindicación al empleo del mercurio, y al poco tiempo de recibir una inyección de aceite gris se le declaró una pneumonia y al segundo dia se le presentó

albuminuria y edemas graves. Es probable que estos accidentes sean debidos á la menor resistencia del organismo, causada por la infección, ó á una reabsorción rápida del mercurio.

Los trastornos en el funcionamiento de las glandulas salivares, higado, etc. tienen importancia, pero las mas graves son las lesiones del riñón, pues por la orina es por donde la mayor cantidad de mercurio, ha de ser eliminada á menos que estas lesiones sean de origen sifilítico y sean curadas por el medicamento.

Todas las condiciones precedentes son inherentes al organismo, pero puede haberlas extrinsecas como los golpes, caidas y to-

do traumatismo que pueden en, algunas ocasiones, dar lugar á una reabsorción rápida del mercurio.

Encuentra su explicación, que los traumatismos puedan producir este accidente, porque la sal mercurial puede estar rodeada de una bolsa formada por la reacción inflamatoria y causando su rotura, dar lugar á la absorción de este mercurio que por estar rodeado de esta bolsa era inabsorbible.

Las principales razones de intolerancia pueden no ser notadas si no se hace una buena investigación por lo que debe hacerse bien é investigar sus antecedentes personales y de familia, porque

de la herencia, es de donde, con gran frecuencia, proceden las predisposiciones morbosas (nefritis diabetes, etc) Tambien exploraremos con detenimiento el aparato digestivo, el higado, sistema nervioso el que siendo un verdadero regulador de la nutrición nos indicara su buen ó mal estado general, y, que puede presentar afeciones antiguas y extrañas á la sífilis que pueden avivarse por un tratamiento energico. La permeabilidad renal es necesario explorarla, sobre todo, en las arterio-esclerosicos.

Para conseguir que la acumulación del mercurio en el organismo no produzca la intoxicación, es necesario, vigilar su eliminación

por las diversas vias y sobre todo por la orina.

La idiosincrasia, es un estado especial y particular del individuo por el que soporta más ó menos bien la acción de un medicamento ó en términos mas generales y como diria mi maestro el Dr. Corral "las particularidades que distinguen la manera de ser de un individuo de todos los demas".

Es posible, aunque aun con certeza no pueda decirse, que los accidentes de idiosincrasia tengan por causa la conmoción de un sistema nervioso muy susceptible y la producción de reflejos que inicien en todos los organos modificaciones en la coordinación mo-

lecular.

La idiosincrasia no debe obligar á excluir la medicación mercurial cuando su empleo es necesario y en muchos casos basta cambiar la forma del medicamento ó su modo de administración.

Nosotros damos preferencia al tratamiento por las inyecciones de aceite gris, por ser la menos peligrosas y, tener en la curación de la ataxia más ventajas que ninguna de las otras preparaciones. Estas inyecciones deben empezar á practicarse en la parte superior de la región dorsal y las siguientes, siguiendo la línea vertical y á una distancia de unos 4 centímetros una de otra. Las inyeccio-

nes que se practican con este agente, son, como ya hemos dicho al 50 % y se inyecta de cada vez 0,05 de centímetros cúbicos que es como se empleó en nuestras observaciones. Estas inyecciones se practican dos veces por semana, y, á las doce inyecciones, se suspende el tratamiento por algunas mas, en las que se dá el ioduro potásico. Si luego se considerase conveniente, se hacen las inyecciones con la misma dosis pero mas distanciadas, cada ocho dias.

"
" "

La naturaleza sifilítica de la tabes creemos que puede establecerse por su curabilidad bajo la influencia del tratamiento mer-

curial. ¿Es suficiente que el tratamiento mercurial pueda curar ciertas lesiones para poder afirmar su naturaleza sifilítica?

Esta es una cuestión que los dermatólogos admiten sin ninguna dificultad, porque, regularmente, ven lesiones de la piel en los sifilíticos curar por el tratamiento mercurial. En la práctica establecen el diagnóstico de una lesión cutánea de naturaleza dudosa por la prueba terapéutica, sometiendo á estos enfermos á las inyecciones de mercurio para ver si curan estableciendo así la naturaleza de la lesión.

