

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XII MADRID I.º DE NOVIEMBRE DE 1898 N.º 273

Estudio de algunas defensas del organismo en las infecciones.

El organismo posee un número considerable de aparatos de defensa contra los agentes morbosos que de ordinario atacan su integridad; tan variados como éstos en su acción de ataque lo son aquéllos en la suya, y colocados en las superficies externa é interna, cual centinelas avanzados, vigilan constantemente para alejar de él todo contacto peligroso, y para la realización de sus fines no tiene sino un número muy limitado de reacciones contra estos agentes, cuando burlando ó destruyendo sus defensas exteriores han penetrado en su medio interno.

De estas reacciones y defensas orgánicas, las primeras se verifican en el campo de la fisiología; tienen lugar las segundas en el terreno patológico, y sus principales procesos parece que son la inflamación y la fiebre; procesos que si en unas ocasiones se presentan aislados, en otras se complementan para destruir, eliminar ó neutralizar la acción de distintas substancias que accidentalmente forman parte de nuestro ser, ó que modificadas de algún modo en sus relaciones con éste se convierten en elementos de perturbación y desorden.

Haremos un ligero estudio de este último á fin de dar á conocer algunos mecanismos y reacciones que nuestra organización pone en juego para su defensa y que creemos poco conocidos.

Las reacciones mejor dispuestas se realizan contra las substancias que toman su origen en el organismo por el juego normal de sus funciones; parece que la naturaleza, sabia y previsoras, ha ido, en el transcurso del tiempo, disponiendo su defensa contra éstas; y como el aniquilamiento de un órgano esencial á la vida no venga á

perturbar ó imposibilitar en absoluto sus funciones, el organismo lucha y lucha hasta alcanzar la victoria.

Estos mecanismos que pone en juego contra la retención de productos excrementicios, son los que generalmente emplea para destruir los productos elaborados por otros elementos orgánicos extraños á los que le forman normalmente, contra las toxinas elaboradas por los micro-organismos que determinan la infección y esencialmente la constituyen. En algunos casos lucha con ventaja, ordinariamente, contra estas toxinas exóticas á nuestra vida celular, cuando éstas pueden sufrir idénticas transformaciones á las que experimentan las que normalmente resultan de el funcionamiento de nuestros órganos, cuando son susceptibles de ser eliminadas sin deterioro notable ó inmediato de nuestros aparatos de excreción.

En otros casos, como en las intoxicaciones producidas por el veneno de ciertos ofidios ó en infecciones de extraordinaria virulencia, como en algunas formas de malaria, el organismo muere sin lucha. No tiene éste, en el cual todo es mecánico y dispuesto de antemano, calculadas sus defensas para enemigos insólitos ó exteriores á él.

Contra un ácido que con su contacto accidental corroe nuestros tejidos, no opone para su defensa nuestro ser la eliminación, por aquel punto, de las sustancias alcalinas que se eliminan por las heces fecales.

Tiene el organismo acumuladas las defensas en sus fronteras y calculadas para los enemigos con quienes de ordinario combate; es una plaza fuerte que las tiene en los puntos vulnerables, en sus murallas, por donde puede ser asaltada, pero no las tiene para enemigos que vayan por los aires; no las tiene tampoco para agentes de destrucción no puestas en uso ó no utilizados por el enemigo.

No hemos de exponer aquí sino los mecanismos que opone á las auto-infecciones y contra alguna infección microbiana de origen externo.

Las primeras son resultado del acúmulo de productos formados por la nutrición y desgaste de nuestros tejidos, y que, no habiendo de servir para suministrarle nuevas energías ni experimentar en su seno ulteriores cambios, necesitan ser eliminados; su retención en el plasma sanguíneo dificulta el cambio normal de la materia, casi siempre atenuando estos cambios ó perturbándolos y atacando la vida en su función más primordial: la nutrición.

Su presencia en la economía resulta de la falta de paralelismo entre su producción y su excreción, mayor aquélla, de donde resulta su retención ó acúmulo. Otras veces estos restos de desasimilación orgánica ó productos de otras vidas celulares penetran en la sangre por el tubo digestivo, ó son absorbidos del exterior por distintas superficies. Como resumen de lo expuesto diremos que el organismo opone excelentes reacciones contra la presencia de los restos de su nutrición que le infectan y contra aquéllos que penetran por el tubo digestivo, para los cuales tiene él multitud de medios de defensa, porque éstos constituyen para él una amenaza constante, y de no tener bien dispuestos elementos de lucha y resistencia sucumbiría.

El tubo digestivo constituye para él una frontera abierta al comercio y fácilmente asequible para sus enemigos, y allí acumula sus medios de resistencia.

Hago caso omiso en este pequeño trabajo de el estudio de las defensas naturales, admirablemente dispuestas en la superficie cutánea y en el aparato respiratorio, que dificultan la penetración de productos ó agentes infectantes por estas vías y que sólo merced á lesiones más ó menos graves ó alteraciones más ó menos profundas de estas superficies permiten la penetración á los enemigos de su integridad, igualmente admirables unas y otras; las defensas acumuladas en la piel y en el aparato respiratorio han sido mejor estudiadas ó son más fáciles de comprender, y por lo tanto mejor conocidas.

El organismo defiende sus fronteras admirablemente en algunas ocasiones hasta sucumbir en la lucha, como en algunas infecciones del aparato respiratorio, constituyendo esas defensas graves enfermedades, más ó menos bien estudiadas como tales defensas, y que pudieran ser objeto de ulteriores trabajos. La pulmonía no es sino una defensa de la superficie del aparato respiratorio contra la invasión del *diplococcus*. El exudado fibrinoso que la caracteriza es un arma de que el organismo se vale para englobar, aprisionar y separar del contacto del aire á dicho agente morbosos, de naturaleza aerobio, aislándole de aquel parénquima, favoreciendo su eliminación, dificultando en sumo grado su penetración en el torrente circulatorio y preparando excelentes condiciones para la fagocitosis.

Una vez constituida la infección, las reacciones que el organismo le opone *siempre son idénticas, cualquiera que sea su naturaleza*, y están calçadas sobre las que opone á la retención de produc-

tos, resultado de su vida celular, y se traducen siempre por la fiebre, cuya patogenia, así como su utilidad para el organismo, hemos tratado de demostrar en un trabajo que vió la luz hace muchos años, en 1881, en la *Gaceta del Cuerpo de Sanidad militar*, en época en que no se veía en este proceso mas que sus inconvenientes y ninguna de sus ventajas.

¿Cuál es el mecanismo de estas reacciones, cómo se preparan éstas para determinar la eliminación de los productos que infectan el organismo?

Procederemos de lo más sencillo á lo más complicado de los casos en que, productos mal elaborados por una indigestión imperfecta penetran en la sangre, no estudiando desde luego los casos de auto-infección debidos á retención de productos excrementicios, producidos en cantidad excesiva á consecuencia de un trabajo orgánico exagerado ó retenidos por una eliminación imperfecta por los órganos encargados de su excreción, porque siempre en estos casos hay factores que complican el problema.

Un individuo ingiere una cantidad de alimentos superior á sus fuerzas digestivas, ó una causa cualquiera perturba su perfecta elaboración, ó antes de ser ingeridos estos alimentos han experimentado un principio de descomposición y encierran *ptomainas* ó *leucomantias* en gran cantidad.

