

XIV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Neurastenia y pseudofobias de origen intranasal.

Sólo á título de nota concisa y breve presento esta comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina, en su Sección de Rino-laringología.

La circunstancia de haber observado varios enfermos que, siendo neurasténicos, preocupados ó semifóbicos, tenían lesiones intranasales, las cuales tratadas por mí, al desaparecer, modificaban y hasta hacían desaparecer los trastornos generales de índole psíquica, me hicieron pensar y estudiar el asunto con el detenimiento que merece, moviéndome á fijarlo y á exponerlo á vuestra consideración para que, dada su gran importancia y trascendencia, continuéis y continuemos prestándole nuestra atención.

Además no limito mi campo de observación al individuo neurasténico, preocupado, temeroso y pseudofóbico, sino que lo extendiendo, por una parte, al loco en sus distintas formas y fases, y al criminal — enfermo social como el anterior, digno asimismo de nuestros estudios especiales—, y por otra, al sujeto sano, á fin de poder mejor establecer comparaciones y conclusiones algún tanto más definitivas en lo posible que las que ahora formule, pues tengo necesidad de advertir que, por el estado delicado de mi salud y por mis muchas ocupaciones profesionales, no he podido ultimar mis trabajos de reconocimiento, experimentación y estadística.

Por ahora me veo en la necesidad de suspenderlos para prose-

guirlos más tarde, y prometo consignar el fruto de mi labor en un trabajo que espero poder dar á conocer por intermedio acaso de la *Société d'Otologie, de Rhinologie et de Laryngologie* de París.

Hago extensivos mis estudios, como digo, á los criminales, por cuanto ¿qué son estos desgraciados sino unos *predestinados* al mal, tal vez tan predestinados como muchos locos que lo están por ser hijos de epilépticos, de alcohólicos, etc., etc? Los reclusos en las casas de corrección y penales, como los otros reclusos, son enfermos sociales que tienen sus estigmas y alteraciones anatómicas, sus estigmas y trastornos patológicos heredados y sus estigmas y anomalías sociales adquiridos en la mala educación y pernicioso ejemplo, en el vicio, costumbres y hábitos no corregidos en la época y en la forma en que pueden evitarlos ó corregirlos.

Se ha estudiado hasta ahora la cabeza del loco, del neurasténico y del criminal, en su facies, en sus manifestaciones anatómicas exteriores, en el cerebro..... pero ¿por qué no hace extensivo la Antropología criminal, por ejemplo, su estudio á las anomalías intranasales, origen de tantísimos reflejos y de tantísimos trastornos y alteraciones de índole clínica diferente?

He reconocido neurasténicos de diferentes categorías y grados, desde la simple preocupación y miedos variados hasta la más clara y evidente pseudofobia, en sus distintas manifestaciones estudiadas por Gélinau; individuos que acusaban sensación subjetivamente falsa de molestias, ó la exageración de otras reales y evidentes por consecuencia de lesiones intranasales poco importantes; casos en los que creía no poder respirar por sus fosas nasales, atribuyéndolo á tumores alojados en el interior de sus narices, no teniendo más que hipertrofias ligeras, sin espolones ni desviaciones del tabique, ni aspiración de las alas de la nariz, ni restos de antiguas vegetaciones, ni hipertrofia de la amígdala de Luska, ni nada, en fin, sino la mencionada hipertrofia en zonas que denomino de electividad, acompañada de otras zonas de hiperestesia, preferentemente del cornete y meato medios, que desaparecían por completo al hacer desaparecer la lesión local intranasal.

En cambio he visto otros en los que su causa intranasal se refería clara, ostensible y categóricamente á enormes desviaciones del tabique, exagerados espolones, grandes abultamientos de cornetes, etc., etc., los cuales, al desaparecer, curaban también al que los tenía de su neurastenia ó de su pseudofobia.

¿Quién no recuerda algún ejemplo de preocupación constante, insomnios pertinaces, cefalalgias semicontinuas y neurastenia manifiesta, cuyo sencillo origen era uno ó dos tapones ceruminosos antiguos, enormes y duros que comprimían el tímpano y la caja, y que al extraerles hacían cesar y desaparecer aquellos trastornos? Por mi parte podría referir varios.

¿No hay reflejos próximos y á distancia, de origen intranasal, como los hay de origen auricular, uterino, etc?

¿No registra la literatura rinológica casos numerosos de epilepsia, de bocio y de asma de origen intranasal?

¿No tratamos á diario enfermos que sufren de mialgias intercostales, lumbares y hasta diafragmáticas por insuficiencia respiratoria nasal, temporal ó permanente?

Todo esto es evidente. Como comprobación de algunos hechos, debo añadir que he tenido enfermos neurasténicos, y aun pseudofóbicos, que, siendo fumadores, alcohólicos, y otros con antecedentes sifilíticos, les he suprimido el alcohol y el tabaco y les he sometido al tratamiento específico sin conseguir más que ligeras é inconstantes mejorías, hasta que, para obtener más, he necesitado tratarles sus lesiones intranasales.

Cuanto á la constitución individual, educación y clase de los distintos enfermos á que aludo en el presente trabajo, diré que los he tenido débiles y vigorosos; histéricos, nerviosos é irritables, y paciencudos, flemáticos é insensibles; jóvenes y viejos; hombres y mujeres; dedicados á trabajos de inteligencia y á las rudas faenas del campo; aristócratas y pordioseros; religiosos y despreocupados.

En los criminales he podido igualmente comprobar diferentes lesiones intranasales en relación con la importancia del delito y con su mayor ó menor reincidencia. Sin embargo, tengo sin terminar

mis estudios sobre tan capital cuestión, y hasta tanto que los últimos no debo ni quiero establecer fundamentos científicos definitivos.

Puedo, pues, deducir las siguientes conclusiones:

1.^a Existen tipos de neurastenia, en sus diferentes manifestaciones, formas y categorías, como hay individuos pseudofóbicos con todas sus variantes y en todas sus gradaciones, cuya causa y sostenimiento radica en determinadas lesiones intranasales.