Muchos han sido los casos, publicados, de curación de la ta-

bes por el mercurio, yo solo expondré extensamente el publicado por M. Leredde, por creerlo muy demostrativo, pero antes diré, el valor, que la palabra curación tiene aplicada á la tabes.

La palabra curación empleadas por los enfermos quiere decir desaparición de todos los fenómenos morbosos. Este significado no ^{la} tiene para el médico que sabe, que cuando una enfermedad ha pasado deja señales mas ó menos profundas.

El tuberculoso que se llama curado cree que sus pulmones han vuelto á su estructura y funciones normales; pero el médico sabe

que esto no es verdad. Tambien el sabe que toda facción del sistema nervioso que produzca lesiones y degeneraciones, es incurable, luego la palabra curación de la tabes, no dice mas, si no, detención de la enfermedad.

La retrocesión de ciertos fenómenos es posible, cuando no son debidos á degeneración, luego en los tabéticos se puede obtener no solamente la detención sino el retroceso de ciertos sintomas.

Como ya he dicho, voy á exponer ahora el caso de curación de tabes publicado por M. Leredde.

"Noviembre 1899.- M. X....., 43 años, viene á consultarme por

"accidentes nerviosos que atribuye á una sífilis reciente. El enfermo declara haber padecido un chancro indurado en Julio de 1897: seguidamente el médico que le trata observa una reseola y placas mucosas, que se reproducen. Ningún accidente mas. El tratamiento clásico por las pildoras de protoioduro fué empleado con poca regularidad.

"El enfermo al mes se le presenta pereza vesical: algunos trastornos visuales, fatiga de la vista y dificultad para distinguir la forma de los objetos.

"Examinado detenidamente yo veo la existencia de una midriasis

"doble, la acomodación se hace con lentitud el reflejo á la luz
"existe. Reflejos rotulianos normales, No tiene cefalalgia ni ver-
"tigos ni mas accidentes cerebrales que los trastornos visuales.

"Examinado mas tarde yo compruebo la existencia de una taqui-
"cardia pronunciada:unas 120 pulsaciones. Comienzo inmediatamente
"el tratamiento mercurial, por las inyecciones intravenosas de cia-
"nuro de mercurio á la dosis diaria de un centigramo. Al cabo de
"15 dias las inyecciones intravenosas fueron reemplazadas, por las
"inyecciones intra-musculares á la misma dosis.

"El enfermo fué tratado asi durante mes y medio. Al fin del

"tratamiento los síntomas visuales fueron mejorados la acomodación

"se hace de una manera casi normal.

"Se le suspende el tratamiento durante dos meses.

"En Marzo y en Abril tratamiento de seis semanas por las in-

"yecciones solubles de cianuro á la dosis de un centigramo, des-

"pues un periodo de un mes por el ioduro potásico (4 gramos al día).

"Julio y Agosto 1900 - Seis semanas de tratamiento por el cia-

"nuro de mercurio. La taquicardia se modera, algunos trastornos ve-

"sicales persisten.

"Fué suspendido el tratamiento durante dos meses, á fin de Oc-

"tubre el enfermo vuelve á verme: y entonces presenta diplopia y
"pereza de la acomodación y un poco de atrofia muscular de la emi-
"nencia tenar derecha. Nada de dolores ni signo de Argyll Robert-
"son. Reflejos normales: taquicardia 120.

Vuelvo á empezar el tratamiento por las inyecciones mercuria-
"les y se hicieron seis inyecciones en seis semanas.

"El tratamiento fué nuevamente empleado en Febrero de 1901.

"Despues de esta época el tratamiento fué instituido como sigue:

"seis inyecciones de mercurio á 0,10 durante seis semanas, seis se-
"manas de reposo y vuelta al tratamiento. De cuando en cuando iodu-

"ro potásico (4 gramos por día durante un mes).

