

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

AÑO XIII

MADRID 15 DE ENERO DE 1899

Núm. 278

De las neuralgias espinales de origen palúdico.

Además del grupo de neuralgias craneales existen, influidas por el paludismo, otra serie, si cabe aún más importante que éstas que acabo de mencionar, y que se conocen con el nombre de neuralgias espinales.

Pertencen, dentro del capítulo de la malaria, á la categoría de fiebres larvadas ó enmascaradas. En ellas los trastornos de la calorificación son secundarios; lo común es que no existan, y si dominan dentro de la escena patológica son tan pequeños é insignificantes que pasan desapercibidos al enfermo y hasta para el mismo Médico. El termómetro revela algunas décimas en su elevación ascensional, y los demás caracteres, comunes á toda combustión anormal de importancia, faltan en absoluto.

Las neuralgias espinales, observadas en el terreno de la Clínica, pueden ser numerosísimas, entre las cuales detallaré como más esenciales la occipital, la cervico-occipital, la del nervio frénico ó diafragmático, las intercostales, con su probable secuela, hija de un trastorno trófico, herpes, zona ó zoster, la lumbar y ciática, esta última de un interés de primer orden para el patólogo.

En la neuralgia del nervio suboccipital, el punto hiperestésico ocupa principalmente la región mastoidea; puede revestir sus dos formas capitales: continúa ó paroxística; en este último caso el dolor es agudísimo, tenaz é intolerable. La intensidad del sufrimiento hace al enfermo inclinar su cabeza y realizar presiones sobre la región dolorida para atenuar en lo posible la violencia del padecimiento. Los movimientos laterales de la extremidad cefálica provocan vivo dolor, y el paciente permanece con el cráneo erguido, por ser ésta la posición que le es menos fatigosa y molesta.

Rara vez deja de localizarse á esta zona; lo regular es que se constituyan bajo la forma cervico-occipital, y el dolor se generaliza

á todas y cada una de las vértebras cervicales y parte posterior de la cabeza.

Interesado el plexo cervico braquial, las manifestaciones agudas se extienden á todo el miembro superior ó torácico, si bien nunca es bilateral, sino que afecta á todo un miembro izquierdo ó derecho respectivamente. La limitación puede radicar únicamente al nervio cubital, y ésto viene á ser la regla más ordinaria, marcándose las sensaciones dolorosas en todo el antebrazo y región carpiana. En este caso, coexisten puntos neurálgicos en el canal epitrocLEAR, epitróclea y también en la muñeca.

En la neuralgia intercostal los nervios raquidianos suministran doce pares dorsales, que emiten otras tantas ramas, denominadas anteriores y posteriores. Estas últimas salen de las masas musculares del canal costo-vertebral, emergiendo finalmente en la piel con el nombre de nervios perforantes posteriores. Esta neuralgia tiene para el práctico muy poca importancia; de ahí que no nos detengamos en su descripción anatómica.

Las ramas anteriores dan lugar á lo que se conoce con el nombre de nervios intercostales, de conocimiento necesario é imprescindible para el patólogo.

Colocados en su origen, en el canal de las costillas, al llegar á la mitad de su trayecto producen un filete nervioso pequeño, llamado perforante lateral. Los nervios perforantes, pertenecientes á los dos primeros nervios intercostales, llegan en su distribución periférica á la piel del brazo, provocando manifestaciones en esta región. Los demás ejercen su acción sensitiva en la piel del tórax y del abdomen. La terminación de los nervios perforantes laterales se realiza á nivel del esternón y de los músculos rectos del abdomen.

Las sensaciones son, como en todas estas neuralgias, de naturaleza continúa, intermitentes ó paroxísticas, y rara vez se deja interesar uno solo de los nervios; lo frecuente es que invada un grupo de ellos ó todos á la vez. Las inspiraciones fuertes, los movimientos de cualquier clase que sean, los golpes y accesos de tos ó estornudos, agravan la situación penosa y desagradable sufrida por el enfermo. Haciendo una presión moderada sobre el canal de las costillas se irradia ó comunica un dolor intenso hasta la mitad próximamente de la costilla correspondiente, y de allí continúa su dirección hasta llegar al punto perforante lateral, siendo, como hemos dicho, su terminación en el esternón y músculos recto anterior mayor del abdomen.

