

## TRES CASOS DE ENFERMEDAD DE ADDISON

(Conclusión).

Admítase actualmente por la mayoría de los patólogos, que de todas las causas morbosas susceptibles de producir la enfermedad de Addison, es la más frecuente la tuberculosis, sea ésta primitiva ó secundaria, ó ya se trate de heredo-tuberculosis.

Los tres casos cuyas historias clínicas expuse en el artículo anterior, constituyen una prueba más á favor de este modo de pensar.

El enfermo de la observación primera, si bien aparentemente no tiene ningún síntoma preciso, ni antecedente personal ó hereditario de carácter fímico, presenta, en cambio, una estrechez mitral claramente definida, lesión que muchas veces reconoce por origen una heredo-tuberculosis. La patogenia de la lesión cardíaca que padecía nuestro enfermo puede concebirse de dos maneras: ó como consecuencia de una inflamación valvular, debida á cualquiera de las múltiples infecciones que sufrió, ó como de origen fetal.

En el segundo caso son varias las explicaciones dadas por los diversos autores: para unos, la razón de la existencia de dichas alteraciones estaría en procesos de endocarditis bacilares ó sifilíticas (Sansón), sufridas durante la vida intrauterina; para otros, los que con Huchard (1) creen imposible que una lesión producida en época tan remota de la vida pueda quedar latente hasta los quince ó los veinte años, todo ello sería el resultado de una deformación congénita, debida á la heredo-sífilis ó á la heredo-tuberculosis.

---

(1) H. Huchard.—«Consultas médicas», versión española. 1901.

Esta última opinión es la que parece más razonable, siendo lo lógico y probable que ambas enfermedades, la de Addison y la estrechez mitral, tengan en nuestro enfermo un origen común, sin que la carencia de antecedentes, teniendo en cuenta la manera de ser del sujeto, pueda modificar de un modo decisivo este concepto.

El enfermo á que se refiere la observación segunda, es el más claro y terminante como medio de comprobación de la idea teórica, dado que la autopsia demostró, sin ningún género de dudas, la existencia de lesiones fímicas en ambos pulmones.

La muchacha historiada en tercer lugar contribuye, con su riqueza de antecedentes, á robustecer el concepto del importante papel que por todos se concede hoy á la heredo-tuberculosis, presentando además la curiosidad interesantísima de el carácter familiar que en ella tiene la tantas veces citada enfermedad de Addison.

Recientemente Morlat (1), en un trabajo bastante razonado y completo, ha expuesto la idea, apoyándola con algunas pruebas clínicas, de que entre las diversas y variadas causas del infantilismo orgánico y psíquico debe ocupar un puesto preferente la insuficiencia renal, entendiendo por tal, á más de la enfermedad de Addison, las alteraciones de las cápsulas suprarrenales durante el curso de ciertas intoxicaciones é infecciones de marcha bruscamente rápida, y el conjunto de los que dicho autor llama pequeños síntomas de la insuficiencia suprarrenal (pigmentación anormal de piel y mucosa generalizada ó localizada). Anteriormente ya había llamado la atención Meckel acerca de que durante la vida intrauterina las cápsulas suprarrenales alcanzan su mayor grado de desarrollo, siendo su volumen en el feto bastante mayor que el de los riñones. Esta observación fué comentada y comprobada, más tarde numerosas veces, por A. Feker y H. Frey.

Ahora bien, los casos que nos ocupan, con el escaso valor que les concede su pequeñez numérica, parecen dar la razón á la hipótesis de Morlat. De los tres enfermos, uno, el que ocupa el segundo puesto en la enumeración clínica, era infantilico de un modo in-

(1) A. Morlat. — «Infantilisme et insuffisance surrénale». — Tesis. Paris 1903.

dudable; la falta de desarrollo de su pene, la pequeñez de los testículos, la ausencia de pelo en el pubis y las axilas, á más de su aspecto anfiado, no permitían ninguna vacilación.

La enferma de la observación tercera, también podía y debía considerarse como dentro del amplio grupo del infantilismo, pues á ello la hacían acreedora la pequeñez de sus glándulas mamarias, la falta, idéntica á la del anterior, de pelo en pubis y axilas, y el retardo en aparecer la menstruación, á más de un aspecto de niña en todos sus gustos y manifestaciones físicas é intelectuales que excluía la duda.

En cuanto al primer enfermo, aparte de que sus músculos no estaban normalmente desarrollados, no presentaba ningún otro estigma de infantilismo sino la estrechez mitral, lesión la cual hállase muy relacionada con aquél, como lo prueban, entre otros, los trabajos de Gerard (1). De todo lo expuesto se deduce, por tanto, con absoluta claridad, la íntima relación existente entre la heredo-tuberculosis, la enfermedad de Addison y el infantilismo, relación no muy bien precisada en los pasados tiempos.

Una de las maneras que tiene de terminar la enfermedad de Addison es la muerte súbita, ya observada por Addison, Fresne y Martineau, pero que pasó casi desapercibida hasta que Ihler (2) publicó su Tesis, en la que relataba 18 casos. Para explicar tan rápida evolución han sido propuestas un sinnúmero de teorías, de entre las cuales las dos que parecen hoy en día gozar de mayor prestigio son las siguientes: primera, la que supone que lo rápido de la muerte es debido á una intoxicación agudísima por supresión brusca de las funciones de las cápsulas suprarrenales (según Chauffard la toxina addisoniana determinaría una taquicardia paralítica); segunda, la que explica la muerte por una alteración de los ganglios nerviosos ó de los filetes del gran simpático, que lleva á la muerte por colapso (Amabilino Klippel (3). Sea de esto

---

(1) Gerard.—«L'oreillete gauche dans le rétrécissement mitral».—Tesis. París 1894.

(2) Ihler.—«De la mort subite dans la maladie d'Addison».—Tesis. París 1896.

(3) Klippel.—«Encephalopathie addisonienne».—*Revue de neurol.* 898.

lo que quiera, nuestro segundo enfermo constituye un ejemplo típico, con la particularidad interesante de ser aquí el agente productor de la brusca cesación de la función glandular la inoculación vacunífera, á la manera de los dos casos citados por Brault en su ya mencionado artículo, y en los cuales la causa determinante fué en uno una angina de pneumococos y en otro una infección estreptocócica. También, y quizás con más razón, pudiera servir este caso como demostración de la gravedad de cualquier infección en un addisoniano por pequeño que sea el coeficiente tóxico de su agente causal.