2.^a Por regla general, suelen ser éstas estenosis nasales más ó menos absolutas, con ó sin compresión constante de tejidos y del órgano etmoidal, por consecuencia de hipertrofias, engrosamiento de la mucosa y desviaciones del tabique, espolones y abultamientos de cornetes, acompañándose ó no de zonas hiperestésicas.

3.^a Al combatir semejantes lesiones y hacerlas desaparecer, á la par que cesan los trastornos de otra índole (local y general) que aquellas lesiones producen, desaparecen igualmente las manifestaciones neurasténicas ó pseudofóbicas que presentaba el paciente.

Y 4.^a Es muy posible que lesiones intranasales semejantes mantengan determinada relación con la forma y calidad, importancia y reincidencia de ciertos delitos perseguidos y castigados por el Código.

C. COMPAIRD.

Prensa y Sociedades médicas.

Solución fisiológica de cloruro de sodio en cirugía.— En 1889, Buchner demostraba que la acción bactericida de los líquidos del organismo se atenúa con la adición de agua destilada, mientras que la dilución de estos mismos líquidos con la solución fisiológica de agua salada á 0'75 por 100 no disminuye nada su poder microbicida.

Desde esta época, el uso del agua salada á 7'50 por 1.000 se ha generalizado rápidamente en cirugía. Terrier, en una discusión de

la *Sociedad de Cirugía*, en 1890, condena las irrigaciones de agua hervida, y prefiere mucho más las irrigaciones de agua salada al 0'75 por 100, habiendo demostrado Malassez en sus experiencias que *esta solución es la que altera menos las células del endotelium peritoneal, al mismo tiempo que presenta una acción de las más favorables.*

Las experiencias hechas en la clínica de Kocher (Berna) fueron absolutamente concluyentes en favor del agua salada.

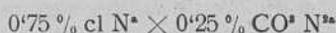
Nos limitaremos á estas pocas citaciones, pues la lista sería demasiado larga si se quisieran recordar todos los estudios publicados á este respecto.

En 1890, V. Fodar publicaba el resultado de una serie de experimentos, en los cuales demuestra que la absorción de ciertas substancias en la sangre modifica enormemente su poder bactericida, mientras que con ácido clorhídrico ó tartárico el poder bactericida no aumentaba y á veces disminuía; la absorción de cloruro de sodio aumentaba en proporciones considerables. Los mejores resultados fueron obtenidos con el carbonato de sodio, que aumentaba el poder bactericida en la proporción de 23 á 76 por 100.

Basado en todos estos antecedentes, M. Tavel, de Berna, se preguntó si no sería lógico dar á una solución, que debería servir para irrigar las heridas, no solamente su tenor en cloruro de sodio, como en la sangre normal, sino también su grado de alcalinidad, que corresponde á 2'50 por 100 de sodio calcinado.

Este fué el punto de partida de una serie de experiencias, cuyo autor publica los interesantes resultados.

La solución empleada es una solución que tiene, no solamente la misma cantidad de sal que la sangre, sino también su alcalinidad.



Esta es la composición de la solución salada sódica.

Primeramente se trataba de saber cuál era el valor desinfectante de esta solución á la temperatura de la ebullición, comparada con el valor correspondiente del agua ordinaria. De las experiencias efectuadas se deduce que la solución de Tavel mata rápidamente los esporos más resistentes al agua simple.

Más importante aún que este estudio comparativo de la acción desinfectante á la temperatura de la ebullición, es el estudio del valor comparado del agua y de la solución Tavel á la temperatura del agua para irrigación (37° á 40°) y á la temperatura de las salas de operaciones.

Las experiencias han demostrado que la solución Tavel presenta ventajas incontestables sobre el agua ordinaria, desde el punto de vista de la esterilización de los objetos que hacen hervir en ella.

La solución Tavel se conserva largo tiempo, sea á frío, sea á la temperatura de la estufa, sin infectarse; antes por el contrario, los microbios patógenos que se colocan en esa solución mueren al poco tiempo.

En fin: esta solución, inyectada bajo de la piel ó en la corriente sanguínea por las venas, no lesiona los tejidos con los cuales entra en contacto.

Tavel esperaba que la alcalinidad de esta solución permitiría la esterilización de los instrumentos sin que éstos fueran atacados; sin embargo, ha sido necesario cambiar de opinión; sin que el efecto sea muy pernicioso, no cabe duda de que hay otras soluciones preferibles, como, por ejemplo, la solución de Schilmwelbusch al 1 por 100 de CO³ N^o.

¿Cuáles son los resultados clínicos obtenidos en cirugía con el empleo de esta solución médica salada? Aquí dejaremos la palabra á M. Lanz, Jefe de clínica del Dr. Kocher, que publicó un importante trabajo sobre este asunto.

«Han sido hechas 80 operaciones, en las cuales se empleó la solución, sin que se haya notado el menor atraso en la curación de las heridas.

»Se ha notado que la solución salada sódica no tiene acción cáustica cuando es empleada sola, pero sí cuando se emplea en irrigaciones después de haber empleado la solución de sublimado.

»La secreción no parece haber aumentado, y se ha podido retirar el tubo de drenaje después de veinticuatro horas, conteniendo siempre el coágulo normal.

»Es cierto que no se puede decir que esta solución haya dado mejores resultados que la solución salada simple, puesto que con esta solución los resultados han sido siempre excelentes, y que, salvo en casos muy raros, la marcha post-operatoria de los heridos es muy regular».

M. Lanz agrega al final de su informe que el solo inconveniente de la solución salada sódica es de volver algo resbaladizas las manos del operador y de atacar un poco la epidermis, lo que no sucede con la solución salada simple.

Estas conclusiones del informe hecho en la clínica del Profesor Kocher nos parece que explican clara y exactamente el empleo de esta solución salada sódica. Desde el momento que los resultados obtenidos con la solución simple son análogos y *tan buenos en la práctica*, nos parece inútil complicar los preparativos quirúrgicos y lógico conservar sencillamente la solución salada fisiológica al 75 por 1.000.