El organismo reacciona tratando por un lado de oponerse á su acción, provocando compensaciones y modificaciones circulatorias que sean contrarias á las determinadas directamente por su contacto. Estas modificaciones tienden á dificultar el nuevo ingreso de materiales tóxicos en la sangre, y á destruir y eliminar los que en ella han penetrado ya.

Estos actos y reacciones están preordenados, dispuestos de antemano por la inteligencia suprema que asoció las diversas funciones y movió los aparatos, al parecer diferentes y antagonistas en su objeto, por energías tomadas del mismo centro nervioso, y que al gastarse en uno de ellos en exceso para moderar una función ó activarla, resulta en defecto para excitar ó moderar el trabajo de la primera; de aquí la tendencia al equilibrio forzoso, como hemos intentado demostrar en un estudio de la ataxia.

La presencia de toda substancia tóxica, de todo producto extraño á la composición normal de la sangre, determina en nuestros tejidos, en nuestros elementos orgánicos, una impresión, sentida, antes que por ninguno, por aquél que está á la cabeza de todos en

la esfera de las energías en él acumuladas por los elementos nerviosos, y éstos modifican inmediatamente su nutrición con arreglo siempre á cierto tipo, como si reaccionaran contra la presencia de materiales producto de un trabajo exagerado de los mismos elementos anatómicos y se determina la primera impresión sentida, consciente, de enfermedad, que se percibe por una sensación de fatiga, de cansancio.

Todo proceso infeccioso, al iniciarse los síntomas generales de la infección, lo hace por una sensación de cansancio ó quebrantamiento general de fuerzas.

Las afinidades de los elementos nerviosos, más ó menos agotadas por el trabajo que determinó el acumulo de aquellos materiales excrementicios, resultado de la nutrición y funcionamiento de los órganos, atraen con menos energías los materiales de que han de nutrirse y tiende á hacerse en ellos menos activa la circulación, y sus vasos capilares tienden á anemiarse; de aquí la sensación de cansancio, de impotencia ó decaimiento nervioso en todos los órdenes de sus actividades; de aquí la tendencia á la resolución muscular de los períodos prodrómicos de los estados infecciosos graves ó leves. Esta menor actividad de todas las funciones tiende á disminuir la producción de aquellos materiales tóxicos que el trabajo excesivo acumuló; y si la excreción de los mismos continúa con regularidad, conduce al restablecimiento de la composición normal de la crisis sanguínea. Esto es lo que ocurre en esas autotizaciones ligeras, consecuencia de un trabajo sostenido, ya de orden físico ó intelectual, cuando no hay verdadero paralelismo entre la producción de estos materiales de nutrición ó de un trabajo cualquiera y la excreción ó eliminación de estos residuos; y después de esta situación, durante un tiempo más ó menos largo, después de un sueño ó de un reposo forzado, vuelve todo al estado normal. Durante el sueño las orinas se hacen más tóxicas, y todas las glándulas de la economía tienden á aumentar su trabajo, todas á eliminar productos, que en condiciones normales sólo elimina el riñón ó el hígado, y por las glándulas salivares y sudoríparas se eliminan algunas de esas toxinas que determinan alteraciones que luego estudiaremos.

Bien que un órgano secretor importante esté interesado directa ó indirectamente y no pueda ejercer sus funciones, bien que un enfriamiento de la piel haya disminuído ó anulado la respiración cutánea y suprimido la función sudoral, impidiendo la salida por es-

ta vía de toxinas volátiles, ó bien que el ingreso de materiales mal elaborados por el tubo digestivo siga en aumento, ó que las toxinas de una infección microbiana local sigan penetrando en el torrente circulatorio, y estos síntomas premonitorios del mal se irán graduando y la reacción orgánica, de que la mayor parte de éstos son expresión, se irá acentuando.

Los elementos nerviosos que á las primeras manifestaciones de la presencia del enemigo respondieran, por decirlo así, con una disminución de sus actividades y de sus trabajos, y que fueran, por lo tanto, acumulando fuerzas de tensión, responden á la presencia de estas sustancias tóxicas obedeciendo á su estímulo, reaccionan contra su presencia y los pequeños vasos de los centros nerviosos que estaban contraídos, ya porque estuvieran irritados por el contacto de aquéllos, ó agotadas las energías nerviosas que mantenían sus paredes en contacto, ó bien porque aumentadas por el reposo las energías y afinidades de las células nerviosas, atraigan éstas con más fuerza los materiales de que se nutren, tienden á dilatarse, se dilatan, y los centros nerviosos espinales y bulbares se hiperemian reclamando más oxígeno y una circulación más activa que elimine los productos tóxicos que le circundan.

Ya se sabe que el oxígeno elimina el ácido carbónico acumulado en los tejidos por el trabajo nutritivo, y con esta mayor actividad circulatoria local vá á empezar un trabajo más activo de los centros nerviosos y con él á generalizarse la reacción.

A esta hiperemia de los centros nerviosos en general, y de la médula espinal en particular, son consiguientes trabajos más activos de los centros de inervación vascular, que modifican activando ó retardando el trabajo nutritivo en los territorios donde terminan los vasos por ellos inervados, y en general, los vasos arteriales y los dotados de fibras musculares, tienden á contraerse, y no sólo estos, sino que todas las fibras musculares lisas que parece que tienen un centro de inervación común en la médula espinal, común con el de aquéllos, tienden á contraerse, se contraen, y el espasmo de las fibras lisas de toda la economía es su resultado.

Existen en la economía unos vasos en cuya textura apenas han parado mientes los fisiólogos, al menos que yo sepa, y son las venas cavas y las venas supra-hepáticas. Estas tienen multitud de fibras musculares lisas y nervios motores consiguientemente, cuyo centro es común con los de los demás nervios vasculares, el cual, irritado por los productos de la desasimilación orgánica, sean ga-

seosos, como el ácido carbónico, ó sean fijos, líquidos y sólidos, como otros mil productos de la vida celular, siempre tóxicos para el organismo y que constituyen la infección, activan su trabajo y determinan la contracción de los citados vasos, antes, después ó simultáneamente con la contracción de los demás vasos que tienen fibras musculares, y consecuencia de ésto es una hiperemia pasiva de los vasos abdominales, porque disminuye la corriente de salida por las venas supra-hepáticas y por las cavas, acumulándose sangre en el hígado, riñones y tubo intestinal. Con ésto se encuentra cerrado el paso al torrente circulatorio de los productos que, frecuentemente, por la vía intestinal infectan el organismo.

Son, pues, consecuencias inmediatas de esta primera etapa de la reacción orgánica:

Primera. La hiperemia hepática.

Segunda. La del riñón.

Tercera. La del tubo digestivo.

Cuarta. La isquemia de la piel y de los órganos más distantes de aquéllos órganos hiperemiados; v. g., la isquemia de los centros nerviosos más distantes del centro circulatorio.