Queda, para terminar, exponer las conclusiones prácticas que respecto al tratamiento permiten hacer el estudio de los tres citados enfermos; las experiencias de Brown-Séguard son las que constituyen la base del tratamiento opoterápico, con el cual no todos se hallan conformes, no obstante los resultados prácticos y experimentales obtenidos por Abelous, Langlois, Gilbert y Carnot. De aquí una división en dos bandos: unos, como Samson y Oliver, son acérrimos defensores del procedimiento, apoyándose en sus afortunadas estadísticas, y otros, cual Bidney-Reinger, Phear y Parkinson, atribuyen estos éxitos á espontáneas remisiones de el proceso, no concediendo al jugo de cápsulas suprarrenales gran eficacia curativa, y sí acusándole de tener, entre otros inconvenientes no menos graves, el de producir depresión cardíaca brusca é inesperada y el de alterar las funciones digestivas. Yo, ante opiniones tan contradictorias, apoyadas por tales prestigios científicos, me limito á asegurar el buen resultado, ó por mejor decir, el éxito grande conseguido con el tratamiento opoterápico en los tres enfermos por mí observados; verdad es que en todos ellos el procedimiento fué mixto, uniendo al jugo medicamentos tónicos de acción coadyuvante indudable.

M. C. JUÁRROS,  
Médico-alumno.

---

## Prensa y Sociedades médicas.

**Los pseudo-reumatismos tuberculosos.**—La creación del grupo de pseudo reumatismos es de época relativamente reciente; uno de los primeros autores que adoptaron dicho nombre para designar á ciertas artritis, si bien de aspecto no de carácter reumático, fué Bonillaud (*Traité clinique du rhumatisme articulaire aigu*. París 1840), siguiéndole bien pronto Besnier, I. P. Teisner, etc., siendo M. Bouchard quien en 1881 formuló por primera vez, de un modo claro y preciso, los caracteres fundamentales de dicha agrupación nosológica. Para este último autor, todas las enfermedades infecciosas pueden presentar, entre sus manifestaciones, localizaciones articulares distintas del verdadero reumatismo y reveladoras de la infección general de la economía. Estas ideas han sido seguidas después por la mayoría de los clínicos.

En contra de dicha opinión, demasiado generalizada, empiezan á levantarse actualmente autorizadas personalidades pidiendo una prudente limitación del citado grupo, mereciendo citarse como modelo de buen juicio clínico lo expuesto por M. Ferret en la Academia de Medicina de París en sesión de 6 de Octubre de este año, á propósito de los pseudo-reumatismos tuberculosos.

M. Ferret critica severamente el abuso nosológico de las pseudo-enfermedades. No se trata en realidad más que de afecciones ya de sobra conocidas, de lesiones óseas, aun cuando se las quiera llamar *pseudo-reumatismo de origen bacilar ó reumatismo tuberculoso*.

No hay pseudo-enfermedades, sino pseudo-clínicos, cuando delante de un enfermo no se puede diagnosticar de qué dolencia se trata.

La expresión *reumatismo tuberculoso* es aún peor, porque se presta á lamentables confusiones. Se trata de tuberculosis, y nada más que de tuberculosis. Hay en los casos así calificados una curiosa semejanza con el reumatismo, pero se trata de una enfermedad diferente en absoluto. No existe mezcla ninguna. En suma: son tuberculosis articulares y ab-articulares. Toda otra denominación entraña un error nosológico.

\*  
\* \*

**Técnica de la lactancia artificial.**—Tiénot formula las siguientes conclusiones: 1.<sup>a</sup> La leche de vaca, pura, aun esterilizada, es en general impropia para la lactancia durante los tres ó cuatro primeros meses de la vida. Es importante hacerla más digestiva y más parecida á la leche de mujer adicionándola agua y azúcar. Esto es fácil, pero es necesario que el agua esté bien filtrada ó bien hervida y azucarada en dosis de 10 por 100.



2.<sup>a</sup> La leche de una buena vaca de excelente salud, ordeñada por propias manos, en vaso propio, y conservada al fresco á menos de 10°, puede ser utilizada muy bien sin ninguna preparación durante veinticuatro horas.

3.<sup>a</sup> En verano, en tiempo borrascoso, se conserva la leche, sea en una bodega fresca, ya en un aparato refrigerante, ó bien haciéndola sufrir al baño maría una temperatura que varíe entre los 70° (suficiente) y 100°. Cuando ha sufrido esta temperatura durante un cuarto de hora, está la leche suficientemente esterilizada, con tal de que no se trate de conservarla más de veinticuatro horas y de que sea enfriada de nuevo rápidamente y conservada al fresco.

4.<sup>a</sup> Suprimiendo el empleo de aparatos Budin y Saxhlet, se evitará á las madres la pérdida de un tiempo precioso y se dirigirán su atención y sus cuidados hacia el biberón y la tetina. Se las recomendará lavar con mucha agua, restregar y enjugar el biberón cada vez, tan pronto como haya terminado la teta. Una vez al día debe ser el biberón echado en agua hirviendo. La tetina será enjuagada y conservada de ordinario en agua boricada.

5.<sup>a</sup> En cuanto á las leches esterilizadas industrialmente, pueden ser adoptadas en las grandes poblaciones, donde no se puede estar seguro de la bondad de la vaca lechera; pero es necesario señalar que alguna vez puede estar mal esterilizado el frasco, y para evitar que el niño absorba leche fermentada es preciso examinar y probar cada botella antes de separarla y azucararla.

(*Presse méd.*)

\*  
\* \*

**La neurastenia biliar.**—Gilbert y Lereboullet han observado un gran número de casos de neurastenia, considerados como de neurastenia gástrica y de neurastenia primitiva, en los cuales han puesto de relieve su origen biliar. Se trata, en efecto, de enfermos atacados, sea de colemia ó de otra afección de origen biliar, que presentan á la vez antecedentes hereditarios biliares y neuropáticos. La neurastenia se traduce en los enfermos por una laxitud casi constante; incapacidad para el trabajo, algunas veces absoluta; abulia más ó menos completa, va con frecuencia acompañada de jaquecas, y con especialidad de jaqueca oftálmica, de somnolencias, de neuralgias diversas y á veces hasta de impotencia general. Afecta muchas veces una forma especial de tristeza, á menudo muy marcadamente, que asemeja una neurastenia melancólica. Los enfermos tienen igualmente trastornos dispépsicos, están propensos á constiparse, á la enteritis membranosa, á los dolores articulares, etc.