Tengo que agregar unas palabras á este respecto: Cuando yo era ayudante de Cirujano en un regimiento de Caballería (hace de esto seis años, más ó menos) empleamos durante un año consecutivo el agua salada fisiológica para las curaciones de los heridos que se nos presentaban. Los resultados que obteníamos así eran, ciertamente, superiores á los que se obtienen con el empleo de las tradicionales soluciones de sublimado y de ácido fénico. Las heridas no infectadas se curaban rápidamente; en cuanto á las heridas supuradas se modificaban, ciertamente, más pronto que con los antisépticos comunmente empleados.

La solución de cloruro de sodio al 0.75 por 100 parece, pues, llenar todas las condiciones deseables para el Cirujano que quiera hacer *asepsia húmeda*.

(*Le Caducée*).

*
**

De la acción antiséptica del iodoformo.—*Mr. Heile* se ha dedicado con preferencia al estudio del iodoformo, haciendo ver el contraste existente entre la eficacia clínica indiscutible del iodoformo y su poder antiséptico, experimentalmente casi nulo, que ha dado lugar á numerosas investigaciones, ninguna de las cuales ha dado hasta ahora resultados concluyentes. Partiendo de la idea de que no se podía tratar aquí sino de una descomposición de dicho cuerpo, y de que esa descomposición debía ser producida por la acción de los tejidos vivos, hizo la mezcla de hígado triturado con iodoformo, agregando á esa mezcla cultivos de microorganismos de la supuración (staphylococo ó streptococo piógeno). Como la acción de los tejidos sobre el iodoformo podía ser, ora una oxidación, ora un proceso de reducción, ha instituído una primera serie de experimentos en los cuales ha favorecido la oxidación dando libre abceso al aire; el iodoformo se mantuvo, á pesar de esto, absolutamente ineficaz. De esto ha deducido *Mr. Heile* que no podía tratarse de un proceso de oxidación, y esforzóse en obtener la reducción impidiendo la penetración del aire, unas veces por la superposición de la parafina en la probeta, otras operando en una atmósfera de hidrógeno.

Por este medio pudo observar que los microorganismos sucumbían regularmente al cabo de tres á cinco días; la acción bacteriada era, pues, evidentemente debida á un proceso de reducción ocasionado por tejido vivo. El mismo experimento, repetido con tejidos de diversa naturaleza, permitióle reconocer que el hígado produce el efecto más intenso, viniendo luego, por su orden, el tejido esplénico, el pulmón, el riñón, el tejido adiposo y la substancia cerebral.

Otra serie de investigaciones le enseñó que la acción bactericida de estas mezclas marcha paralelamente con la descomposición del iodoformo y con el desprendimiento del iodo puro.

Después de esto, instituyó experimentos paralelos con cultivos de diversos microorganismos, y pudo convencerse de que los últimos no descomponen el iodoformo. En cuanto al pus (siempre en la ausencia del oxígeno), produce un desprendimiento insignificante del iodo, si bien más acentuado por lo que respecta al pus de una supuración aguda que por lo que se refiere á los abscesos tuberculosos. En cambio, en lo que concierne á los tejidos de granulación, ha podido apreciar cómo las granulaciones tuberculosas son un poco más activas á este respecto que los abscesos ordinarios.

Parecía, pues, que el desprendimiento del iodo en estado nascente fuese el elemento bactericida en la acción del iodoformo. No es así, sin embargo, pues ese desprendimiento del iodo pudo ser

igualmente obtenido en presencia del oxígeno del aire, al paso que el efecto bactericida no se produjo sino mediante la exclusión rigurosa de todo oxígeno. Otros experimentos, que no quiere tratar por ahora, dice, le demostraron que esa acción bactericida no puede ser atribuida á una substancia volátil, tal como el acetileno. Supone más bien que se trata de un cuerpo químico caracterizado como diiodo-acetileno, compuesto dotado de un gran poder bactericida.

Por estas razones, se explica el hecho clínico de que la acción antibacteriana del iodoformo es mucho más acentuada en las llagas profundas, cavitarias, que en las llagas ó heridas superficiales, fácilmente accesibles al aire. Igualmente son provechosas sus enseñanzas para el empleo del iodoformo en el tratamiento de las afecciones tuberculosas.

(Soc. alemana de Cir.)

*
**

El cito-diagnóstico de las afecciones de la médula.—Los neurólogos han dedicado gran atención durante los tres últimos años al estudio clínico del líquido cefalorraquídeo y al cito-diagnóstico de las afecciones de la médula.

La *Revue Neurologique*, de fecha 30 de Marzo, publica valioso material sobre estos hechos y los resultados conseguidos en esta materia, siendo los autores principales de los artículos Brissaud, Widal, Pierre Marie, Babinsky y Ballet.

En el primero de los artículos, Widal, Sicard y Ravaut, dicen que desde la fecha de la comunicación de Babinsky y Nagertte sobre el cito-diagnóstico aplicado á 26 casos de tabes, en Mayo de 1901, mucho se ha trabajado en ese sentido. Estos dos autores habían afirmado que en 25, de 26 casos, habían encontrado una linfocitosis más ó menos pronunciada.

Desde Mayo de 1901, Widal y sus colegas han examinado el líquido cefalorraquídeo en 37 casos de tabes dorsal, recientes los unos y antiguos otros, tomados de las salas del Profesor Raymond y de otros.

En todos estos casos, salvo en uno solo, se observó la linfocitosis. En 30 casos la linfocitosis era confluyente y en 6 discreta. En todos estos casos los linfocitos eran suficientemente numerosos para poder contarse, de 6 á 10 en cada campo microscópico, según la técnica empleada por los autores.

Estos linfocitos eran los elementos celulares más numerosos en el líquido cefalorraquídeo, pero á veces se encontraban células grandes que difícilmente podían clasificarse como mononucleares ó endoteliales.

La técnica de la preparación consiste en introducir en un tubo esterilizado una cantidad pequeña y fija del líquido, que se somete inmediatamente á la centrifugación por el espacio de diez minutos. El líquido que sobrenada se decanta, y el sedimento se transporta por medio de una pipeta á un portaobjeto, donde se le deja secar á

una temperatura de 37°. Se fija con una mezcla, á partes iguales, de alcohol y éter, se tiñe con hematoxilina y eosina ó con tionina, y se examina al microscopio.