Simultáneamente con esa acción revelada por el centro de inervación vascular, aparecen otras que revelan la presencia de esos productos tóxicos en otros centros nerviosos de nuestra economía, ni menos importantes ni menos impresionables que aquéllos, y el nervio pneumo-gástrico determina, con la mayor actividad nutritiva ó funcional de ese centro, modificaciones en la respiración, la circulación y los movimientos y trabajos secretorios del aparato digestivo y sus grandes anexos; así la respiración aumenta de frecuencia y se hace superficial para expulsar esos productos volátiles de la vida celular é ingresar oxígeno que atienda á sus trabajos, hace más activa la circulación cerebro-espinal, al par que el pulso, haciéndose más tenso y contraído, aumenta la presión renal para favorecer las filtraciones á través de su parenquima, el estómago é intestinos aumentan sus contracciones musculares y aparece la náusea precursora del vómito, pronto seguido de éste, esfuerzo reactivo de importancia suma y el principal regulador de la circulación capilar, determinado lo mismo por la isquemia que por la hiperemia de los centros nerviosos, el cual, dilatando todos los vasos capilares de la economía, facilita por igual en todos ellos la circulación. Y el hígado aumenta su función glicogénica, y tiende á suministrar á los tejidos el azúcar que los músculos han de quemar para

augmentar la temperatura. La secreción biliar, con sus eliminaciones de *pigmentos* y la transformación de las sales amoniacales en urea, continúa con más actividad aún, á pesar de la hiperemia venosa del hígado, pudiendo verificarse éstas en un medio completamente privado de oxígeno, y tiende á aumentarse y se aumenta con dichas reacciones la depuración orgánica, preparando así condiciones abonadas para que aparezca la diarrea y con ella la renovación del epitelio intestinal, más ó menos infectado, como los líquidos que bañan la superficie del intestino, si el tubo digestivo fué la puerta por donde penetraron las toxinas que infectan nuestra economía.

Por esa isquemia de los centros nerviosos y demás órganos más distantes del centro circulatorio, explícanse fácilmente todos los otros síntomas que revelan la enfermedad en un principio, mejor dicho, la reacción contra la infección que esencialmente la constituye.

Tales son la palidez de la piel, el enfriamiento de las extremidades, la persistencia y aumento de la sensación de cansancio, el agotamiento de las energías musculares voluntarias, la falta de expresión y paralización del semblante por disminución de la actividad nerviosa que incita la contracción de los músculos de la cara, los vértigos por anemia cerebral, los vómitos á ellas consecutivos y á la irritación de los filetes del simpático y del pnemo-gástrico, irritado por la presencia de sangre y carbonizado por el éxtasis en el tubo intestinal.

Los dolores raquíalgicos y los dolores lumbares y de riñones que revelan el éxtasis en su circulación venosa, dificultada por el estancamiento de las venas cavas y supra-hepáticas.

La aparición del escalofrío inicial del proceso febril revelador de esa isquemia y de una menor actividad nutritiva en los centros nerviosos espinales, dá la orden de protesta general de toda la economía contra el invasor.

Explícanse asimismo por esa contracción y cierre de las venas supra-hepáticas el catarro gastro-intestinal, inherente á todas las infecciones y á todas las fiebres, sea cualquiera el agente que los constituya y cualquiera la vía por donde aquélla se haya verificado, lo mismo de una infección nasal que revela un coriza que de una infección que tiene su asiento en la piel, como en las erisipelas, que la que aparece por consecuencia de un trabajo exagerado cerebral.

Con esas modificaciones de los centros nerviosos y de los centros vasos motores iníciase la producción más activa de calor y su

menor eliminación ó pérdida por la menor actividad de la circulación de la piel.

Por esas hiperemias pasivas del tubo digestivo compréndese el por qué de la atenuación, disminución ó supresión de sus funciones transformadoras de los alimentos propios de la fiebre, con lo que se inicia el período de bancarrota orgánica á ella peculiar; el organismo, en su afán de cerrar las puertas á los venenos que tienden á destruirle, la cierra á los alimentos que van á vivificarle, se preparan eliminaciones generales por todas las vías y se dificultan los ingresos por todas partes, para que el enemigo oculto no penetre con el alimento y no vaya suspendido en el aire.

Todas las glándulas de la economía aumentan sus trabajos, todas se aprestan á la defensa del territorio con sus eliminaciones y sus líquidos microbicidas, y el bazo y el hígado y los ganglios linfáticos ponen en pié de guerra ejércitos de glóbulos blancos que cierran el paso al invasor, le expulsan de la economía ó le enquisten en su seno, anulando completamente sus efectos.

¿Podrán explicarse bien las modificaciones que la mucosa lingual experimenta con tanta facilidad en todo proceso febril, desde aquél que nos pasa casi desapercibido hasta aquél en el cual cambian completamente las condiciones de vida y sucumbe?

Excitados los centros nerviosos que presiden á las secreciones glandulares de tan distintas especies que posee el organismo para que eliminen, no sólo los productos que de ordinario eliminan, sino otros encomendados á sus congéneres, por efecto de la excitación de esta zona del bulbo, determinada por las toxinas que infectan la economía, se vé la secreción salivar modificada en su composición, y eliminando unas veces materias colorantes de la bilis y otras urea y productos distintos más ó menos tóxicos, que unas veces excitan la proliferación de su epitelio, el cual, acumulándose en capas más ó menos gruesas, dá á la lengua el aspecto que notamos en ciertos casos que llamamos de sáburra gástrica, verdadero catarro bucal, y que otras veces matan ese epitelio y dejan una lengua de gato seca, rugosa y sin barniz alguno, que nos revela desde luego la toxicidad de los productos que la bañan y la malignidad del proceso que observamos.

Hemos cumplido nuestro objeto dando á conocer á los ilustrados compañeros del Cuerpo y demás Médicos que nos lean un medio de defensa orgánica, cuya existencia como tal era, á mi entender, completamente desconocida, y cuya intervención en la fisiología

patológica de las fiebres puede explicarnos multitud de fenómenos, hasta hoy sin explicación, y servirnos de base á una terapéutica racional de algunas infecciones que no la tienen eficaz hasta la fecha.

I. BLANCO Y PARADELA.

Médico Mayor.

REVISTA ESPAÑOLA

Fractura del cráneo con accidentes cerebrales. Trepanación.—El Dr. Blanes y Mestre publica en la *Revista Médica* de Puerto Rico la siguiente historia clínica:

Un soldado de la segunda compañía del batallón de Artillería de plaza, de 23 años de edad, de oficio labrador, ingresó en el hospital militar de Puerto Rico el 12 de Mayo de 1898.

Manifiesta que al ir á incorporarse á su sección sintió un fuerte golpe en la cabeza y hombro izquierdo que le hizo caer sin conocimiento. El agente vulnerante fué un pedazo grande de proyectil, que le hirió de rebote después de haber chocado con las paredes de un faro.

Único antecedente que puede relacionarse con el curso de esta lesión, es el de haber contraído unos meses antes la tiña favosa.

Presentaba una herida contusa é incisa de la piel del cráneo, situada en la región parietal izquierda, de bordes separados é irregulares, profunda, de unos ocho centímetros de extensión y dirigida transversalmente. Introduciendo el dedo, escrupulosamente aseptizado, entre los bordes de la herida, se apreciaba la fractura del hueso parietal en una línea transversal, paralela á la herida cutánea y cerca del ángulo posterior superior del hueso. El borde anterior de la fractura estaba hundido, y el posterior, muy cortante, biselado á expensas de su cara interna; ambos bordes eran fijos y no existía entre ellos esquirra alguna ni cuerpo extraño.

En relación con estas lesiones había notables perturbaciones funcionales, manifestaciones, sin duda, de una lesión cerebral: primero, entorpecimiento de las facultades intelectuales; segundo, monoplejía localizada en el miembro superior derecho; tercero, cefalalgia. Se diagnosticó de *fractura complicada del cráneo con lesión del lóbulo cerebral izquierdo*.