Tienen frecuentemente la tez colémica con ó sin pigmentaciones superpuestas. Presentan en ocasiones desórdenes objetivos del lado del hígado y del bazo; tienen, en general, urobilinuria. Por último, el examen de la sangre pone de manifiesto una colemia más ó menos marcada. Se puede, pues, reconocer fácilmente en estos

enfermos, por poco que se piense en buscarla, la existencia de la colemia, y la historia de la enfermedad demuestra que la afección biliar es muy anterior á los síntomas nerviosos. Es, por tanto, verosímil que, junto á la predisposición nerviosa del sujeto, juega un papel capital en la producción de la neurastenia. Además, el tratamiento justifica esta hipótesis, esto es, obrando desde el primer momento sobre la enfermedad de los conductos biliares y después sobre el estado neuropático, y no sobre éste solamente, es como se puede obtener, si no la curación de la enfermedad causal, al menos la desaparición temporal ó definitiva de los síntomas neurasténicos.

(*Soc. méd. de hospít.*)

\*  
\* \*

**Nuevo método de reducción de las luxaciones posteriores de la cadera.**—Iavoslav Elgard, de Brünn, en un caso de luxación isquiática, después de haber empleado inútilmente los métodos de Kocher, de Middeldorff y de tracción continua, hizo uso, con feliz éxito, del suyo, sumamente parecido al de Kocher. El enfermo, cloroformizado, se extiende sobre el dorso. La cadera y la rodilla del miembro luxado se colocan, flexionados, en ángulo recto sobre la rodilla homónima del operador. La pelvis se mantiene inmóvil y fija por una fuerte presión sobre las espinas ilíacas por un ayudante. El operador coge la región maleolar, hace palanca y ejerce así una fuerte tracción en dirección vertical ascendente. Combina este movimiento con una rotación del fémur hacia adentro al mismo tiempo que lleva la pierna hacia afuera. Con la otra mano ejerce una presión exterior sobre la cabeza prominente del fémur, para permitirle pasar el limbo cartilaginoso de la articulación. Para conseguir este último fin se puede, además, como aconseja el autor, ejercer una presión hacia fuera sobre la diáfisis femoral, ó bien avanzar la rodilla sostén del miembro luxado y producir así una ligera adducción. Hace falta dosificar la fuerza que se emplee para evitar la fractura ó una distorsión cualquiera.

La adducción de la cadera, seguida de la rotación hacia afuera, transformaría este método en el de Kocher; la gran diferencia con este último es que el operador no está dificultado por el peso enorme de la extremidad, y además que puede, por medio de la palanca, actuar fácil y enérgicamente sobre el fémur.

(*Arch. méd. belges*).

\*  
\* \*

**El bacilo de Eberth y la cerveza de Lille.**—Los Dres. H. Surmont y M. Dehon han presentado á la «Societé centrale de Médecine du departament du Nord» (1903) un trabajo hecho con todo detenimiento, titulado: «Acción bactericida de la cerveza de Lille sobre el bacilo de la fiebre tifoidea.

Esta materia es casi nueva, pues el trabajo de Mr. Pick (*Arch.*

für Ryg., t. 1, 19, 1893, pág. 51), en que se dice algo sobre la acción del vino y de la cerveza sobre el bacilo tifoideo, casi sólo contiene noticias sobre la acción del ácido láctico, del ácido acético y de los ácidos orgánicos sobre este microbio, pero no la correspondiente al líquido completo y complejo.

Los autores advierten, en el título y en el texto, que se refieren á la cerveza de Lille, y hacen bien en ello, pues no todas las cervezas son iguales. La de Lille tiene como característica el ser de fermentación alta al conservarse en barriles de 60 á 100 litros iconmpletamente desinfectados, y el ser utilizada joven y vieja. No se parece, por tanto, á las cervezas alemanas, pero sí á las de consumo corriente en el departamento del Norte y regiones limítrofes de Francia y de Bélgica.

El estudio le conduce á estas conclusiones:

1.<sup>a</sup> El bacilo de Eberth, depositado en la cerveza tal como se expende, sucumbe frecuentemente en una hora, más ó menos, y en el resto de casos antes de los tres días.

2.<sup>a</sup> La cerveza, en las primeras horas de la siembra, no es un medio favorable ni adverso al bacilo tífico.

3.<sup>a</sup> La supervivencia del bacilo está en razón inversa de la acidez total del líquido. En ella no influye el anhídrido carbónico en modo alguno, como tampoco el alcohol, que está en estas cervezas en la proporción de 5 por 100 como máximun, y poco, casi nada, el ácido fosfórico en forma de sal ácida. En cambio, obran como agentes antimicrobianos el ácido láctico, el ácido acético (ácidos normales de la fermentación de la cerveza sana), cuya cantidad puede aumentar por la acción fermentativa del bacilo de Eberth sobre la maltosa.

4.<sup>a</sup> Resulta que, tal como se prepara la cerveza de Lille, no puede ser tifoigena.

5.<sup>a</sup> Podrá serlo añadiéndola agua contaminada, pero esta adición no la hace el fabricante, que en todo caso añade agua hervida, y si no lo fuese bastan los días destinados á la clarificación para que el germen se extinga.

6.<sup>a</sup> Las cervezas ácidas de Lille, llamadas de estación, no hacen correr peligro alguno á los consumidores en cuanto á la fiebre tifoidea.

7.<sup>a</sup> En cambio, las cervezas pequeñas, de las clases ínfimas, poco ácidas, pueden ser peligrosas por haberlas añadido agua infecta, sea cualquiera el objeto.

8.<sup>a</sup> En suma; como la leche, como las ostras, la cerveza puede ser alguna vez vehículo de la fiebre tifoidea.

(*Rev. méd. de Sevilla*).