En el líquido cefalorraquídeo normal no existen linfocitos ó son sumamente raros. En la ataxia son abundantísimos, lo mismo que en la meningitis tuberculosa, en la meningomielitis sífilítica y en la parálisis general de los alienados. «Su presencia indica un simple proceso irritativo».

La presencia de leucocitos polimorfo-nucleares indica un estado de inflamación ó congestión, pues estos elementos figurados sólo salen de los vasos sanguíneos por diapedesis.

En los enfermos sífilíticos la presentación de la hemiplegia es seguida por la aparición de linfocitos en el líquido cefalorraquídeo, y lo mismo acontece por el desarrollo de tumores cerebrales ó medulares, que irritan ó comprenden las meninges. Por otra parte, en la histeria, epilepsia, neurastenia y polineuritis típica nada semejante ocurre. «El virus sífilítico parece tener una predilección especial por las meninges» y producir la linfocitosis.

El Profesor Brissaud y el Dr. Buaudet refieren en un artículo que han examinado 8 casos de tabes, 7 de los cuales databan de tres años ó menos, y en todos ellos la linfocitosis era notable ó bien marcada.

En el octavo caso de ataxia, que databa de más de veinte años, la linfocitosis era poco acentuada.

El Profesor Babinsky dice que ha examinado 10 casos de tabes y 7 de parálisis general de los alienados, y que en todos los casos, sin excepción, había linfocitosis en pequeña ó gran escala.

El Dr. Gombault ha examinado 11 casos de ataxia en hombres y en 8 mujeres. En 8, de estos 19 casos, había linfocitosis abundante y confluyente, en 2 la linfocitosis era moderada y en 1 no existía. Estos últimos 3 casos eran de ataxia cuyo origen no era sífilítico.

Gilbert Ballet ha examinado 8 casos de tabes dorsal, en 5 de los cuales había linfocitosis.

Iguales comprobaciones fueron hechas en 6, de 8 casos de parálisis general de los alienados.

Marie ha examinado 20 casos de tabes dorsal de dos á veinticinco años de duración. En 6 había abundante linfocitosis, en 10 la linfocitosis era más que moderada y en 3 era moderada.

El Dr. Souques examinó 3 casos de ataxia y en todos ellos comprobó la existencia de la linfocitosis abundante.

La coincidencia de resultados obtenida por los distintos observadores tiende á establecer el gran valor del cito-diagnóstico en las afecciones orgánicas de la médula, y constituye un poderoso argumento á favor de la sífilis como factor de primer orden en la producción de la linfocitosis del líquido cerebrospinal.

(*The Lancet*).

Adiposis dolorosa.—El Dr. *F. A. Rtsquez* publica la observación siguiente:

Desde que *F. X. Dercum*, en Septiembre de 1888, publicó su primer trabajo sobre esta curiosa enfermedad, no han sido muchos los casos observados, puesto que hasta Mayo de 1902 sólo se registraban 25, según observaciones de Médicos americanos, franceses, alemanes é italianos. Hé ahí por qué juzgamos interesante publicar un caso que acabamos de observar en Málaga.

N. N., soltera, de cincuenta años, natural y vecina de Vélez Málaga, menstruada con regularidad hasta hace tres, bien constituida y de salud perfecta anteriormente, refiere que hará dos años sintió un día un fuerte dolor en la rabadilla que la obligó á sentarse y permanecer en esta posición hasta que el dolor pasó, para repetirse á los pocos días, una vez y otra vez, empezando á observar entonces que sus caderas se abultaban. Idénticos dolores se le presentaron en los brazos y piernas, precediendo siempre á las hinchazones, que por uno y otro motivo le impiden los movimientos.

Hoy se presenta bajo la apariencia de una mujer obesa: el tronco ancho, las caderas abultadas, las masas glúteas salientes, el cuello corto y la cara y manos como las de una persona gorda. Examinada de cerca, se comprueba que el principal engrosamiento radica en la región postero-inferior del tronco, á tal punto, que el surco interglúteo le molesta por lo apretado y es asiento de escoriaciones dolorosas, lo mismo que la parte alta é interna de los muslos, que rozan fuertemente al moverse.

Los extremos inferiores participan del engrosamiento, menos y menos marcado á medida que se descende hasta los tobillos, pudiendo notarse que, no obstante el crecimiento, no es relativamente proporcional abajo al desarrollo de los muslos y caderas. Los pies, sin estar muy abultados, no conservan sus dimensiones y apariencia normales; la paciente no puede usar ahora el calzado que antes llevaba, y se ve obligada á tener desatadas las trencillas de sus botas. En los tobillos y piernas nótanse las huellas de un ligero edema que, dice la enferma, precede siempre á las hinchazones.

Los extremos superiores también han engrosado, mas sin que haya una desproporción manifiesta: son los brazos de una persona gorda.

Lo mismo puede decirse de la cara: las personas que la han conocido antes declaran que está más gruesa; pero no es con esa adiposis desproporcionada, que va aumentando de los hombros hasta las caderas, donde llega á su máximum, y luego va disminuyendo hacia los pies.

Su andar es muy dificultoso: inclinada hacia adelante por el peso del tronco, obligada á buscar un alivio á los rozamientos y escoriaciones ya indicados, impedida por los dolores que despiertan las contracciones musculares, se mueve poco, y si lo hace es lentamente y buscando apoyo.

No pude lograr una fotografía, que, mejor que cualquiera des-

cripción, daría perfecta idea de esta adiposis, tal como se ofreció á mi vista; pero puede completarse la apreciación fijándose en las medidas que tomé y apunto aquí:

Circunferencia del cuello.....	38 centímetros.
» del pecho, bajo las axilas.....	96 »
» de la cintura.....	86 »
» de las caderas.....	119 »
» del tercio superior del muslo.	61 »
» de la pantorrilla.....	37 »
» de la garganta del pie.....	27 »
» del brazo.....	38 »
» de la muñeca.....	17 »
Altura de su talla.....	162 »
Peso.....	86'250 kilogramos.