El 12 de Mayo de 1898, el brazo derecho paralizado en toda su extensión, ligera cefalalgia, no hay fiebre. El estado general es

bueno. La parálisis obedecía á la compresión, determinada por algún coágulo que obraba en el sitio de la fractura sobre la masa encefálica.

Después de bien afeitada y lavada la región, aplicación de cinco puntos de sutura sin desagüe, por ser escaso ó nulo el exudado. Cura oclusora con un apósito aséptico. Al interior, á fin de regularizar la circulación cerebral, tomó una poción con ioduro potásico y tintura de árnica.

El día 14 de Mayo el enfermo sigue sin fiebre, su apetito es normal. Las facultades intelectuales no están normales; responde á las preguntas con palabras poco cultas. Persiste la monoplegia, pero la sensibilidad no está abolida en ningún punto del miembro paralizado. El día 17 se levantó el apósito y se encontró completamente cicatrizada la herida. Una vez quitados los puntos de sutura, se protegió la cicatriz con un poco de algodón empapado en colodión elástico. Sigue la parálisis completa del brazo y acusa torpeza en los movimientos del miembro inferior del mismo lado. El día 20, la hemiplegia es total; sin embargo, así como persistía la sensibilidad en el brazo, persiste también ahora en el brazo y en la pierna; al pellizcarle en cualquier punto del lado enfermo, siente dolor, al cual procura instintivamente sustraerse. La cefalalgia es bastante intensa. No hay fiebre. El día 21, á las seis de la tarde, ha tenido un ataque epiléptico que le ha durado cerca de una hora. Se le ha puesto una inyección de morfina, prescribiéndole, para tomar á cucharadas, el bromuro potásico. A las nueve de la noche ha tenido un vómito bilioso; fiebre de 38°; pérdida completa del conocimiento; contracturas de la cara, bostezos y otros síntomas nerviosos. Durante toda la noche y á intervalos irregulares, se suceden los vómitos, siempre biliosos. El enfermo, en un estado de profundo sopor, no responde á lo que se le pregunta, no le impresiona la luz, se le pellizca y no siente; presenta, en una palabra, todos los síntomas del estado apoplético. El día 22, en la madrugada, ha sufrido otro ataque epiléptico; siguen los vómitos; fiebre 39°.

En vista de la gravedad de este cuadro, y sospechando por los síntomas irritativos, los vómitos y la fiebre, un proceso encefálico, ó de las meninges, tal vez un foco hemorrágico, una meningitis producida por la irritación que determinara una astilla ósea, se procedió en este mismo día á la operación del trépano.

Afeitado todo el cráneo, lavado con jabón y cepillo, éter, alcohol y sublimado la región, se hizo una incisión crucial aprovechando la cicatriz de la herida; bien desprendido el periostio correspondiente á los cuatro colgajos cutáneos, se atravesó con un hilo juntamente con la piel el colgajo perióstico, de modo que al tirar de los cuatro hilos dejaban el campo operatorio completamente libre; medio este el de los hilos, que aventaja á los ganchos y separadores, pues sobre tener todas sus ventajas, tiene la indiscutible superioridad de no ocupar espacio. Se aplicaron dos coronas, una en la parte anterior de la fractura y otra en la posterior; al retirar esta

última, salió un líquido rojo-negrusco, de consistencia y aspecto muy parecido al jarabe de grosellas, sin fetidez y en cantidad de unos 30 gramos. Un pedazo de la lámina interna de la corona anterior estaba enclavado en la substancia cerebral. Con el escoplo y el martillo se rompió el puente que mediaba entre las dos ventanas. Las rodajas óseas salieron ambas en dos fragmentos: con el primero salía la lámina externa y el diploe, con el segundo la lámina interna.

Quitados los coágulos, se introdujo en el interior de la masa cerebral, en el sitio que ocupaba el derrame hemorrágico, una tira estrecha de gasa, seguramente aséptica, para asegurar el desagüe en caso de que se formasen nuevos exudados. Se procedió á la sutura y colocación de un apósito que cubría toda la cabeza y parte de la cara. A pesar del estado soporoso del enfermo, la anestesia por el cloroformo no provocó el más ligero accidente.

En el curso de esta operación se ha corroborado el signo de Roser, ó sea la falta de pulsación cerebral antes de la salida del foco líquido, para aparecer de un modo muy perceptible una vez que fué evacuado el derrame.

El día 23, el enfermo está sin fiebre, sigue soporoso, responde con mucho trabajo á las preguntas que se le hacen, toma bien el alimento. Los vómitos y las contracciones faciales han cesado. El día 25, las facultades intelectuales están despejadas, no tiene dolor de cabeza; ha recuperado en parte los movimientos de la pierna; el pié y el miembro superior derecho siguen paralizados. El día 29 se quitaron las suturas y la herida estaba cicatrizada, faltaban solamente de cicatrizar las aberturas del desagüe. El día 6 de Junio los movimientos de la extremidad inferior son casi normales, le permiten la marcha con la ayuda de un bastón. Nota que tiene un poco de movimiento en el hombro del lado paralizado.

Levantado el apósito se vió que las costras favosas, que se habían quitado antes de la operación, se reprodujeron provocando una irritación en los bordes de la porción de herida que estaba sin cicatrizar. El día 18 efectúa la marcha sin auxilio del bastón; la deambulación es normal; ha recuperado los movimientos del brazo, antebrazo y mano, sólo los dedos presentan todavía alguna dificultad á los movimientos; puede cerrar la mano y efectuar con los dedos índice y pulgar la prehensión de los objetos un poco voluminosos. El día 20 su estado no puede ser más satisfactorio, están recuperados todos los movimientos del lado paralizado. Después de la operación no ha tenido más ataques epilépticos.

Consideraciones: 1.^a Este caso, de fractura del cráneo con monoplegia inmediatamente después del traumatismo, autorizaba desde luego para practicar la trepanación; sin embargo, la abstención en un principio está justificada por la posibilidad de curarse el enfermo sin la operación.

2.^a En el momento de la intervención este caso no podía salvarse de otro modo que con la operación; los vómitos, la hemiplejía

y los ataques epilépticos, constituyan un trípode sintomático, imposible de combatir de otro modo.

3.^a El signo de Roser, referente á la falta de pulsación cerebral cuando hay un foco líquido situado debajo de la substancia cortical del encéfalo, se considera de valor como signo diagnóstico.

4.^a Es digno de atención que el enfermo conservara la sensibilidad en el lado paralizado.

*
* *

Thiocol.—Sulfoguayacolato de potasa.—Polvo fino, de color blanco, con sabor amargo y cierto dejo azucarado; contiene próximamente 60 por 100 de guayacol. El autor le considera preferible al guayacol y á su carbonato, por ser absolutamente inodoro, muy fácilmente soluble en el agua, no irritar absolutamente nada las mucosas, y ser muy fácilmente absorbible. La solución acuosa, dulcificada con el jarabe de corteza de naranja amarga, se tolera bien y se toma hasta con agrado, pudiendo administrarse hasta 10 y 15 gramos diarios sin inconveniente ninguno.

(*El Rest. Farm.*)

*
* *

Fosfoluteína.—Esta substancia, al decir de la *Gazz. degli Ospedali*, produce un aumento rápido de peso, que en ciertos casos ha llegado á más de siete kilogramos en veinte á treinta días de tratamiento. A la vez se observa mejoría de los síntomas digestivos, desaparecen los dolores epigástricos, la anorexia, los vómitos, etcétera. En los casos de clorosis, la fosfoluteína aumenta la cantidad de hemoglobina, creyéndose en conjunto que dicho cuerpo es superior al hierro.