Las neuralgias del nervio frénico ó diafragmático pudieran dar motivo al clínico á incurrir en un error diferencial médico de importancia, á una equivocación lastimosa en el terreno práctico, con respecto á una angina de pecho ó angor pectoris, y hasta con una pleuresía diafragmática, mucho más si esta neuralgia vá acompañada de elevación febril. Sobre todo, la confusión con una pleuresía me parece imposible, dado que á esta última lesión le pertenecen signos objetivos y estetoscópicos, nada discutibles para el hombre de ciencia.

Hay un carácter distintivo correspondiente á la neuralgia frénica, que él sólo basta para hacer la diagnosis cierta é indubitable entre ésta y la angina de pecho, y consiste en el punto doloroso del escaleno anterior; la presión sobre este sitio exagera y produce una hiperestesia grande sobre la parte lateral del cuello, últimas costillas, miembro superior y la región propia inervada por el nervio circunflejo. Este es el elemento diagnóstico que doy como de más importancia en los casos en que la mente del profesor se encuentre ofuscada y el ánimo perplejo ante la identidad ó parecido que pueda resultar entre ambos procesos morbosos. Es, á mi entender, el mejor medio para caracterizar rápidamente estas dos dolencias.

Además de las neuralgias lumbares, nacen del plexo de este nombre el nervio lumbo abdominal, conocida por el vulgo la hiperestesia de esta ramificación con el nombre de lumbago, con el conjunto de fenómenos inevitables y forzosos para esta clase de procesos que vengo refiriendo, cuales son latidos dolorosos, aumentados por la presión ó por cualquiera otra excitación del orden físico, contracturas y calambres. La femoro cutánea, con su punto doloroso sobre la cresta ilíaca anterior. La ileo escrotal, cuya hiperestesia radica á la vez en sus tres zonas, que son características: el punto ilíaco, en la cresta de la misma denominación, en la terminación del canal inguinal, constituyéndose el punto inguinal, y en la misma substancia del testículo ó del gran labio en la mujer. Cooper dió á este último punto el nombre de testículo irritable, y el dolor suele ser tan insoportable y horrible que produce el vértigo y hasta el síncope.

La neuralgia crural ocupa el trayecto ó dominio de la arteria homónima, ó sea la parte antero interna del muslo, á nivel del ligamento de Falopio, y el cóndilo interno del femur.

Bajo el punto de vista de la frecuencia de su presentación é im-

portancia práctica, marcha paralelamente con la neuralgia intercostal propiamente dicha, la ciática, y nada más lógico para dar por terminada esta descripción que hablar de la única rama terminal del plexo sacro, ó sea del gran nervio ciático. Este sale de la pelvis por la escotadura ciática. Se abre paso por entre el isquión y el gran trocater, denominándose á esta línea punto isquión-trocateriano, hasta llegar al hueso poplíteo, que se divide en dos ramas: poplíteo interno y externo, rodeando ambos la cabeza del peroné para constituir el punto peroneo.

El dolor de la ciática corresponde exclusivamente á su dirección anatómica, restringiendo su esfera de acción en algunos casos á la parte posterior del muslo, pierna y pié. Este tiene el carácter de fulguraciones eléctricas, sacudidas musculares, calambres é imposibilidad para realizar la progresión. En ocasiones, y cuando la infección malárica no ha sido combatida con ningún tratamiento racional ó atacada con poco éxito, se presentan atrofas regularmente marcadas; pero estos trastornos tróficos revelan no sólo una simple neuralgia, sino una alteración vascular congestiva y permanente, de naturaleza vasomotora, que llega á constituir la neuritis; esta complicación es eminentemente rara en el paludismo, donde la causa no obra de una manera letal y continúa como en otras clases de infecciones, que producen este mismo estado, cual la sífilis, reumatismo y la tuberculosis.

P. BREZOSA.
Médico primero.

Prensa y Sociedades médicas

Absceso verminoso de la región inguinal izquierda.—El Doctor Cano y Quintanilla hace la siguiente comunicación:

Poco frecuentes los abscesos verminosos de esta región, hasta el punto de no conocer ninguna historia clínica detallada, fuera de los casos de hernia inguinal estrangulada, terminada por gangrena, en los que, como es consiguiente, sale al exterior todo el contenido del intestino, observándose á veces algunos ascárides, ó los curiosos hechos, revelados en las autopsias, de abscesos viscerales producidos por estos vermes, que determinan la muerte del enfermo, y cuya causa era ignorada en vida.