La sensibilidad táctil parece intacta en todas las regiones; no hay otras sensaciones dolorosas que las despertadas por los movimientos al contraerse los músculos ó al comprimir las masas musculares y los dolores espontáneos que han aparecido siempre antes de presentarse las hinchazones, que á su vez, según creo comprender, han sido precedidas de edemas, de los cuales es una muestra el que aún se nota en los extremos inferiores, ya para caer á los pies, que han sido los últimos en abultarse.

La fuerza muscular está disminuída, pero más por razón de lo dolorosa que resulta la contracción que por verdadera amiostenia. Así puede mantenerse en pie sin dificultad, aunque la inclinación del tronco la obliga al cabo de pocos minutos á buscar apoyo, y con las manos, con tal de estar sentada, ejecuta trabajos finos de aguja. No he logrado producir los reflejos patelares, ni tuve á la mano en el momento del examen una máquina para explorar la reacción eléctrica.

La inteligencia está intacta; su energía moral está abatida por la aflicción de su estado, que le impide trabajar, y el fracaso de los tratamientos ensayados, que le hace perder toda esperanza de curación.

Casi todos los miembros de su familia son gordos, sin ser obesos, ni mucho menos deformes. No hay estigmas claros de artritis, ni antecedentes sifilíticos, ni de neuropatías, ni de alcoholismo. Un hermano suyo, á pesar de ser gordo, murió físico. No ha habido bocio, ni ella tiene lesión tiroidea ostensible.

Hasta aquí el caso, que yo diagnostiqué de enfermedad de Dermum ó adiposis dolorosa, forma generalizada, difusa, y que yo refiero por la rareza de la enfermedad, de la cual ya me ocupé en otra ocasión.

No es posible confundirlo ni con la *obesidad* pura, por la distribución de la adiposis y los fenómenos dolorosos; ni con el *mix-*

edema, por su localización y difusión, su aspecto mismo, los dolores y por los bien definidos caracteres de aquella afección; ni con el *trofedema*, que es propio de jóvenes, unilateral y se fija en las manos y pies como en los brazos y piernas.

Tiene de importante el carácter de difusión y generalización, y la invasión, aunque remisa, de los pies, que sólo he visto citada en un caso de Gilbert Ballet, publicado en la *Presse Médicale* del 8 de Abril del año en curso, pues en las observaciones publicadas antes los pies y las manos quedaban excluidos, al par de la cara, del proceso adiposo.

No obstante la carencia de recursos terapéuticos en una enfermedad de origen y patogenia desconocidos, fijándome en la consideración de que hay en el fondo de ella un trastorno nutritivo en que acaso influya la secreción interna del cuerpo tiroides, que se ha encontrado alterado en algunas de las raras autopsias que se han podido hacer en casos análogos, la enferma fué sometida al empleo de la *tiroidina*, dos pastillas diarias (que no pudo subir á tres), alternando cada diez días con el yoduro de potasio, 2 gramos diarios.

Al cabo del primer mes me ha escrito la enferma que se siente algo mejor, y que ha rebajado en un mes más de tres kilogramos, notando más agilidad y menos fatiga al andar.

No es un resultado, pero es un paso adelante, y me apresuro á consignarlo, con la promesa de decir más tarde lo que sobre el caso se me comunicare.

(*La oto-rino-laring. Española*).

*
*
*

Anquilosis reumática.—El Dr. *Valle y Aldabalde*: Voy á dar cuenta de 3 casos de anquilosis de origen reumático, que creo que ofrecen algún interés.

El primero se refiere al sujeto que aquí comparece, y que ya ha sido presentado en un curso anterior á esta Academia por el Doctor D. Gustavo Muñoz. Este tiene hoy treinta y dos años de edad, y como vendedor al por mayor en la plaza de la Cebada tenía que andar muy á menudo por los sótanos fríos y húmedos de dicho mercado. Hace cuatro años tuvo reuma articular agudo, que le obligó á guardar cama. Los dolores invadieron sucesivamente la rodilla izquierda, la derecha, las caderas y la región lumbar. A los doce días de estar en cama le pusieron un vendaje de escayola en las piernas, que llegaba hasta los pies y le sujetaba la mitad inferior del cuerpo. Al cabo de cincuenta y tantos días, al quitarle dicho vendaje, estaban anquilosadas las extremidades inferiores y la mitad inferior de la columna vertebral. Después de esto le administraron el yoduro potásico, el salicilato sódico y la colchicina, con lo cual desaparecieron los dolores. También le dieron 30 sesiones de cataforesis, aplicándole la disolución de salicilato á las rodillas y cade-

ras con la corriente eléctrica. Con este tratamiento, que duró unos cuatro meses, recobró algo de movilidad en las articulaciones mencionadas. Más tarde se le practicó el masaje, pero sólo por cuatro días, porque le sobrevino una erupción en las zonas respectivas que impidió proseguir este tratamiento.

Cuando ingresó en mi sala, que fué el 15 de Enero último, tenía rigidez de la columna vertebral y anquilosis de las cuatro extremidades, sobre todo de las inferiores. Existe un soplo sistólico en el foco de la mitral, que coincide con el sonido normal, sin obscurecerle; pero en el trazado esfigmográfico sólo se aprecia ligera meseta, que indica pereza de las tónicas arteriales.

Como tratamiento, se le están dando, desde que ingresó en el establecimiento, baños generales salados á 37° y de quince á veinte minutos de duración; con ellos se ha conseguido mejoría en el estado general, que el enfermo haya podido ya dejar las muletas y que sienta en la columna vertebral crujidos, reveladores de que va recobrando su movilidad.

En este caso han intervenido, indudablemente, como factores etiológicos el frío húmedo, y muy especialmente la inmovilidad á que estuvo sometido el enfermo, sin que yo pretenda por esto negar la influencia eventual de algún agente infeccioso causante de la poliartritis aguda.

El otro enfermo que tengo el honor de presentar es de oficio sastre, tiene veintiocho años, ha residido diez en Cuba y lleva tres en Madrid. El padre padeció de perturbaciones mentales y del estómago durante muchos años; también padeció de reuma y murió á los sesenta y ocho años, después de habérsele hinchado en los últimos días la cara y las manos. La madre vive y se queja de dolores reumáticos. Un hermano ha tenido, según dicen, el mismo padecimiento que el historiado, y se ha curado de él muy paulatinamente. Otro hermano ha muerto tuberculoso el año pasado.