(*El Rest. Farm.*)

*
* *

Primer Congreso Hispano-Portugués de Cirugía

Fistulas salivares limitadas al conducto de Stenon.—El Doctor D. Enrique López Sancho dice que el haber llegado á sus manos algunos enfermos de fístula salivar y tenido ocasión de emplear distintos medios quirúrgicos de tratamiento, le conducen á exponer algunas reflexiones acerca del procedimiento terapéutico, y aunque el número de casos clínicos sea insuficiente para formular conclusiones que estén al abrigo de toda objeción, cree, sin embargo, poder constituir un esbozo de juicio crítico, concediendo á Deroy y Deguise, á Malgaine y Riberi y á Langenbeck y Richelot, lo que cada uno haya aportado de racional y científico y pueda considerarse como útil en la práctica de la cirugía contemporánea.

Los enfermos por él observados han sido los siguientes:

N. N., de 30 años y con fístula del conducto de Stenon en su

porción premaseterina, á consecuencia de una herida incisa, diagnosticada dicha fistula por el retardo en la cicatrización total de la herida y la presencia de un líquido claro, de caracteres físicos análogos á los de la saliva, más abundante (hasta el punto de aparecer gota á gota) en el momento en que una substancia sávida impresionada las papilas de la lengua. Tratamiento empleado: refrescamiento y sutura. Curación completa á los ocho días.

M. I., de 44 años, con fistula steniana por flegmón profundo del carrillo y propagación de periostitis alveolo-dentaria. Fistula de la porción bucal del conducto. Tratamiento empleado: antisepsia del foco y de la boca, raspado y sutura en capas. Curación.

B. G., de 50 años de edad, con una fistula antigua (dos años de fecha) premaseterina, sin duda por cálculo salivar detenido y flegmón pericanicular. Tratamiento empleado: procedimiento de De-guise modificado. Se coloca un asa de seda aséptica desde el fondo de la fistula hasta la mucosa bucal, en donde se anudan los dos cabos, comprendiendo entre los dos hilos un espesor de tejidos próximamente de dos milímetros; refrescamiento y sutura del trayecto fistuloso. Al día siguiente, la cura estaba empápada de saliva, y como este accidente se repitió en los cinco ó seis días que necesitaba el trayecto anormal para cicatrizar, separó los puntos de sutura, y por medio de cauterizaciones repetidas con el nitrato de plata alcanzó la cicatrización del trayecto fistuloso, trabajo favorecido notablemente por el paso de la saliva al interior de la boca, siguiendo primero por capilaridad los dos hilos del asa intrabucal y deslizándose luego fácilmente por el conducto que la caída de la pequeña asa había formado.

G. S. y S. M. se le presentaron con fistula inmediatamente premaseterina antigua, y cuyos antecedentes no son tan claros que se atreva á formular su patogenia. Considerando que el orificio anormal está situado en el borde del músculo masétero y que el espesor notable del carrillo no dá seguridad de colocación exacta del asa intrabucal y de la formación del nuevo conducto muco-salivar, intentó el procedimiento de Richelot, tan racional en sus fundamentos, de técnica tan fácil y rápida y de resultados tan halagüeños, que es el único vá á detenerle. A uno ó uno y medio centímetros por detrás, y á nivel horizontal del orificio fistuloso, hunde un trócar hasta encontrar el fondo del trayecto anormal, marcado por un estilete previamente introducido en dicho trayecto; inclina el mango del trócar hacia adelante hasta presentarse perpendicular á la región, y atraviesa todo el espesor del carrillo; extrae el punzón, y por la cánula desliza un largo tubo de cautchuc desulfurado y retira la cánula, dejando colocado el tubo provisto de un agujero que corresponderá al vértice del ángulo que describió el trócar y mirando al orificio abierto del conducto de Stenon. Limpieza y raspado del conducto fistuloso, unión de las extremidades del tubo en la comisura de la boca, apósito antiséptico y vendaje. Empleó dicho procedimiento, que resultó rápido y fácil, habiendo conseguido la

curación completa, sin necesidad de cauterización ó sutura de la fistula, á los doce días, y retirado el tubo, la cicatrización fué completa á los quince. En la fistula más antigua fué necesaria la extirpación de una pequeña masa de tejidos indurados, y la curación completa se obtuvo en breve plazo gracias á este refrescamiento en superficie, complemento de la operación de Richelot.

Sin necesidad de apoyarse en los dos primeros casos, recuerda únicamente que una fístula salivar de reciente formación y desarrollada en el conducto excretor de la glándula parotídea, tiene suprimida la función de una parte de su conducto, habiéndose fraguado á través del carrillo un conducto anormal por donde sale la saliva; pero el plazo máximo de quince días transcurrido en ambos enfermos no ha sido suficiente para obliterar esta parte del conducto sin función y modificar profundamente las paredes del nuevo derrotero. Nada tiene de extraño (y en casos análogos puede así intentarse) que la simple sutura, precedida del refrescamiento, haya sido bastante para obligar á la saliva á buscar la boquilla del antiguo conducto, y derramándose en la mucosa haya dado tiempo á la cicatrización del trayecto fistuloso.

Siendo la fístula antigua, y suponiendo obliterada la porción más interna del conducto steniano y los tejidos perifistulares indurados por el tiempo y el contacto de la saliva, es necesario un período de reposo más largo en la porción fistulosa. Para conseguir este período no puede contarse con el antiguo canal, cuyo hábito excretor se perdió ya, y después de lo difícil que resulta su aislamiento por una disección minuciosa, es impropio para llenar las funciones que en otro tiempo le pertenecieran. En manos de Langenbeck, tal vez resulte fácil el aislamiento y desviación del conducto de Stenon como él propone, siempre que el cateterismo sea posible, para tratar las fistulas salivares; pero por su parte, asegura que en el cadáver, donde únicamente lo ha practicado, y en donde los tejidos no responden con sangre y es fácil ver, y en donde no han existido procesos esclerósicos que dan homogeneidad á tejidos distintos, es larga y difícil su disección y no le ha conducido á camino seguro para emplearlo en el enfermo.

Para distraer el conducto anormal del contacto de la saliva, es necesario crear una fistula nueva, que puede quedar persistente y constituir un medio radical de curación estableciendo su abertura en el vestíbulo de la boca, ó ser puramente temporal y cutánea por detrás de la que existe, y como más reciente curarse luego por los medios anteriormente expuestos. El procedimiento de Deguise, fundado en estos datos, sólo podrá dar seguridad de éxito cuando se proponga curar fistulas de la última porción bucal del conducto de Stenon, cuando el orificio corresponda á la parte del conducto comprendida en el espesor del bucinador ó en su corto trayecto submucoso, y, por lo tanto, el asa colocada haya de seccionar fácil y pronto los tejidos comprendidos entre los hilos; pero cuando el orificio corresponde á la porción maseterina ó al espacio comprendido

entre el masétero y la porción inter-bucinatoria, entonces el único procedimiento aplicable es el de Richelot, que en último análisis representa una serie de modificaciones útiles de los de Malgaigne y Riberi.