La enferma, natural de un pueblo inmediato á Santander, de 56 años de edad, de buena constitución y salud habitual, después de sentir unos días dolores en el bajo vientre y hacia el vacío derecho, no tan intensos que la impidieran dedicarse á las labores del campo, se presentó á la consulta solicitando tratamiento para una tumoración que se la había presentado en la región inguinal derecha, por encima del ligamento de Poupart, difusa, dura y dolorosa á la presión y á los movimientos de la pierna. No tenía ni había tenido fiebre, y por parte del tubo digestivo no ofrecía otros síntomas que la astricción de vientre, no muy pertinaz, algún desgano y los dolores cólicos ya referidos, que tampoco eran muy intensos. A los tres días de la primera visita, fué llamado el Dr. Cano, porque los dolores iban en aumento y la enferma no podía andar; al reconocimiento se apreciaba fluctuación crepitante y una sensación al tacto, y por presiones algo enérgicas, análoga á la que produce el varicocele. Incindido con algún cuidado este extraño absceso, se dió salida á bastante cantidad de pus fétido mezclado con gases (pus gangrenoso), y acompañado de una porción de *ascárides lumbricoides*, unos 20, todos vivos y de buen tamaño. En las curas sucesivas siguieron saliendo estos gérmenes hasta el número de 150 en el espacio de quince días, en que definitivamente desaparecieron. Después quedó un trayecto fistuloso que se dirigía hacia el intestino ciego, dando una pequeña cantidad de pus, sin advertirse en él la presencia de materias fecales. Pasados dos meses desde la incisión del absceso, curó la fistula, con lo cual se restableció por completo la salud de la enferma, hallándose en estado de ocuparse de nuevo en las faenas de la labranza.

¿Cuál fué el camino recorrido por los ascárides hasta llegar á la piel? Parece lo más probable que perforaron el apéndice cecal, dando origen después á la formación del flegmón ilíaco de marcha sub-aguda, y á su aparición en la piel en el sitio de elección de estas inflamaciones. Se sabe por los estudios de Davaine y otros autores, que estos parásitos, en sus excursiones por el tubo digestivo, se introducen algunas veces por los conductos naturales ó accidentales que encuentran á su paso; así se han observado en los conductos biliares, determinando angicolitis y hepatitis mortales de causa desconocida, en el canal de Wirsung, en las vías respiratorias y hasta en la trompa de Eustaquio. Pues bien; en el caso presente, descendiendo los ascárides del intestino delgado al grueso, y encontrando en el ciego la comunicación con el apéndice cecal, penetraron por ella, produciendo su perforación la apendicitis y el flegmón consiguiente.

En este país, húmedo en exceso, en el que tanto abundan los parásitos intestinales, conoce el Dr. Cano y Quintanilla otro caso parecido á éste, que recientemente ha tenido en su práctica en dicha localidad el Dr. Lizarralde, en un niño, en el curso de una fiebre probablemente verminosa, lo que demuestra que no es tan raro el padecimiento, objeto de esta comunicación.

Como en la historia precedente se vé la marcha de la apendicitis sub-aguda, enfermedad cuya patogenia y tratamiento tan bien estudiados se encuentran hoy en día, merced á los trabajos, entre otros autores, de los Doctores Talamón, Dieulafoy y Reclus, deduce el Dr. Cano y Quintanilla de esta observación la conclusión siguiente:

A las causas conocidas de apendicitis, como son: la litiasis apendicular, cuerpos extraños é inflamaciones por obstrucción, debe añadirse la perforación é inflamación del apéndice cecal, determinada por la presencia de los ascárides lumbricoides.

*
* *

Procedimiento operatorio de la uña encarnada.—El Dr. D. Federico Rubio Galí, dió cuenta de la siguiente nota clínica:

De estudiante ví en las Clínicas practicar varias veces esta operación. Atento al procedimiento operatorio, fui testigo de su crueldad y de sus imperfectos resultados. Pocas veces se arrancaba en totalidad, quedando briznas y fragmentos que obligaban á repetir las tentativas dos y más veces. Quedaba una superficie desgarrada, cruenta, excesivamente dolorosa, no sólo en el acto y algún tiempo después de la operación, sino muchas horas después.