"Las inyecciones provocaron siempre durante dos ó tres días,
"agujetas y fiebre, pero no estomatitis ni otros accidentes serios:
"nunca los dolores que provocaron fueron tan intensos que obligasen
"al enfermo á la quietud.

"Volví á ver al enfermo al mes y entonces todo su estado era
"satisfactorio: la atrofia muscular habia desaparecido, la pereza
"vesical era muy poco marcada, existia un poco de taquicardia (100)
"y diplopia. Lo que á mi me parece importante continua M. Leredde,
"es la detención por el tratamiento antisifilítico de la evolución

"progresiva de un síndrome morbido, caracterizado, por accidentes
"muy graves que no se pueden ligar á otro diagnóstico, creo que se
"trata de una tabes en su principio. Después de haberla tratado du-
"rante dos años y medio creo que la enfermedad está completamente
"detenida: después de diez y ocho meses ningún nuevo síntoma apare-
"ce. Se puede por lo tanto hablar de curación. Pero entiendase bien
"el enfermo tiene reliquias de la infección cerebro-espinal: podría
"criticarse el título de la observación y preferir el título: de-
"tención de un caso de tabes por el tratamiento mercurial. Pero
"siempre que nosotros hacemos desaparecer un goma de la piel ha-

"blamos de curación y sin embargo deja una cicatriz".

A continuación vamos á exponer un resumen de nuestras observaciones. No son todo lo demostrativas que debian serlo, por abandonar los enfermos el hospital en cuanto mejoraban algo á causa del horror que á estos beneficos establecimientos tienen.

OBSERVACION I.

N. N. de 48 años de edad, tuvo el chancro á los 20 años.

Los principios de tabes se le manifestaron á los 38 por dolores estomacales, vómitos, dolores fulgurantes y cefalalgia nocturna.

La sensibilidad termica disminuida y de las rodillas hacia arri-

ba siente mas el calor que el frio. No percibe ni el salado ni el acido, ni el dulce ni el amargo. Vista altamente disminuida, miosis, ausencia del reflejo fotopupilar. Los reflejos, cremasterinos, rotuliano, y del tendón de aquiles ausentes. La pierna izquierda tiene menos tonicidad que la derecha, con los pies separados, la bipedestación es oscilante y con los pies juntos es mas dificil; si cierra los ojos aumenta. La unipedestación imposible.

Anda con las piernas muy separadas, no existe el pataleo de los ataxicos, sin embargo la marcha no se efectua con la rapidez

que en la normal y cuando anda no sigue la línea recta. Al empezar á orinar siente dificultad.

Algo de molestia despues de las comidas y astricción de vientre.

Dureza en las arterias.

Se le administró el aceite gris en la dosis y forma que ya hemos indicado, y, á la XI inyección, el enfermo mejora, pues su marcha se acerca á la normal, los trastornos de la micción desaparecieron y los de la visión se mejoraron.

OBSERVACION II.

N. N. de 40 años de edad. Niega haber padecido ninguna enfermedad ni venerea ni sifilitica, pero un examen atento nos descubre vertigios de la infeccion: por sus gánglios de la nuca é ingles infartados y una cicatriz en el glande. Hace dos años fué atacado violentamente de debilidad y dolores en las piernas que se exacerbaban durante la noche y que le desaparecian para volverle á aparecer al cabo de algunos dias.

En la actualidad presenta dolores fulgurantes en los miembros inferiores, sensibilidad térmica disminuida en estos mismos.

El sintoma de Romberg no lo presenta muy manifiesto, únicamente se presenta una pequeña oscilación cuando se le manda cerrar los ojos. Cuando anda cree que pisa sobre corcho.

El reflejo rotuliano y cremasterino abolidos.

Hay incontinencia de orina y de las materias fecales.

Disminución de la agudeza visual y síntoma de Robertson.

El tratamiento fué el del caso anterior y á la XX inyección, se modificaron los trastornos vesicales y rectales. La agudeza visual aumenta y los dolores fulgurantes y de la bipedestación desapa-

recieron.

Se suspendió todo tratamiento por 20 días, reapareciendo los dolores y la oscilación teniendo que volver á empezar el tratamiento.