\*  
\*  
\*

**El sueño en la parálisis facial.**—MM. Vaschide y Vurpas: Del análisis detenido de dos casos de parálisis facial, deducen los autores las conclusiones siguientes:



1.<sup>a</sup> En la parálisis facial, la separación palpebral del lado paralizado es siempre menos durante el sueño que en el estado de vigilia; en algunos casos puede la oclusión completarse ó poco menos.

2.<sup>a</sup> Existe una estrecha relación entre la posición de los ojos y la de los párpados, así como también entre los movimientos oculares y palpebrales.

3.<sup>a</sup> La oclusión del párpado durante el sueño parece debida, así en el individuo sano como en el afecto de parálisis facial, á una relajación del erector del párpado. Este estado particular del referido músculo corresponde á una hipotonicidad general de la musculatura del ojo.

4.<sup>a</sup> La hipotonicidad de los músculos de los ojos está relacionada con una falta de convergencia y un estado de independencia de ambos ojos en sus recíprocas relaciones.

5.<sup>a</sup> La falta de convergencia ocular coincide con el estado de «distracción» que caracteriza el sueño. De esta manera hay una relación entre la «atención» psicológica y la atención ocular.

6.<sup>a</sup> La falta ó defecto de adaptación ocular, de acomodación, provoca la percepción confusa de las imágenes visuales que son débiles y esfumadas. Esta falta de limpieza y de delimitación ocasiona un trastorno de la atención y es causa de la distracción mental del sujeto.

(Archiv. de Neurol.)

\*  
\*  
\*

**La enfermedad del sueño.**—El Dr. *Blanchard* presenta tres negros traídos de África por el Dr. *Brumpt*, su preparador, que padecen la enfermedad del sueño. Esta enfermedad ha devastado territorios muy extensos en ciertas regiones del África, en el Onabanhi, Congo, costa de Guinea y riberas del Níger. Los escasos medios del Dr. *Brumpt* no le han permitido aventurarse muy lejos en el África; sin embargo, en Brazzaville ha podido recoger 38 casos. *Castellani* había demostrado que esta enfermedad era causada por la existencia de tripanosomas en muy grande cantidad en el líquido cefaloraquídeo; de 33 casos ha podido ver el parásito en 32. *Brumpt* le ha observado en proporciones análogas, pululando el parásito en el líquido cefaloraquídeo de los enfermos. Dos tipos se conocen de dicha enfermedad: uno está caracterizado por hinchazones manifiestas de los ganglios del cuello, y á este tipo corresponden los casos de los negros presentados á la Academia. La enfermedad termina siempre por la muerte, con más ó menos rapidez. *Brumpt* ha tratado de inocular esta enfermedad á los animales, ensayando en ratones, ratas y conejillos, sin resultado hasta el presente; pero es posible que la evolución sea muy lenta, lo propio que para el parásito del nagana; por el contrario, un mono inoculado ha muerto con todos los síntomas de la enfermedad; desgraciadamente, no se practicó el análisis histológico.

El Dr. *Chantemesse*: La interesante comunicación del Dr. Blanchard confirma los trabajos de Castellani y Bruce. Estos autores han visto los parásitos constantemente en el líquido cefaloraquídeo de los enfermos, y de 15 veces, 7 en la sangre; al propio tiempo han transmitido la enfermedad al mono, y también á la rata y al perro.

El Dr. *Laverán*: Se puede admitir, en efecto, actualmente, que la enfermedad del sueño es inoculable á un cierto número de animales. Brun la ha inoculado á los monos en el líquido cefaloraquídeo, pero no ha reproducido los síntomas de la enfermedad del sueño; la infección inoculada tiene generalmente una marcha lenta. Este tripanosoma se porta de un modo análogo al de la enfermedad de Dittosi; el parásito parece ser el mismo, sólo que en esta enfermedad dicho parásito viviría en la sangre, mientras que en la enfermedad del sueño pasaría al líquido cefaloraquídeo; ningún carácter permite hoy diferenciar estos dos tripanosomas.

El Dr. *Blanchard*: También el Dr. Brumpt ha tratado de encontrar cuál podía ser el insecto vector del parásito, y al efecto ha traído un gran número de moscas, las cuales pueden ser incriminadas. Por todas partes donde existe la enfermedad del sueño habita una especie de mosca llamada *glossina*. La repartición geográfica del insecto y la de la enfermedad del sueño concuerdan. En América los negros no han introducido nunca la enfermedad del sueño, lo cual puede depender de que allí no existe la mosca *glossina*.

El Dr. *Chantemesse*: Del propio modo el Dr. Brun ha estudiado la transmisión del tripanosoma, y ha concluido que el agente era la *glossina palpanis*.

(Acad. de Med. de París).

\*  
\* \*

#### **Tratamiento del shock quirúrgico en los Estados Unidos.**—

El remedio por excelencia de este accidente es la estricnina, por considerarla un tónico cardíaco y vascular incomparable. El Doctor B. Deavez, de Filadelfia, lo administra á la dosis de un miligramo cada hora. Algunos Cirujanos llevan más allá su confianza en este medicamento, y lo dan como preventivo antes de toda operación en la que teman aparezca el shock, inyectando al enfermo 2 ó 3 miligramos una hora antes de la intervención.

Puede afirmarse que en América la estricnina ocupa el lugar que en Francia la cafeína. No obstante, la atropina le hace alguna competencia, cuyos buenos efectos en muchos casos más dimanar del sistema vaso-motor que de su influencia sobre el neumogástrico.

Bajo este concepto, es de un uso corriente en numerosas afecciones que van acompañadas de hipotonía vascular, tales como la neumonía, edema pulmonar, edemas bríghticos, fiebre tifoidea y otras, es decir, en los casos para los cuales la Escuela de Nancy ha preconizado y vulgarizado en Francia el empleo de la ergotina. La

atropina es administrada lo más á menudo en inyección subcutánea asociada á la estricnina, usando de cada una un miligramo por sesión, aunque algunos aconsejan poner un centigramo de estricnina, cantidad que la consideramos expuesta en Europa.

La digital es dada por otros operadores con idéntico fin á la dosis de 1'50 gramos en inyección hipodérmica.

El whisky desempeña un papel importante, casi nacional, en todas las enfermedades, y por tanto, lo aplican á ésta en bebida, debajo de la piel y en lavativa.