Fácilmente se comprende el procedimiento de curación en la operación de Richelot. En fistulas antiguas se supone perdida una porción del conducto, y mientras se resuelve la duda se forma otro nuevo y de función más segura; se deja descansar la fístula, obligando á la saliva á deslizarse por el tubo de cautchuc todo el tiempo necesario á la cicatrización, y cuando la fístula ha desaparecido espontáneamente ó por cauterización ó refrescamiento, se separa el tubo, y prontamente, como fístula reciente, desaparece la porción steno-cutánea y queda permanente, primero por la presencia del tubo, y luego por el paso de la saliva, la porción steno-bucal del trayecto terapéutico.

Termina su trabajo con las siguientes conclusiones:

- 1.^a La cauterización ó la sutura son aplicables á fístulas recientes y traumáticas.
- 2.^a El procedimiento de Deguise es aplicable á las antiguas y porción más interna del conducto.
- 3.^a El procedimiento de Richelot es el sólo aplicable con alguna seguridad en el éxito, en las fistulas antiguas y porción externa del conducto.

REVISTA EXTRANJERA

Contribución al tratamiento quirúrgico de la úlcera del duodeno.—La úlcera del duodeno ha sido tan pocas veces objeto de una intervención quirúrgica, que el caso referido por Wanach vale en verdad la pena de que sea señalado.

Un joven de 22 años fué súbitamente acometido de vómitos y de violentos dolores en el abdomen, localizados sobre todo en la región umbilical y en el vacío izquierdo. Creyendo que se trataba de una perforación del apéndice, el autor hizo una incisión en la región ileo-cecal. Apenas el peritoneo estuvo abierto, vióse salir un chorro de pus inodoro y mezclado con copos fibrinosos. La serosa estaba inyectada y á trechos cubierta de fibrina. Estas lesiones parecían muy acentuadas hacia el epigastrio. El apéndice estaba sano y no llevaba ninguna señal de perforación, de suerte que el cirujano se vió obligado á dirigir su exploración del lado de la región epigástrica y á practicar una segunda incisión que iba de la apófisis xifoides al ombligo. De este modo pudo observar que se trataba de una perforación del duodeno. Esta perforación, de dos á tres milímetros de diámetro, hallábase en la pared anterior del órgano

y estaba evidentemente en comunicación con una úlcera duodenal. El sitio profundo de la lesión hacía impracticable la excisión de la úlcera entera con sutura consecutiva, y Wanach tuvo que limitarse á sujetar el revestimiento seroso del ligamento hepato-duodenal sobre el orificio de la perforación. La herida fué taponada y cubierta de una cura aséptica. El estado del enfermo mejoró rápidamente, y éste pudo abandonar el hospital, completamente curado, á los tres meses de la operación.

Este interesante hecho animó al autor á reunir las observaciones publicadas hasta la fecha acerca del tratamiento operatorio de la perforación de la úlcera duodenal. Del estudio de estos hechos resulta que el accidente de que se trata ha quedado con frecuencia ignorado, habiéndose circunscripto el cirujano á explorar el apéndice sin pensar en buscar en otra parte la causa de la peritonitis, la cual no se descubría sino en el momento de la autopsia.

El sitio de la perforación no fué determinado al hacerse la operación más que en ocho casos, en los cuales está comprendido el de Wanach. Dos veces el tratamiento consistió en un simple taponamiento, con una curación y una muerte. En los otros seis operados se suturó el orificio y se llegó de este modo á salvar á tres; los tres restantes sucumbieron.

Como en ninguno de esos ocho casos el diagnóstico fué formulado antes de la intervención, el autor insiste acerca de la necesidad que hay de estudiar con cuidado los antecedentes del enfermo. Si éstos hacen suponer que el sitio de la perforación puede hallarse en la región epigástrica, se examinará metódicamente el estómago, las vías biliares y el duodeno. En ausencia de toda indicación que permita atribuir el foco primitivo á un órgano determinado, será permitido entonces abrir primeramente la región ileo-cecal, para dirigirse luego, en caso necesario, hacia el punto en que el proceso inflamatorio se halla más acentuado. Si una sola incisión es insuficiente, se practicarán otras sin reparo, á fin de hacer más accesible la perforación.

(*Arch. f. klin. chir.*)

*
*
*

Atrofia del nervio óptico provocada por la corteza de raíz de granado.—La raíz de granado y su alcaloide la peletierina, administrados á las dosis elevadas que son necesarias para la expulsión de la tenia, pueden, como es sabido, provocar á veces fenómenos de intoxicación más ó menos graves. Entre los síntomas observados en tal circunstancia, hanse registrado ciertos trastornos oculares, generalmente leves y transitorios, tales como congestión de la conjuntiva, dilatación ó estrechez pupilar, fotopsia, diplopia, etcétera; pero no parece que hubiesen sido aún señalados después desórdenes visuales de carácter más grave. Pues bien, el Dr. Sidler-Huguenin ha observado en la clínica del Dr. Haab, profesor de oftalmología en la Facultad de medicina de Zurich, un caso de atrofia

del nervio óptico, debida á la intoxicación por la corteza de raíz de granado. Esta observación se refiere á un joven, portador de una tenia, quien, habiendo absorbido una maceración de 125 gramos de corteza de raíz de granado en 400 gramos de vino blanco—de la cual arrojó la mitad próximamente después de haberla ingerido—fue acometido de cefalalgia violenta, de escalofrío y fiebre, y cayó en un estado letárgico que duró doce días. Poco después volvióse amaurotico y quedó completamente ciego durante tres días; luego la vista se restableció del lado izquierdo, quedando considerablemente debilitada á la derecha, donde se nota actualmente una atrofia del nervio óptico sumamente marcada.

La corteza de raíz de granado puede acarrear, por consiguiente, los mismos trastornos visuales graves y persistentes que han sido señalados á seguida del empleo del extracto de helecho macho. Fundado en estas razones, es por lo que Sidler-Huguenin aconseja que se haga tomar esa corteza con más prudencia de lo que generalmente suele hacerse, y que no se prescriba sino bajo forma de maceración (conteniendo menos peletierina que el cocimiento), preparada con una dosis de corteza que no exceda de 40 á 60 gramos. El enfermo absorberá esta maceración en dos ó tres veces, lo cual permite suprimir ó suspender la administración del medicamento al menor signo de intoxicación.

(*La Sem. Méd.*)

* *

Diferencias del bacilo tífico y del coli-bacilo.—M. M. Thoinot y G. Brouardel dan como carácter diferencial muy claro la manera como se desarrollan estos dos micro-organismos en caldo peptonizado que contenga ácido arsenioso. El bacilo tífico no se cultiva jamás, cualquiera que sea su procedencia, en caldos que contengan más de un centígramo de ácido arsenioso por litro. El coli-bacilo, por el contrario, se reproduce siempre, desde el primer momento, en caldos que contengan una dosis de ácido arsenioso de un gramo por 1.000.

(*Soc. méd. des hôp. de Paris.*)

* *

XII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA DE MOSCÚ.

Tratamiento del lupus por el aire á temperatura elevada.—*M. Holländer* (de Berlín):—Para el tratamiento del lupus me sirvió de un método que yo he concebido y que vengo experimentando desde hace dos años en el servicio del profesor Israel, consistente en someter las partes atacadas á la acción de una corriente de aire seco calentado y bajo presión.