Siempre ha gozado de buena salud hasta los dieciseis años, en cuya época, y cuando ya llevaba uno de estar en la Habana, tuvo una calentura continua, que llegó hasta cerca de los 40° y le duró doce días. A los diecisiete años, siendo camarero, empezó á sentir en el tercio inferior de las piernas dolores no muy intensos, pero constantes y profundos, los cuales le molestaban lo mismo de pie ó andando que sentado ó en la cama. Con fricciones de aguardiente y sal le llegaron á desaparecer al mes próximamente, pero desde entonces le quedaron molestias ligeras y fugaces en los hombros, codos, etc.

A los veintitrés años, siendo voluntario, estuvo de emboscada acostado al aire libre una noche que hacía frío, sufriendo la acción del relente, y al levantarse sintió dolores fuertes en las caderas, que le molestaban mucho para andar, y desde el anochecer hasta las doce de la noche, disminuyendo desde esta hora hasta desaparecer en el centro del día. A los quince días cesaron por completo. A los veinticuatro años tuvo fiebres palúdicas, que le duraron unos

quince días, y que recidivaron después otras tres veces en la misma forma. Siendo aún voluntario, y á consecuencia de nuevas mojaduras, volvió á padecer de dolores reumáticos poliarticulares, que le duraron unos dos meses. Se iniciaron en los tobillos é invadieron después sucesivamente las rodillas, caderas, hombros, codos y muñecas. Todas estas articulaciones se hincharon mucho y también se presentaron dolores musculares en las pantorrillas y en los muslos. Como consecuencia de este ataque de reumatismo quedó anquilosada y en extensión forzada hacia arriba la articulación del dedo gordo del pie izquierdo.

Dado de baja en el batallón, regresó á la Habana, y al dedicarse de nuevo á sastrería empezó á sentir á los pocos días fuertes dolores en la nuca y constricción de garganta con molestias en la deglución. Con el salicilato sódico, botones de fuego, cantáridas, baños de vapor y corrientes eléctricas mejoró bastante, y entonces le aconsejaron que volviera á España para tomar baños sulfurosos.

En Asturias sufrió un nuevo ataque de reuma, en el que además de las articulaciones de las vértebras cervicales se interesaron las temporomaxilares. Entonces vino á Madrid, y en otra sala del Hospital Provincial le prescribieron el salicilato sódico, el yoduro potásico y los baños de vapor, con todo lo cual mejoró, pero al poco tiempo volvió á sentirse peor, y entonces fué cuando ingresó en mi sala.

El enfermo tiene algo de anorexia, y por la auscultación se oye un soplo en el primer tiempo y en la punta, soplo que es algo más intenso que el del enfermo anterior. Además de esto el latido cardíaco conmueve bastante la pared torácica y está acentuado el segundo ruido en el foco de la arteria pulmonar. El pulso es poco frecuente, pero de intensidad regular. Además de la anquilosis de la articulación metatarsofalángica del dedo gordo del pie izquierdo, existe dolor en las articulaciones tibiotarsiana y las rodillas están doloridas y algo hinchadas, por más que sus movimientos son bastante amplios. Hay también dolores en los músculos de la cara anterointerna de los muslos y en las caderas, sobre todo en la izquierda, pero conservando bastante amplitud los movimientos de estas articulaciones. En la región lumbar hay igualmente dolores, tanto en las masas musculares como en la porción correspondiente de la columna vertebral, que está rígida. Igualmente están abolidos todos los movimientos de lateralidad y de flexión y extensión en la porción cervical del espinazo, siendo de notar que la actitud en que ha quedado rígida esta porción es la de flexión, acaso como consecuencia de la que exige el oficio de sastrería. En la articulación temporomaxilar están abolidos los movimientos de lateralidad, y con los verticales sólo se pueden separar las arcadas dentarias unos 15 milímetros.

Cuando se fatiga el enfermo á causa de un paseo largo ó de estar en pie bastante tiempo siente después, al meterse en la cama, calambres que le despiertan y le hacen sufrir bastante. Cuando

sufre algún disgusto tiembla todo su cuerpo y sufre angustia con sudores fríos.

Como tratamiento también empleé al principio en este enfermo los baños salados y calientes, pero no le aliviaron, y, sobre todo, fué necesario suspenderlos porque le producían sofocación, probablemente porque su lesión cardíaca estaba demasiado avanzada para que pueda ser bien tolerado este tratamiento. No han dado gran resultado el salicilato sódico y el ioduro potásico solos ni asociados, ni tampoco la corriente eléctrica, tanto la galvánica como la farádica. En cambio se aliviaron mucho los dolores con el arseniato sódico, y sobre todo con la euforina, pero hasta ahora no se ha notado mejoría en la movilidad de las articulaciones anquilosadas.

En este enfermo la afección tiene como antecedentes, en parte, la herencia reumática, y en parte mucho mayor aún los enfriamientos, mojaduras, la infección palúdica, y, sobre todo, los ataques precedentes de reuma articular agudo.

Por último, tengo en mis salas otro enfermo de trece años de edad, en cuya familia no hay ningún antecedente reumático. Como antecedentes personales sólo sabe decir que ha padecido calenturas cuatro ó cinco veces, la primera cuando tenfa siete años.

Hace dos años sufrió una gran mojadura estando en el campo y después se quedó dormido en la cabaña. Poco después de despertarse sintió dolores en los dedos gordos de los piés, á los dos ó tres días en las rodillas y á los dos meses en las manos y en la articulación temporomaxilar derecha, hinchándosele mucho el lado respectivo de la cara. Se fué entonces á los baños de Montiel, y al tercer baño se le quitaron los dolores y la hinchazón de la cara, quedando en el estado en que hoy se encuentra.