La inyección de suero artificial se emplea poco, porque su acción es tardía y nula si el sistema nervioso está muy agotado.

Tal es, á grandes rasgos, el tratamiento del shock en América, salvo algunas pequeñas diferencias de uno á otro hospital. Pero en realidad, ¿se halla fundado en buenas bases? Esto es lo que ha tratado de examinar el Dr. G. W. Crile, de Cleveland, con pruebas de laboratorio.

De éstas resulta que la dosis terapéutica de la estricnina no eleva la presión sanguínea. Es necesario darla en cantidad considerable, que dé lugar á convulsiones generalizadas. Siendo esto así, se trata de saber si el aumento de la presión sanguínea es el resultado de las convulsiones. Pues bien; si se curariza previamente el animal, quedan suprimidas éstas, pero no por ello aumenta la presión sanguínea, por lo cual las convulsiones nada tienen que ver con el fenómeno.

La estricnina actúa, por tanto, sobre los vaso-motores, y su acción no dura más allá de algunas horas. Agotada su primera acción, si se vuelve á inyectar más cantidad el efecto es más inferior, y hasta tal punto puede bajar la curva, que se produzca un verdadero shock.

En otros términos: la estricnina es ineficaz é inofensiva á dosis ordinarias, y si éstas se elevan produce lo que se trata de combatir, con la agravante de la intoxicación.

Tampoco le merecen confianza á este Médico la digital, alcohol, nitrito de amilo y otros excitantes del sistema nervioso.

El valor de las inyecciones de suero se limita á los casos de hemorragia y de nada sirven en el shock común. Pero si éste es debido en parte á la acumulación en las venas de sangre que circula mal, ó si es consecutivo á una hemorragia, la inyección salada puede prestar servicios en razón á la integridad de la resistencia periférica. En ciertos casos en que ésta ha desaparecido se la puede hacer reaparecer artificialmente administrando adrenalina, la cual actúa como en el tratamiento de la muerte aparente.

En los grandes traumatismos se llega á obtener un levantamiento del pulso con el agua salada, pero de poca duración.

A causa de la gravedad que en el shock presenta la pérdida de la resistencia periférica, es por lo que el Dr. Crile ha probado el crearla artificialmente con ayuda de un *calzón neumático*. Este está constituido por tres cámaras neumáticas de caucho, una para

cada extremidad y otra para el abdomen. Cada uno de estos compartimentos puede ser insuflado separadamente con ayuda de una bomba de las de bicicleta (modelo mediano). Cuando se opera sobre el abdomen, se baja la pieza sobre los muslos para dejar campo libre.

El Dr. Crile hace meter ese calzón á todos los enfermos en quienes teme el shock durante la operación. Un ayudante anota, por intervalos cortos y regulares, la presión sanguínea mediante el aparato de Riva Rocci.

Tan luego como observa que la tensión arterial desciende á menos de 100 ó de 90 milímetros de mercurio, empieza á llenar el calzón de aire. Se ve entonces subir el mercurio en el manómetro; la sangre afluye hacia el corazón y el cerebro; el rostro, pálido, se vuelve sonrosado, el cual estado persiste, al revés de lo que ocurre con la estricnina y las demás substancias comunmente empleadas. La cantidad de aire introducida en el calzón se va regulando según el aspecto que tenga el enfermo, dejándole salir ó volviendo á insuflar.

Así es como desde hace un año procede el Dr. Crile sistemáticamente en sus operaciones con laudables resultados. A su juicio, el *calzón neumático*, juntamente con las *inyecciones intratronculares* de cocaína, es el único medio de evitar el shock quirúrgico.

(*Gac. Méd. del Norte*).

\*  
\* \*

**Tratamiento de la sífilis del corazón.**—La sífilis cardíaca puede simular en su comienzo una cardiopatía nerviosa ó funcional; pero el tratamiento de esta última principalmente por narcóticos y anestésicos, considerablemente agrava la enfermedad.

Los tónicos cardíacos (digital sobre todo) dan buenos resultados si la lesión sífilítica del corazón es poco extensa y permanecen íntegras la mayor parte de sus fibras musculares. En el caso contrario no ejercen acción.

Si en caso de debilidad cardíaca extrema con dilatación vuelve el corazón rápidamente á la normalidad bajo la influencia de los tónicos cardíacos, debe presumirse que la cardiopatía no es sífilítica, pues la escasa eficacia del tratamiento no específico, sobre todo en período de colapso es característico de esta enfermedad.

Para Eichhorst y Rosembach, la digital es irremplazable en las miocarditis; si no se obtiene resultado, sólo resta abandonar al enfermo á su triste destino. ¿Debe hacerse lo mismo en las miocarditis sífilíticas, sabiendo que el tratamiento se deriva lógicamente de la causa que los produce? Hechos muy numerosos demuestran que las probabilidades de éxito son tanto más numerosas cuanto más rápidamente se instituye el tratamiento específico, y que esto es notoriamente exacto para las alteraciones del período secundario. Pero en el período terciario los resultados son también satisfactorios, y con frecuencia inesperados por lo buenos; tal ocurre con

algunos enfermos curados á pesar de encontrarse en el período de colapso. «Cuando se trata de sífilis, lo imposible es á veces posible», ha dicho Ricard. En lugar de la acción pasajera del tratamiento paliativo por los tónicos cardíacos, el específico da resultados satisfactorios durante cierto tiempo: la diuresis y la disminución de los edemas y de la ascitis se deben, no á una energía cardíaca mayor, sino á la acción del yoduro y el mercurio (principalmente los calomelanos) sobre los capilares del riñón y los vasos del abdomen. A pesar del tratamiento específico se han notado recidivas, por lo que conviene repetirlo de vez en cuando (cada tres ó cinco meses, por ejemplo), aunque el estado subjetivo del paciente no deje que desear, y siguiendo en esto la práctica establecida en las demás manifestaciones de la sífilis. La duración total del tratamiento debe ser de varios años, con las intermitencias acostumbradas, porque sólo de un tratamiento prolongado podemos esperar una curación completa.