En los Tratados de Cirugía constaban dos procedimientos: el clásico, que había visto ejecutar, y otro no menos imperfecto y doloroso, que pudiera llamarse procedimiento de afilar lápices. En el primero se introducía la punta aguda de una tijera fuerte entre la uña y la carne, desde el borde libre á la base; se dividía la uña en dos mitades iguales, y se procuraba hacer el arrancamiento de cada mitad, auxiliado de una pinza recia. Pocas veces se lograba el intento; lo común era que se arrancaran fragmentos mayores ó menores, resultando la operación, ya cruel de suyo, más dolorosa aún, sucia y deslucida.

La operación del lápiz, no menos cruel y dolorosa, y más prolija, consistía en atacar con un bisturí fuerte la uña por la parte posterior, sacándola tiras ó virutas más ó menos anchas y profundas, hasta mondarla de las partes subyacentes. El año de 1851 tuvo que tratar como facultativo el primer caso de uña enclavada.

Del estudio previo del asunto dedujo las siguientes consecuencias.

1.^a Que la organización normal de la uña y sus conexiones con las partes subyacentes, debían estar dispuestas para oponerse con fuerza á ser arrancada ó separada de ellas en el sentido de la punta á la base, ó sea de su extremo anterior al posterior.

2.^a Que siendo la uña un órgano para arañar y arrancar, debía estar dotada de gran potencia para resistir la fuerza que tendiese á ser ella arrancada en la dirección normal de su uso de la punta á la base.

3.^a Que este hecho, discurrido subjetivamente, se veía confirmado en los actos operatorios.

4.^a Que para obtener dicha resistencia, la naturaleza no podía haberse valido de una simple pegadura y superposición de la cara profunda de la uña con los tejidos subyacentes, porque tal modo de unión tenía que resultar necesariamente débil.

5.^a Que las conexiones debían ser fuertes, múltiples, de la base á la punta, para resistir las fuerzas actuantes de la punta á la base.

6.^a Que dichas conexiones debían ser en forma de peines oblicuos de atrás á adelante, y sucesivamente los unos por encima y delante de los otros.

7.^a Que dada esta organización, precisa á la función fisiológica de la uña, tan difícil, doloroso y penoso como resultaba su arranque de la punta ó borde libre á la base, ó borde de implantación, debía de resultar fácil su desprendimiento en el sentido contrario; ésto es, procurando levantarla y separarla de la base al borde libre, ó sea de atrás á delante y en el mismo sentido de sus conexiones.

A partir de tales premisas, obtenidas *a priori*, operó á la enferma, y los resultados superaron á sus esperanzas, tanto por la facilidad é indolencia del acto, cuanto porque no resultó superficie desgarrada ni cruenta, y al cuarto día estaba cicatrizada la superficie.

La piel del dorso de la última falange de los dedos forma un repliegue en forma seminular, de cuyo fondo nace en disposición dentada el borde posterior ó base de la uña. Si sobre su borde libre ó anterior ejercemos un esfuerzo de palanca para abatir dicho borde, se levanta la base, poniéndose prominente dicha parte posterior de la uña alojada en el repliegue. De éste, la cara superior sólo está en contigüidad con la substancia córnea de la uña, yuxtapuesto por la capa de epitelio, que se refleja y se moldea en las columnillas que se ven á simple vista y á modo de estrías en la cara superficial de la uña; pero esta conexión no es en, ni sobre superficies vivas, sino secas é inertes. Así, puede con una espatulilla separarse dicho repliegue de la base de la uña á que cubre, sin violencia ni herida. Llegando al fondo con la espátula, ésta se encuentra detenida por dicho fondo, el cual se incide hacia atrás con un pequeño bisturí ó con la misma espátula, haciendo un mayor esfuerzo. Hecho ésto, queda el borde posterior de la uña libre, é introduciendo la espátula por detrás de él y siguiendo la cara cóncava de la uña, detrás adelante, se siente caminar la espátula sin gran obstáculo. Con ligeros movimientos lateralizados y de báscula, se advierte que la uña cede, vá volcando, y sale y se desprende en una pieza. La cama donde la uña estuvo alojada queda lisa, apenas cruenta, y el dolor es casi nulo comparado con el de otros procedimientos. Cesa además muy pronto. La uña resulta despegada y no arrancada, cuyo arranque hace que el cloroformo sea casi inútil, porque el dolor vehemente no dura sólo en la operación, sino diez y más horas después.