El aparato que yo he imaginado á este efecto se compone de un serpentín metálico de doble corriente, que se calienta al rojo merced á la llama de una lámpara de Bunsen. Ese serpentín presenta

dos orificios: el uno para la salida, el otro para la insuflación del aire; pueden adaptarse al primero unas boquillas de dimensiones variables, y el segundo comunica con un insuflador de dos bolas. La temperatura del aire que atraviesa el aparato puede ser llevada á 300° y más. Obtiénese de este modo una corriente continua de aire caliente bajo presión, corriente que puede interrumpirse á voluntad, y cuya temperatura puede regularse fácilmente. El grado de calor del aire que se escapa del serpentín puede ser considerado como suficiente para el empleo terapéutico, cuando ese aire carboniza instantáneamente un pedazo de papel colocado á una distancia de uno á dos centímetros del orificio de salida.

Mi aparato permite localizar tan exactamente la acción del aire calentado, que se pueden tratar los focos lúpicos de los párpados sin temor á lesionar el ojo. De otra parte, el cirujano, al servirse de él, no corre el riesgo de quemarse las manos.

Mis primeros ensayos terapéuticos han sido efectuados sin anestesia, y he observado que el dolor provocado por el aire calentado es, en suma, bastante soportable. Pero es evidente que vale más— como practico en la actualidad— recurrir á la anestesia general. El enfermo, una vez despertado del sueño clorofórmico, no experimenta ningún dolor en la región cauterizada, sea cual fuere la extensión de esta última.

Por lo que respecta á la técnica de la destrucción del lupus por el aire á elevada temperatura, varía según la importancia de las lesiones.

Si se trata de un lupus localizado, la carbonización completa de los focos se halla necesariamente indicada, haciéndola preceder de una ablación de los tejidos morbosos con la cucharilla cortante en los casos de lupus hipertrófico. Las cicatrices que de ello resultan presentan buen aspecto.

Esa carbonización será reemplazada por una cauterización menos profunda, una *escarificación*, en todos los casos de lupus extenso en que la extirpación con bisturí no puede ser practicada, tanto á causa de la extensión de las lesiones como á causa de su localización particular. Cuando se dirige una corriente de aire calentado sobre una región infiltrada de nódulos lúpicos, se asiste á una especie de movimiento peristáltico de la piel; la región tratada se arruga y adquiere una blancura de nieve por consecuencia de la contracción enérgica de las paredes vasculares. Los focos lúpicos no participan de esta isquemia y hacen mucho más relieve sobre la piel sana, lo cual permite localizar en mejores condiciones la acción calorífica y reconocer los nódulos que antes no podían ser percibidos á causa de sus cortas dimensiones. Si se hace llegar la escarificación, no ya hasta la carbonización completa, sino tan sólo hasta ese grado en que la piel reviste un aspecto de cuero seco, los tejidos sanos recobran poco á poco su aspecto normal, en tanto que las masas lúpicas mortificadas son eliminadas. Para que la escarificación dé el resultado deseado, se hacen necesarias varias sesiones.

Por este procedimiento pueden curar placas lúpicas extensas sin presentar retracción cicatricial notable.

Hasta hoy he aplicado mi método de tratamiento por el aire á elevada temperatura en 10 enfermos atacados de lupus, y en todos los casos he obtenido una considerable mejoría.

* * *

El problema histológico de la inmunidad.—*M. G. Marinesco:*

En un trabajo anterior había sostenido la posibilidad de aclarar el problema de la inmunidad morbosa por la vía histológica.

Desde entonces, algunos autores se han ocupado de esta cuestión. A ejemplo de Goldscheider y Flatau, se podría utilizar como substancia tóxica el nitrilo malónico y el hiposulfito de sosa como medio de desintoxicación (Heymans.) En lo que concierne á la acción del nitrilo malónico sobre el sistema nervioso, las alteraciones que determina—por lo menos cuando es inyectado á dosis mortales—son poco acusadas; de ahí que no me haya sido posible sacar una conclusión categórica desde el punto de vista de la acción de su contraveneno.

La inyección subcutánea de la toxina tetánica de Brieger en el conejo determina á los dos días una contractura local, la cual puede ser evitada por medio de la antitoxina. Desgraciadamente, el conejo es menos sensible á la acción del tétanos, circunstancia que nos ha obligado al Sr. Chantemesse y á mí á escoger otro animal—el conejo de Indias—que es mucho más sensible.

A dicho efecto hemos inyectado toxina tetánica á la dosis de uno por 10.000. Dos días después, como promedio, el conejo de Indias ofrecía una contractura muy característica. Muertos los animales, hemos hallado lesiones á poca diferencia idénticas á las que uno de nosotros había descrito anteriormente. Si se inyecta al animal simultáneamente toxina tetánica y suero, no se encuentra ninguna lesión apreciable tres días después de la inoculación. Por último, si se inyecta suero antitetánico veinticuatro horas después de haber administrado la toxina tetánica, las lesiones causadas por esta última substancia no son tan manifiestas como en el primer caso. Parece ser, pues, que los contravenenos ó los sueros inmunizantes tienen la propiedad de impedir la aparición de ciertas modificaciones anatómicas, las cuales, en los comienzos de la aparición de la enfermedad, son poco acusadas, pero que se vuelven más intensas á medida que ésta evoluciona.

* * *

El hipnotismo y la sugestión en sus relaciones con la medicina legal y con las enfermedades mentales.—*M. Bernheim* (de Nancy): La sugestibilidad es una propiedad fisiológica del cerebro humano; es la tendencia del cerebro á realizar toda idea aceptada por él. Toda idea aceptada es una sugestión. El hipnotismo no es un estado particular, sino el acto de poner en actividad la sugestibilidad, con ó sin sueño.

La sugestión puede hacer realizar á algunas personas actos criminales, ora por impulsión instintiva, ora por alucinación, ora por perversión del sentido moral. La sugestión no puede destruir un sentido moral robusto, ni crearlo cuando no existe; lo que sí puede es desarrollar los gérmenes buenos ó malos existentes.

Una violación, por ejemplo, puede ser cometida por sugestión en una mujer, ora en el sueño histérico de origen emotivo consecutivo á las maniobras hipnóticas, ora por perversión instintiva y excitación sensible en condición segunda, ora por insensibilidad psíquica sugerida al sujeto.

La sugestión, es decir, la idea, venga de donde venga, que se impone al cerebro, desempeña un papel en casi todos los crímenes. La debilidad congénita del sentido moral y una gran sugestibilidad facilitan las sugestiones criminales. Un acto delictuoso ó criminal puede ser cometido en un estado de condición segunda ó vida somnambúlica, de origen hetero ó autosugestión. Un falso testimonio puede ser hecho de buena fe por autosugestión, dando lugar á recuerdos ficticios.

El libre albedrío absoluto no existe. La responsabilidad moral es las más de las veces imposible de apreciar. La sociedad no tiene más que un derecho de defensa y de profilaxis sociales.

La educación debe intervenir para neutralizar los gérmenes viciosos y oponer á las impulsiones nativas un contrapeso de sugestiones coercitivas.

*
**

Acerca de una afección familiar especial simulando la parálisis general.—*M. Homen* (de Helsingfors): En varios individuos de una misma familia he tenido la ocasión de observar la existencia de trastornos cerebrales muy análogos á los de la parálisis general. Los enfermos tenían de 16 á 20 años de edad. En todos ellos la afección comenzó por una sensación de fatiga, cefalalgias y vértigo. Luego el andar se volvió vacilante, aparecieron dolores vagos en las piernas, la palabra se hizo lenta, la inteligencia y la memoria se debilitaron, y por último sobrevinieron temblor de los miembros, contracturas prolongadas é impotencia genésica. Algunos de los sujetos atacados sucumbieron de dos á siete años después del comienzo de la afección. En su respectiva autopsia notóse un engrosamiento del cráneo y de la duramáter, cierto grado de atrofia de las circunvoluciones cerebrales, con focos de reblandecimiento á nivel de los ganglios centrales.