OBSERVACION III.

N. N. de 25 años, según nos manifiesta el enfermo padeció el chancro sifilítico hace 5 años.

Los gánglios de la ingle y nuca infartados.

Hace algunos meses que se queja de dolores fulgurante en las piernas. Sintoma de Robertson.

Reflejo rotuliano abolido.

Este enfermo no presenta mas trastornos que estos.

Se le sometió á las fricciones mercuriales y á los 70 gramos los dolores fulgurante cesaron y como estos eran su mayor molestia, el enfermo abandonó la clínica.

OBSERVACION IV.

N. N. de 28 años, padeció chancro sifilítico á los 17.

Su mujer tuvo un aborto.

A los 14 meses de presentarsele el chancro, notó debilidad en

las piernas y su marcha era insegura.

Actualmente, sintoma de Argyl-Robertson. Crisis gastricas consistentes en gastralgia y vómitos.

La micción es dolorosa y necesita grandes esfuerzos para verificarla.

Signo de Romberg muy manifiesto.

A la X inyección la marcha es mas normal, pero los trastornos de la micción continuaron y únicamente mejoraron á la XV.

OBSERVACION V.

N. N. de 29 años, la inoculación sifilitica fué á los 18.

La tabes se le empezó á manifestar á los 20 por dolores fulgurantes y cefalalgia nocturna.

Actualmente presenta dolores fulgurantes en ambas piernas.

La sensibilidad termica y la tactil disminuidas.

Reflejo rotuliano abolido.

Desigualdad pupilar, la pupila derecha se contrae debilmente á la luz y la izquierda no se contrae. La agudeza visual disminuida.

No presenta el signo de Romberg pero si un poco de debilidad

en las piernas.

A las VI inyecciones los dolores de las piernas desaparecieron y su marcha es mas segura.

Los trastornos vesicales se modificaron.

Los visuales mejoraron.

OBSERVACION VI.

N. N. de 40 años, padeció el chancro á los 20 y los principios de tabes datan de 10 años, y fueron dolores fulgurante y marcha insegura.

En la actualidad presenta incoordinación motriz y dolores fulgurantes en los miembros inferiores.

Signo de Argyl-Robertson.

Incontinencia de orina.

Signo de Romberg.

La sensibilidad táctil de los miembros inferiores disminuida.

Las masas musculares de ambas extremidades se contraen con poca fuerza.

Se le administraron XX inyecciones con las que se calmaron los

+

dolores un poco, así como los demás trastornos.

OBSERVACION VII.

N. N. de 30 años padeció el chancro á los 20. La enfermedad empieza por dolores violentos de estómago y vómitos. A los 16 meses de esto presentaba dolores fulgurantes en las piernas y brazos. Las pupilas no se contraen á la luz.

Reflejo rotuliano abolido.

No presenta ni el signo de Romberg ni trastornos urinarios.

A la X inyección el enfermo seguia en el mismo estado, pero á

la 15 los dolores y las crisis gastricas se curaron y su estado general mejora.

OBSERVACION VIII.

N. N. de 25 años. Niega la infección sifilítica, pero un examen atento nos la demuestra.

Ligera erupción papulosa en la frente.

Infartos ganglionares múltiples en el cuello é ingle.

La sensibilidad dolorosa disminuida en el pierna izquierda.

Falta del reflejo rotuliano.

Visión disminuida.

Reflejo foto-pupilar ausente.

El signo de Romberg se presenta aunque no muy acentuado.

A la VIII inyección el enfermo mejora notablemente, pues la erupción desapareció y los dolores de las piernas y trastornos de la marcha se modificaron.

OBSERVACION IX.

N. N. de 60 años. La inoculación sifilítica fué á los 15.

La tabes se empezó á manifestar hace 5 años, por dificultad en la marcha y según dice el enfermo cuando andaba tropezaba con los objetos que le rodeaban.

Signo de Romberg.

Dolores fulgurantes en los miembros inferiores y superiores.

Sensación de cinturón.

Disminución de la agudeza visual.

Reflejo rotuliano abolido.