La sífilis cardíaca suele ser rebelde durante largo tiempo al tratamiento específico, debiéndose este fracaso, bien á degeneraciones fibrosas muy profundas ó á una extensa destrucción del miocardio, irreparable por la imposibilidad de una hipertrofia compensatriz. Pero en la sífilis cardíaca, como en la cerebral, es preferible administrar un exceso de tratamiento que esperar sin hacer nada, dando pábulo á la ineficacia de toda terapéutica. En Rusia, sobre todo en las poblaciones rurales, en donde suele descuidarse con lamentable frecuencia el tratamiento específico, son más frecuentes las manifestaciones cardíacas que en Alemania ó en Francia.

El tratamiento antisifilítico tiene, sin embargo, inconvenientes, y precisamente en la sífilis cardíaca expone, cuando es muy enérgico, á ciertos peligros; tal ocurre cuando existen gomas, pues la reabsorción de éstos puede ser tan rápida bajo la influencia de un tratamiento intensivo, que no quede tiempo para que se desarrolle un tejido fibroso de suficiente consistencia y se formen de este modo *aneurismas parciales del corazón*.

Este tratamiento iodo-mercurial, intensivo, es particularmente peligroso en el corazón graso, en donde puede provocar un estado de atonía cardíaca con anemia cerebral consecutiva. Es innecesario añadir que en las formas puras de sífilis cardíaca no se presenta dicha complicación.

El Profesor Rosembach atribuye á este tratamiento intensivo la coronaritis, el aneurisma de la aorta, la arterio-esclerosis, la degeneración grasosa del corazón, y aun la endocarditis sífilítica; pero olvida que esta última aparece con frecuencia en sujetos que nunca han sido tratados, lo que es particularmente apreciable en Rusia. Debe creerse, al contrario, que todos estos procesos se desarrollan por la falta de tratamiento, tanto más cuanto que con la terapéutica actual no puede hablarse de tratamiento intempestivo.

En cada caso especial se deberán tener en cuenta los fenómenos que amenacen la vida del enfermo. Se recurrirá entonces al mer-



curio (fricciones, inyecciones) y al mismo tiempo al ioduro de sodio á grandes dosis (hasta 10 gramos por día), *proscribiéndose el de potasio por la acción nociva de este cuerpo sobre el corazón*. En los casos menos graves se comenzará por el mercurio, pasando después al ioduro de sodio, ó al contrario. También pueden prescribirse las nuevas preparaciones iodadas (iodalbacida, etc.)

El mercurio es particularmente útil como tónico cardíaco y diurético (calomelanos). Los ioduros están recomendados hace mucho tiempo (desde Sommerbrodt) por autores franceses y alemanes en la miocarditis crónica y en la coronaritis. En Rusia, el Profesor Dehio ha señalado igualmente los buenos resultados obtenidos por los ioduros en gran número de casos, y cree que estos enfermos padecían formas latentes y benignas de sífilis cardíaca bajo la forma de gomas ó endoarteritis sífilítica de las coronarias. En la anemia está indicado el ioduro de hierro.

*Tratamiento general.*—A más del tratamiento causal, no deben olvidarse los tónicos generales y el tratamiento sintomático (revulsivos, escarificaciones, etc.) Según observación del Profesor Zakharine, las lesiones sífilíticas del corazón con accesos de angina se modifican favorablemente por los vejigatorios aplicados á la región precordial. Es preciso vigilar la nutrición del sujeto, no hacer uso del alcohol, evitar los esfuerzos físicos (principalmente el servicio militar) y las emociones morales fuertes, prescribir el reposo en el lecho y los baños sulfurosos iodurados, y en lugar de la sudación, que fatigaría al miocardio, aconsejar una transpiración moderada. Entre los medicamentos se proscribirán los anestésicos como el cloroformo, cloral, nitrito de amilo y nitroglicerina, por exponer su empleo en los sífilíticos cardíacos á la parálisis de los ganglios, ya alterados, y á la muerte súbita. El tratamiento general permite al organismo luchar contra la enfermedad, en tanto que el específico obra directamente sobre su causa productora.

El ioduro de sodio es preferible al principio de la miocarditis, porque favorece la reabsorción de los gomas; en un período más avanzado, cuando hay insuficiencia cardíaca y signos de asistolia, debe emplearse el mercurio, que es al mismo tiempo diurético (calomelanos), empleando dosis medias, por lo mucho que dura el tratamiento.

Las complicaciones, entre las que debe uno contar la bronquitis y la disnea por debilidad del corazón (principalmente del derecho), no deben tratarse sintomáticamente, ni por los medicamentos nuevos que á diario vemos anunciados, sino obrando sobre la causa é instituyendo un régimen riguroso. A este tratamiento causal corresponde el mercurio y el ioduro de sodio. Se recomienda el ioduro de potásico contra el asma brónquico, y es posible que en los casos en que fracasa esta terapéutica se trate de un asma sífilítico desconocido. También el remedio secreto de Aubré contra el asma tiene or principio activo al ioduro de potasio.

El tratamiento higiénico del asma sífilítico debe consistir en la

permanencia en un clima cálido, buena aireación de los locales, paseos cotidianos y una alimentación ligera y fácil de digerir (evitando los alimentos que producen gases), por pequeñas comidas repetidas sin llegar á la saciedad. La morfina puede á veces prestar buenos servicios en esta disnea «circulatoria».

En la endocarditis sífilítica secundaria se administrará el ioduro de sodio si se sospecha la existencia de gomas; si es necesario el tratamiento diurético y tónico y cardíaco, se prescribirán los calomelanos.

Si hay lesión de las coronarias, la digital y los medicamentos análogos están contraindicados, porque exajeran el trabajo del corazón; y como á este exceso de función corresponde un mayor aflujo de sangre, cosa imposible en la coronaritis, de aquí la posibilidad de un acceso mortal de angina de pecho. La higiene y la dietética son en este caso de la mayor importancia; en cuanto al tratamiento medicamentoso, se reduce al ioduro de sodio. El Profesor Zakharine ha obtenido buenos resultados con la aplicación local de vejigatorios.

(*Achr. de Med. et de Chirug. spéciales*).