En dos de los casos de referencia, el tratamiento antisifilítico fué seguido de una gran mejoría.

Cualesquiera que sean los puntos de semejanza que presenta esta enfermedad con la parálisis general, creo, con todo, que se trata aquí probablemente de una afección cerebral heredosifilítica.

FÓRMULAS

337

Salicilato sódico..	10 gramos.
Extracto de belladona.....	30 centigr.
Agua.	195 gramos.
Tintura de corteza de naranjas	5 »

M.—Para tomar una cucharada cada dos ó tres horas.

En la **disuria blenorragica.**

(E. Gerbert.)

*
**

338

Airol...	3 gramos.
Glicerina...	45 »
Agua destilada.....	10 »

M.—Para inyecciones hipodérmicas.

En la **lepra.**

(Farnara.)

SECCION PROFESIONAL

SUELDOS, HABERES Y GRATIFICACIONES.

«Circular.—Exemo. Sr.: En vista de un escrito que el Capitán General de Cataluña elevó á este Ministerio en 9 del corriente, consultando sobre sueldos y haberes de repatriados de Cuba y Puerto Rico, el Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, se ha servido disponer que las pagas que deben percibir los Jefes y Oficiales y sus asimilados han de ser al respecto de Ultramar y á cuenta de las que traigan devengadas, entregándose una á los que se les deban hasta tres, dos á los que se les adeuden más de cuatro, y tres á los que se les debieran más de seis, facilitándose por el Depósito de Ultramar, previo recibo de los interesados, uniéndose á él relación jurada de los mismos, en la que harán constar el número de mensualidades que se les adeude, y deduciendo de las que cubren las asignaciones que tuviesen hechas. A los individuos de tropa se les socorrerá con 20 pesetas al desembarque, facilitando también el Depósito las cantidades que para esta atención se necesiten. Con respecto al pasaje en ferrocarril de los Jefes y Oficiales, no tienen más derecho que el reglamentario, haciendo en esto una excepción para los voluntarios movilizados y no movilizados, á quienes, por el caso especial de su difícil situación, se les concede por cuenta del Estado hasta el pun-

to de su residencia. La licencia trimestral que la tropa marcha á disfrutar desde los puntos de desembarco, es sin goce de haber ni pan, en forma análoga á los demás licenciamientos de la Península que tienen lugar por exceso de fuerza reglamentaria en filas; y para que puedan atender á sus más perentorias necesidades, se les facilitarán, además de las 20 pesetas al desembarque, otras 100 que después han de percibir en las respectivas zonas, según lo dispuesto en la Real Orden de 1.º de Septiembre (*D. O.* núm. 194) y art. 3.º de la de 17 del mismo mes (*D. O.* número 207.) Los individuos de guerrillas y fuerzas irregulares no disfrutarán de dicha licencia, y careciendo en su mayoría de hogar y familia, como naturales de aquellas Islas, exige que se les destine á Cuerpo con goce de haber durante dos meses, hasta que pueda resolverse acerca de su definitiva situación. Los abonos de pagas y demás cantidades á que viene haciéndose referencia, serán únicamente satisfechas á los repatriados procedentes de la Isla de Cuba, por venir al corriente de todos sus sueldos, haberes y alcances los de Puerto Rico.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 14 de Octubre de 1898.—Correa.—Sr...»

*
* *

SERVICIOS SANITARIOS.

«Circular.—Excmo. Sr.: El Rey (Q. D. G.), y en su nombre la Reina Regente del Reino, ha tenido á bien disponer lo siguiente:

1.º Se aceptan en principio los locales ofrecidos para albergar repatriados en las regiones segunda, tercera y cuarta, con arreglo á las relaciones remitidas á este Ministerio en 9 y 7 del actual, respectivamente, remitiéndose desde luego el utensilio y material necesario á Cádiz, Málaga, Sevilla, Huelva, Córdoba y Granada, por lo que respecta á la segunda región; á Valencia, Albacete y Castellón, por lo que se refiere á la tercera; y á Barcelona, Lérida y Tarragona, por lo que afecta á la cuarta. En cuanto á los demás locales, se utilizarán si lo demandan necesidades ulteriores, á cuyo fin, con la anticipación conveniente, se dará cuenta á este Ministerio para la resolución que corresponda.

2.º Para la asistencia médica á los repatriados, se dispondrá del personal designado por Real Orden de 5 del actual, atendiéndose los servicios en la forma que dicha disposición preceptúa.

3.º El personal farmacéutico encargado de cumplir este servicio transitorio, será el que expresa la relación siguiente, cuyo personal quedará á disposición de los respectivos Capitanes Generales para utilizarlo

dentro de sus mismas regiones como convenga al mejor servicio, dando cuenta á este Ministerio, quedando facultadas dichas autoridades para nombrar Farmacéuticos auxiliares para el indicado servicio, si resultase insuficiente en número el personal farmacéutico de la región y el que desembarque regresado de Ultramar.

4.º Para dotar de personal de plana menor á la segunda región, se dispondrá por el Capitán General de Búrgos, Navarra y Vascongadas, que del existente en la misma pasen á la segunda un sargento, dos cabos, 17 sanitarios practicantes y 13 sanitarios enfermeros.

5.º Tanto el personal farmacéutico como de plana menor citados se incorporarán con toda urgencia, haciendo uso de la vía férrea por cuenta del Estado, percibiendo los que del primero se encuentren en situación de excedentes la diferencia de haberes con cargo al sobrante que resulte del cap. 3.º, art. 2.º del presupuesto vigente.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.
—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 17 de Octubre de 1898.—
Correa.—Sr....»

VARIETADES

Nos asociamos con profundo sentimiento al duelo que experimenta nuestro antiguo amigo y distinguido compañero D. Rafael Rodríguez Méndez por la irreparable pérdida de su anciana y virtuosa madre.

* *

El Presidente de la Sección ejecutiva del IX Congreso Internacional de Higiene y Demografía, ha tenido la bondad de remitirnos la «Guía de Madrid», dedicada al mismo, y el «Catálogo de la Exposición anexa.» Agradecemos sinceramente su atención á dicho señor.

* *

Segundo Congreso español de oto-rino-laringología.—La comisión organizadora de este Congreso ha tenido á bien invitar para las ponencias á los siguientes Doctores:

TEMA I.—¿Qué puede esperarse de la electroterapia en las afecciones laberínticas? (Dres. Barraquer (L.) y Suñé.)

TEMA II.—Tratamiento quirúrgico de las complicaciones cerebrales de origen otítico. (Dres. Forns y Compaired.)

TEMA III.—Diagnóstico y tratamiento del cáncer laríngeo incipiente. (Dres. Uruñuela y Roquer.)

TEMA IV.—Resultados del tratamiento quirúrgico en la tuberculosis laríngea. (Dres. Sota y Botey.)

TEMA V.—¿Existen las faringitis diatésicas? (Dres. Sojo y Verdós.)

TEMA VI.—Tratamiento de las sinusitis frontales. (Dres. Esquerdo (A.) y Peláez.)

Tenemos entendido que casi todos han aceptado tan señalada distinción.