En la actualidad tiene el pulso un poco pequeño y á 90; su estado de nutrición es bueno y el color sano; la punta del corazón late en el cuarto espacio intercostal, y el primer ruido, aunque claro, se alarga un poco. Desde hace un año tiene incontinencia de orina. Hay anquilosis de la rodilla izquierda en ángulo obtuso, de la cadera del mismo lado en flexión y del pie en extensión dorsal. En el miembro inferior derecho están anquilosados; la cadera en flexión, la rodilla en extensión y el pie en flexión plantar y abducción. También están algo rígidas y dolorosas las articulaciones de los dedos de ambas manos; en cambio gozan de movilidad completa los dedos de ambos piés y no hay nada de rigidez en la columna vertebral.

Este enfermo ha mejorado un poco con el iodo y el ioduro potásico al interior; pero con lo que está recobrando bastante los movimientos es con los baños salados y calientes, no obstante no poderlos tomar más que en días alternos por razón de la escasez del personal de asistencia, que tiene que bajarle y subirle al departamento hidroterápico.

Enseñan, á mi juicio, los casos expuestos: que para que se des-

arrolle anquilosis á consecuencia del reumatismo, es preciso casi siempre que éste sea muy intenso ó que repita muy á menudo, y que concurren otras causas, como una inmovilización prolongada, antecedentes reumáticos de familia, otras infecciones, etc. Se ve, además, que tan pronto se interesa la columna vertebral y las grandes articulaciones, constituyendo la llamada espondilosis rizomélica, como las últimas sin la primera ó ésta sin aquéllas, dependiendo tales variedades más bien de circunstancias accidentales que de diferencias etiológicas ó patogénicas. Por último, los baños salados y calientes, siempre que puedan ser tolerados, deben ser la base del tratamiento; pero además se debe recurrir, alternando, á los iodurados, los analgésicos, como los salicilatos, la euforina, la fenacetina y demás medicamentos análogos y al arsénico, y por otra parte, al masaje, la electroterapia, y en ocasiones, cuando sea posible, hasta el cambio de clima.

Pero, sobre todo, hace falta en todos estos casos una gran constancia y no circunscribirse á un solo procedimiento terapéutico. Casos de este género he tenido en los que sólo al cabo de bastantes meses se consiguió un resultado satisfactorio, siendo así que al principio del tratamiento todos los medios parecían inútiles.

(*Acad. Méd.-Quir. Española*).



SECCION PROFESIONAL

CRUCES

«Circular. - Exemo. Sr.: En vista de la instancia promovida por el Médico primero de Sanidad Militar, con destino en el batallón de Artillería de plaza de Melilla, D. Julio Redondo Martínez, en súplica de abono de las diferencias de pensión de dos cruces rojas del Mérito Militar que le fueron concedidas con anterioridad al 22 de Enero de 1901, y que ha dejado de percibir por virtud de la Real orden circular de dicha fecha (C. L. núm. 11), el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien acceder á lo solicitado, con arreglo á lo establecido en la Real orden circular de 18 de Julio último (C. L. núm. 115), debiendo practicar la reclamación de las diferencias de pensión que no ha percibido los Cuerpos y clases á que

el interesado ha pertenecido desde 1.º de Febrero de 1901, en la forma prevenida por las Reales órdenes circulares de 7 de Marzo, 17 de Abril y 11 de Octubre de 1900 (*C. L.* núms. 67, 92 y 201), 27 de Mayo de 1901 (*C. L.* núm. 114), 22 de Enero de 1902 (*C. L.* núm. 30) y 30 de Enero último (*C. L.* núm. 19), por lo que se refiere á devengos de años anteriores, y en extractos y nóminas corrientes por lo relativo á los del año actual. Es asimismo la voluntad de S. M. que esta medida tenga carácter general, y que por los Capitanes Generales de las regiones y distritos y Comandantes generales de Ceuta y Melilla no se dé curso á las instancias que se presenten con análogas peticiones, una vez que se halla suficientemente determinado en dichas soberanas resoluciones, tanto el derecho de aquéllos como la forma de practicar las reclamaciones.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 10 de Septiembre de 1903.—Martítegui.—Señor....»

*
*
*

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de las dudas que se han ofrecido para la aplicación de las Reales órdenes de 6 y 31 de Julio último (*C. L.* número 107 y *D. O.* núm. 165), en las que se dispone que las pensiones de cruces que disfruten los Jefes y Oficiales y sus asimilados, en la cuantía que se halla establecida, no influya para nada en los demás devengos reglamentarios independientes del sueldo, los cuales se abonarán por completo en cada caso á quienes tengan derecho á ellos, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver que las reclamaciones de las cantidades no percibidas por los interesados con motivo de haberse acumulado á dichos devengos las pensiones de cruces á los fines de la limitación establecida anteriormente del sueldo del empleo superior inmediato—limitación que ha quedado sin efecto por aquellas soberanas disposiciones—, se efectúen á partir de la fecha en que á cada uno haya dejado de abonársele cuanto por dichos conceptos le corresponda y á ello tenga derecho, según ha sido declarado.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 22 de Septiembre de 1903.—Martítegui.—Señor.....»



NECROLOGÍA

Don Maximiliano Godoy y Morón.—Nació en Cádiar (Granada) el día 22 de Febrero de 1854, y previa oposición ingresó en el Cuerpo, con el empleo de Médico segundo, por Real orden de 24 de Julio de 1874, siendo destinado al batallón Reserva de Ciudad Rodrigo, y posteriormente á el de Teruel.

Designado por sorteo para pasar á Cuba, llegó á la Habana en Octubre de 1876, y sirvió en el batallón Cazadores de las Navas y hospitales militares de Remedios y Ciego de Ávila. Volvió á la Península con licencia por enfermo en Enero de 1880, regresando á Cuba en Agosto de dicho año. Prestó sus servicios en los hospitales de Palma Soriano y Baracoa, regimiento Infantería de la Corona y hospital militar de Guantánamo, hasta Mayo de 1883 que regresó á la Península.

Destinado al hospital militar de Alhucemas, pasó después al regimiento de América y más tarde á situación de reemplazo. En Enero de 1886 fué nombrado para el batallón Reserva de Loja, y posteriormente para la de Motril. En Mayo de dicho año fué destinado á Ultramar, pero pasó á situación de reemplazo por haber quedado sin efecto dicho nombramiento.