\*  
\*  
\*

**Las moscas y la fiebre tifoidea.**—Aunque generalmente admitida la difusión de la fiebre tifoidea por medio de las moscas, esta posibilidad no está todavía demostrada, ni por observaciones epidemiológicas completas, ni por investigaciones experimentales que respondan á las exigencias científicas del día. M. Ficker encontró el bacilo de la fiebre tifoidea en moscas recogidas en una casa donde existían algunos enfermos de ella; esta observación lo incitó á estudiar experimentalmente el problema. Encerró cierto número de moscas recogidas en distintas partes, y todas de la especie *musca domestica*, en un recipiente en cuyo fondo puso azúcar y tiras de papel plegado que habían sido previamente mojadas en caldo de cultivo del bacilo tífico. Después de un período de diez y ocho á veinticuatro horas, las moscas fueron trasladadas á otro recipiente y sujetas en plazos variables á la investigación. Esta se hizo sobre el cuerpo entero de las moscas, trituradas en un mortero, sobre cada una de las partes, en especial sobre el intestino, y sobre tiras de papel esterilizado, donde se habían posado.

Los resultados obtenidos fueron muy variables; pero Ficker logró encontrar el bacilo en la cabeza, alas y patas de las moscas cinco días después de su contacto con el material infectante, y nueve días más tarde en el intestino, observando también que los insectos podían depositar el microbio sobre los objetos en que se posaban con veintitrés días de posterioridad.

El autor, que se reserva continuar sus experiencias, estudiando otras cuestiones relacionadas con la presente, asegura desde luego que si es difícil precisar la parte que toman las moscas en la difusión de la fiebre tifoidea, resulta, sin embargo, probada la gran

responsabilidad que pueden tener en los casos aislados de tifus y en las pequeñas epidemias, no imputables al agua de bebida.

Pudiendo, pues, las moscas transmitir el germen de ésta y de otras infecciones, Ficker cree que el estudio de los medios más apropiados para destruirlas ha llegado á ser un punto interesante de la higiene.

(*Archiv. für. Hygiene*).

\*  
\*  
\*

**Sutura de una herida del corazón derecho.**—Un sujeto de veintiséis años recibió una puñalada en el pecho. Cuando le llevaron á la clínica todavía tenía clavado el puñal, cuya hoja era de 9 centímetros de largo. El pulso era pequeño y frecuente (110) y el herido conservaba todo su conocimiento. El Dr. Colombrico, que es quien refiere el caso, procedió á ligar las cuatro extremidades con vendas de goma, para impedir el retorno de la sangre venosa y disponer de este modo de un depósito de sangre caso de que sobreviniera una gran hemorragia durante la operación.

Después de resecado un trozo de la quinta costilla, se descubrió en el pericardio una herida de un centímetro de largo, pudiéndose comprobar entonces con el dedo que la cavidad pericardíaca estaba llena de sangre. Se reseco también un trozo de la cuarta costilla. La herida del corazón no se pudo descubrir con la vista, pero sí tocar con el dedo cerca de la punta del corazón derecho. Se pusieron tres puntos de sutura á través del miocardio, con lo cual se cohibió la hemorragia. Como el paciente cayó en un gran colapso, se aflojaron las vendas de las extremidades. El curso post-operatorio fué normal, y el herido se curó por completo.

(*Giorn. de R. Acad. di Med. di Torino*).



## SECCION PROFESIONAL

### SERVICIOS SANITARIOS

«Circular.—Excmo. Sr.: En vista de un escrito del Capitán General de Castilla la Nueva, referente á la instalación de escupideras en los cuarteles, centros y dependencias militares de esta Corte, en cumplimiento de lo prevenido en las Reales órdenes de 30 de Mayo de 1901 y 13 del mismo mes del presente año (C. L. núms. 115 y 77), el Rey (que Dios guarde) se ha servido resolver que para los efectos de adquisición, reposición y baja, se declaren dichas escupideras material de acuartela-

miento, y que el número y distribución de aquéllas en cada edificio sea determinado por Comisiones regionales nombradas al efecto, quienes tendrán en cuenta para ello la capacidad y condiciones de los locales y número de individuos que en ellos deban alojarse.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 11 de Noviembre de 1903.—Martítegui.—Señor.....»

\*  
\* \*

### RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS

«Excmo. Sr.: En vista del escrito de V. E. de 29 de Octubre último, relativo al reconocimiento definitivo de los individuos de tropa propuestos para licencias por enfermos procedentes de los hospitales de Alhucemas y Peñón de Vélez de la Gomera, el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien resolver que los individuos de referencia, para la concesión de licencias por enfermos, pasen á sufrir reconocimiento definitivo á la plaza y hospital militar de Málaga.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid 18 de Noviembre de 1903.—Martítegui.—Sr. Comandante general de Melilla.—Sr. Capitán general de la segunda Región».

\*  
\* \*

### SERVICIOS SANITARIOS

«Ministerio de la Gobernación.—A este Ministerio corresponde, por los preceptos del artículo 13 del Reglamento vigente de la Guardia Civil, cuanto afecta á los servicios que deba prestar este benemérito Instituto, como también, y por modo especial, lo que á su acuartelamiento se refiere.

Para realizar estos fines, y por virtud de numerosas y distintas disposiciones, se ha procurado hasta hoy instalar la fuerza en las condiciones más convenientes, así por lo que respecta á las exigencias de la higiene y de la salubridad, como á las de amplitud y desahogo de los locales, tan necesarias todas para que vivan sus individuos y las familias con la debida y más conveniente independencia, atendiéndose á la vez, por cuantos medios se han estimado oportunos y legales, á que puedan cubrir, por estas legítimas concesiones, del mejor modo posible las más precisas atenciones de la vida los que bien lo merecen como encargados que son de velar por la tranquilidad y seguridad públicas.

Estudiados y analizados por este Ministerio los importantes servicios

que á diario tiene que realizar dicho respetable Instituto, con fuerza escasa, dada la extensión del territorio, sobre todo para la custodia del campo y policía rural, ha podido apreciarse fácilmente que dichos servicios, por las condiciones en que se llevan á efecto, resultan penosos, sin que las retribuciones se hallen en armonía con las necesidades materiales más perentorias por la imposibilidad de aumentar los créditos á estos fines consignados en presupuesto.

Reconociéndolo así muchos Municipios, interesados en sostener la instalación de sus puestos, han acordado, con patriotismo digno del mayor elogio, facilitar á la expresada fuerza aquellos elementos materiales que puedan reportarle ventajas sin menoscabo de la dignidad y el prestigio que le corresponden.