En este enfermo se emplearon las fricciones mercuriales y á los 60 gramos le desaparecieron únicamente los dolores fulgurantes.

OBSERVACION X.

N. N. de 40 años. El chancro lo padeció á los 25.

Hace 5 años que se le presentaron dolores en las piernas y su

marcha era dificultosa.

Dos años despues los trastornos de la marcha se acentuaron tanto que el enfermo casi no podia andar.

Actualmente presenta dolores fulgurantes en las piernas.

De tiempo en tiempo crisis gástricas dolorosas.

Reflejo rotuliano abolido.

No se puede sostener en pié y pierde la noción de posición de los miembros.

Este enfermo recibió XXX inyecciones. Su estado general mejoró.

Las crisis gastricas se curaron. Pero los dolores y la marcha mejoraron algo pudiendo el enfermo sostenerse en pié y andar.

En los dos enfermos que fueron tratados por las fricciones mercuriales (Observaciones III y IX) vemos que los únicos trastornos que se modificaron fueron los dolores. Estos distanciados y menos fuertes en su producción llegan á desaparecer por completo si se emplea una medicación muy sostenida.

Los ocho casos restantes que fueron tratados por las inyeccio-

nes de aceite gris se observa: que los dolores desaparecieron por completo en las observaciones II, V, VII y VIII y se calmaron en la X.

Las crisis gastricas se curaron por completo (Observaciones VIII y X) sin que volviesen á aparecer.

En estas observaciones vemos que se trata de verdaderas crisis gástricas y no de un simple trastorno gástrico pasajero susceptible de curarse por el reposo. Despues de los dolores fulgurantes son los trastornos tabéticos los mas mejorados por esta medicación, como se vé en las observaciones I, II, IV, V, VI, VIII y X.

Los trastornos motores son de todos los tabéticos los que mas se han mejorado por el mercurio, pues en la observación X vemos que un enfermo que á su ingreso en la clínica ápenas podia andar cuando salió su marcha, aunque no era normal, era bastante facil.

En los demás, estos trastornos motores tambien se modificaron.

Los trastornos de la micción, en la observación I desaparecieron por completo y se modificaron en las II, IV, V y VI.

Es de todo el mundo conocido que, en la tabes ciertos sintomas pueden desaparecer ó modificarse solos, pero hay otros como la incoordinación y los trastornos vexicales que, solo pueden ser mo-

dificados ó curados, como puede verse, en nuestras observaciones, por este tratamiento, pues abandonados asimismo, si acaso aumentarán pero no se modificarán.

Los trastornos visuales son por este tratamiento modificados ó curados (Observaciones I, II y V):

Por último el estado general mejora en estos enfermos.

CONCLUSIONES

Todas las tabes tiene un origen sifilítico mas ó menos remoto.

El tratamiento mercurial es el único que actúa de una manera evidente sobre esta enfermedad.

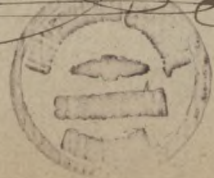
El mejor modo de administrar este agente es bajo la forma de aceite gris y en inyecciones subcutáneas, por ser las que menos accidentes suelen producir.

He dicho.

Madrid 1º. de Junio de 1905.

D. José López de Beña y de Bango

*Admitido
M. M. López*



BIBLIOGRAFIA.

1900 - Corral - Elementos de patologia general.

1882 - Fournier - De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique.

1901 - Leyden - Die tabes dorsalis.

1892 - Marie - Leçons sur les maladies de la moelle.

1894 - Eichhorts - Tratado de patologia interna.

Dieulafoy - Manual de patologia interna.

1897 - Balzer - Therapeutique des maladies veneriennes.

1904. - Truffi - Il método scarenzio per la curadella sifilide.

1899 - Lessez - Buł, med. p. 44.

1889 - Watraszewski - Comm au Cong, de dermat et de syplil.

1901 - Dopter et Tanton - Le Zone dangereuse en mat, d'inj, dans
la fesse, Sem, med, p. 312.

Admirable

Royal