Desde Marzo de 1888 sirvió sucesivamente en el regimiento Caballería de Vitoria, batallón Cazadores de Segorbe, regimiento Caballería de Santiago, hospitales militares de Melilla, Cádiz, Córdoba y Pamplona y, por último, en el segundo Depósito de caballos sementales, falleciendo en Granada, donde se encontraba con licencia, el 5 de Septiembre próximo pasado, á consecuencia de una pneumonía aguda.

Obtuvo los empleos efectivos del Cuerpo con las antigüedades siguientes: Médico primero, 23 de Noviembre de 1885; Médico mayor, 19 de Agosto de 1895; se le concedió empleo de Médico primero de Ultramar en 22 de Junio de 1876, y el grado de Médico

mayor, por servicios de campaña, en 28 de Noviembre de 1878.

Estaba en posesión de las cruces de primera y segunda clases blancas del Mérito Militar, de otra roja de primera clase de la misma orden, de la Medalla de Alfonso XII y de la Cuba con distintivo rojo, y era Benemérito de la Patria.

¡Descanse en paz nuestro estimado compañero!

VARIEDADES

Terminadas las oposiciones para ingresar en la Academia Médico-Militar, han obtenido plaza 11 opositores, cuyo orden de colocación, después de cada ejercicio, ha sido el siguiente:

Nombres.	Después del primer ejercicio.	Después del segundo ejercicio.	Después del tercer ejercicio.	Después del cuarto ejercicio.
D. Domingo Maiz y Eleicegui..	1	1	2	1
» Martín César y Juarros.....	2	2	1	2
» Federico Illana y Sánchez..	3	3	3	3
» Julián Minguillón de Soto..	7	4	4	4
» Cayetano Gómez y Martínez	6	6	5	5
» Santiago Montero y Portas,	4	9	6	6
» Fernando Muñoz y Beato...	8	7	7	7
» Juan Luis y Subijana.....	5	5	8	8
» Ignacio Pardo Lardies.....	12	12	9	9
» Luis Juan Huertas de Burgos	10	11	11	10
» Marcos García y García....	13	14	14	11

*
* *
*

Se ha publicado el tomo IV de la sexta edición, notablemente aumentada, de la refundición del *Tratado de Medicina legal y Toxicología* del Dr. Mata. En el presente tomo empieza el estudio de la *Toxicología*. Encomendado el trabajo de refundición á un perito tan conocido en el mundo de la ciencia por sus vastos conocimientos en ésta, como lo es el Doctor D. Adriano Alonso Martínez, se esperaba con impaciencia la publicación de este volumen, en el que se confiaba encontrar materias de gran enseñanza. Y, en efecto, causa asombro el colosal trabajo llevado á cabo por tan ilustre Médico. Lo que en anteriores ediciones estaba reducido á un tomo, en la presente ha sido necesario dividirlo en dos voluminosos, estudiando en el primero la *Toxicología general*, y en el segundo la *Toxi-*

ciencia particular y química, parte ésta que le ha sido necesario al refundidor completarla y rehacerla en gran parte, poniéndola á la altura de los conocimientos modernos.

Por ser esta la ciencia que trata de la intoxicación y de las sustancias que las producen, efectos y causas sobre los que el Médico legista está con gran frecuencia llamado á dar luz á los Tribunales de justicia, ha puesto de manifiesto la necesidad de verdaderos peritos Médicos en esta ciencia, criterio que ha predominado en el Sr. Alonso Martínez para hacer de este *Compendio de Toxicología* un verdadero estudio médico-legal del envenenamiento, suficiente á resolver cuantas cuestiones se relacionen con él.

Tras una magnífica introducción, en que el refundidor hace la historia de la Toxicología en sus diversos aspectos y tiempo, pone de manifiesto su importancia, su relación con la Medicina legal y la necesidad de su conocimiento. Da á conocer la organización de esta ciencia, dividiéndola en general y particular, entrando de lleno en el estudio de la intoxicación de un modo aplicable á la generalidad de los venenos. En cinco capítulos sucesivos da á conocer: primero, la fisiología de la intoxicación en todos sus puntos, tales como la definición de los venenos, su cantidad y estados, vías por donde pueden introducirse, absorción de los venenos, su acción y clasificación, dando á conocer los medios más conducentes para el estudio experimental de todo cuanto atañe á la acción de los venenos; segundo, las partes que comprende la patología de la intoxicación, diagnóstico, pronóstico y anatomía patológica; tercero, exposición, en su parte terapéutica, de la profilaxis de la intoxicación voluntaria ó involuntaria, estudio de los contravenenos, antídotos y medicamentos curativos, y de las indicaciones que hay que llevar según que los venenos sean narcóticos, cáusticos, inflamatorios, nerviosos, asfixiantes, sépticos, etc., y según los casos de intoxicación y las circunstancias que las modifican; cuarto, *necropsia de la intoxicación* ó particularidades relativas á las inhumaciones y exhumaciones de cadáveres, exponiendo las precauciones que hay que tomar en las autopsias cuando existan sospechas de envenenamiento, y quinto, valor lógico, significación verdadera de los síntomas, de las alteraciones anatomopatológicas y de los resultados de los análisis químicos separados y en relación; en qué casos se necesitan esos tres órdenes de datos para afirmar un envenenamiento; en qué casos se puede prescindir de algunos datos; con qué enfermedades pueden confundirse los síntomas y las alteraciones materiales, y qué orígenes puede tener la presencia de los venenos dados por los análisis químicos, con otros puntos que constituyen lo que se llama *filosofía de la intoxicación*, donde el Médico legista encuentra cuanto le es necesario para el criterio que ha de seguir para resolver con acierto toda cuestión relativa á la intoxicación, con lo que termina este volumen.

La obra completa, que constará de cinco tomos, se halla de venta en la librería editorial de los Sres. Bailly-Bailliére é Hijos, plaza de Santa Ana, 10, Madrid, al precio de 50 pesetas en rústica y 60 encuadrada en tela. Pídase en todas las librerías de España y América.