Entre las exenciones de arbitrios é impuestos concedidas por los Ayuntamientos de referencia, se ha considerado conveniente reconocer el derecho de los individuos de la Guardia Civil y sus familias á disfrutar gratuitamente del servicio Médico-farmacéutico que dichas Corporaciones sostienen, cumpliendo las prevenciones y mandatos del artículo 72 de su Ley orgánica, como asunto propio de su exclusiva competencia.

Admitidos estos hechos, que obedecen á móviles justificados y que demuestran celo plausible en las Corporaciones populares, este Ministerio, inspirándose en los mismos propósitos, ha procedido al más detenido examen de la cuestión en su aspecto legal, á fin de que esas manifestaciones, hasta hoy individuales y de carácter gracioso, que responden evidentemente á una necesidad reconocida, se reglamenten por virtud de las facultades propias de Gobierno, declarándolas de observancia general, en armonía con lo prevenido en el apartado 2.º de las disposiciones adicionales de la Ley orgánica citada, con el firme propósito de generalizar tan justa y provechosa medida, extendiendo por igual el beneficio á las clases y contingentes armados del benemérito Instituto, como asimismo á sus familias, puesto que resultando la asistencia Médico-farmacéutica imperioso deber de las Corporaciones, no es justo privar de ella á los directamente encargados de misiones tan importantes como las que á dicha fuerza corresponde cumplir.

Por distintas disposiciones dictadas por el Ministerio de la Guerra, y entre ellas por las Reales órdenes de 16 de Septiembre de 1890, 26 de Octubre de 1891 y 3 de Agosto de 1892, se establece que todo individuo del ejército cuyos haberes sean satisfechos por el presupuesto de dicho Ministerio, cualquiera que sea su situación y destino, tiene derecho á la asistencia facultativa, así como su familia, hallándose, por tanto, comprendida en tales beneficios la fuerza de la Guardia Civil, siempre que en



el punto de su residencia haya Médico militar ó civil encargado de prestar servicio á una unidad orgánica ó parte de ella.

Reconocido este justo derecho, del que disfrutaban, como es natural, todos los contingentes armados, es deber ineludible de este Ministerio procurar que las fuerzas diseminadas de la Guardia Civil sean asistidas en sus enfermedades, sin que esta asistencia les resulte gravosa imponiéndoles sacrificios metálicos, bien difíciles si se tiene en cuenta lo escaso de sus haberes.

Los Ayuntamientos, por el precepto imperativo de la ley anteriormente citado, tienen el deber de atender al servicio benéfico sanitario en los pueblos, organizado en la actualidad por el Reglamento sancionado por el Real decreto de 14 de Julio último, y ratificado, en lo que á la contratación de servicios se refiere, por el artículo 92 de la Instrucción provisional aprobada por Real decreto de 14 de Julio último. En virtud de esta legalidad, los Médicos titulares, con arreglo al apartado primero del artículo 2.º del Reglamento, deben prestar todos los servicios de interés general que dentro del término jurisdiccional les sean encomendados por el Gobierno y las autoridades sanitarias superiores; y armonizando este último precepto con las prevenciones del artículo 2.º de dicho Reglamento, que asimismo establecen y definen cuál es el vecindario que debe disfrutar el servicio Médico-farmacéutico municipal, no cabe duda que á los dignos individuos de la Guardia Civil y sus familias les corresponde dicho servicio, puesto que residentes son todos de los términos municipales correspondientes, con verdaderos y perfectos derechos de vecindad, aumentados por las consideraciones á que ellos se hacen acreedores en vista del constante y trabajoso servicio que realizan.

No se han de oponer, seguramente, las Corporaciones á la observancia de esta disposición, cuando aconsejada está por los acuerdos que la mayoría de las mismas han adoptado en la materia, haciendo iguales concesiones, tanto más, cuando los Médicos titulares, que realizan su misión con notorio celo, admitirán asimismo gustosos la prestación de la asistencia facultativa indicada.

En vista, pues, de las razones expuestas, y

Considerando que se trata del establecimiento de un servicio de reconocida necesidad, impuesto de hecho por la legislación anteriormente citada y admitido como de justicia y equidad perfecta;

S. M. el Rey (Q. D. G.) ha tenido á bien disponer se preste desde luego el servicio Médico-farmacéutico á las fuerzas de la Guardia Civil y á sus familias, considerando á aquéllas como incluídas en el artículo 3.º del Reglamento de 14 de Junio de 1891, y que se consigne así en los contra-

tos que en lo sucesivo se celebren con los Médicos y Farmacéuticos titulares para la realización de estos servicios.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, exacto cumplimiento y demás efectos correspondientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid 23 de Noviembre de 1903.—G. Alix.—Sr. Director general de Administración».

---

## VARIETADES

---

La Academia Médico-Quirúrgica española declaró desierto el concurso de premios del pasado curso académico, y abrió el actual, después de haber dado á conocer el siguiente programa de premios para 1904.

I. El tema del concurso será de libre elección.

II. El premio de la *Academia* consistirá en 250 pesetas y el título de socio corresponsal de la misma.

III. Las Memorias optando al premio deberán estar escritas en castellano, portugués, francés, italiano, inglés ó alemán.

IV. A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá señalado con el lema que figure en la Memoria. Será excluído del concurso todo trabajo que venga firmado por su autor ó con alguna indicación que pueda revelar su nombre. Quedan excluídos de este certamen los socios de la Corporación.

V. Las Memorias se dirigirán con sobre al Presidente de la *Academia*, y dirección á la Secretaría general de la misma, Montera, número 22, bajo, Madrid, donde se expedirá á quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

VI. El concurso quedará cerrado el 15 de Septiembre de 1904, después de cuyo plazo no será admitida ninguna de las Memorias que se presenten.

VII. La *Academia* publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como los de las que la Corporación juzgue acreedoras á los premios.

VIII. Estos últimos serán públicamente adjudicados en la sesión-aniversario del año próximo á los autores de las Memorias premiadas, ó á los que para ello se presenten completamente autorizados, abriéndose en el mismo acto los pliegos que deben contener sus nombres, á la vez que se inutilizan los que correspondan á las Memorias no premiadas.

IX. Toda Memoria recibida para el concurso quedará de propiedad de la *Academia*.