(Congr. Hispano-Portugués de Cir.)

Un caso de enfermedad azul en un hombre de 42 años.—

M. Ewald: He recibido últimamente en mi servicio á un hombre de 42 años de edad, que ofrecía una cianosis muy marcada de la cara y de las extremidades, y cuyos dedos terminaban en forma de palillos de tambor. Tenía, además, ascitis, edema de los miembros inferiores y respiraba con gran dificultad.

Noté en este hombre la existencia de una dilatación del corazón y de un ruido de soplo sistólico, cuyo máximum radicaba á nivel de los tercero y cuarto espacios intercostales.

En presencia de estos síntomas, diagnosticué una anomalía congénita del corazón, á saber—dada la edad del enfermo—, una persistencia del agujero de Botal.

La autopsia corroboró este diagnóstico. Observóse una ausencia completa del tabique interauricular y, además, una trombosis reciente de la arteria pulmonar, un ligero grado de insuficiencia de la válvula mitral y una dilatación con hipertrofia de ambos ventrículos.

Resulta, de los datos recogidos por nosotros, que el padre de nuestro enfermo había sucumbido á una afección cardíaca, y que su hermano se halla igualmente atacado de enfermedad azul. Había, pues, en él una herencia manifiesta.

Esta observación es notable, además, por la edad relativamente avanzada á que llegó el paciente: no conozco sino tres casos de enfermedad azul que haya permitido sobrevivir más allá de cuarenta años.

No se sabe aún exactamente á qué causa debe ser atribuída la cianosis en la enfermedad azul. Ha sido atribuída á la mezcla de la sangre venosa y de la sangre arterial; pero parece ser que, á pesar de la falta del tabique de las aurículas, las dos corrientes sanguíneas apenas si llegan á mezclarse. Hase pretendido también que la cianosis era el resultado de una oxidación insuficiente de la sangre. En realidad no me hallo en condiciones para dirimir esta cuestión.

M. Hansemann: Es efectivamente excepcional que los sujetos atacados de anomalías congénitas importantes del corazón alcancen una edad avanzada. Sin embargo, yo he practicado la autopsia de un hombre de 62 años, cuyo corazón presentaba casi las mismas particularidades que el del enfermo de Ewald. He notado igualmente la ausencia del tabique interventricular en un hombre de 70 años. Es notable ver cómo, á pesar de la extensión de la lesión, la sangre de los dos ventrículos no se mezcla.

(*Soc. berlinesa de Méd.*)

*
**

El hematozoario del bocio.—Hace ya mucho tiempo se sospechaba la naturaleza infecciosa de esta afección. El Dr. Grasset, que ha podido estudiar por espacio de más de diez años esta enfermedad en una zona en que se presenta frecuentemente, Mozat, Mar-

sat, Riom, Volvic et Saint-Genes-l'Enfant, en Puy-de-Dome, había comprobado que el bocio constituía una verdadera endemia.

Dirigiendo más especialmente su atención sobre los casos recientes, el Dr. Grasset observó que el bocio se manifestaba inmediatamente después de las reglas, del parto, de una emoción violenta, de un enfriamiento, que eran seguidos de unos cuantos días de ligera elevación en la cifra térmica, cansancio y embarazo gástrico. Deduce que el bocio no es una enfermedad local y sí una enfermedad general, con un síntoma dominante: *el aumento de volumen del tiroides*.

Estableciendo un paralelo con el *engrosamiento del bazo*, uno de los síntomas característicos del paludismo, pudo notar que cada una de estas afecciones tiene una distribución geográfica especial, que cada una de ellas interesa una glándula de secreción interna (tiroides, bazo), y, por último, que sus grados extremos son la caquexia, el cretinismo en un caso y la caquexia palúdica en otro.

El agente inicial del paludismo, el hematozoario de Laverán, se encuentra en la sangre; el Dr. Grasset, para completar el estudio de este paralelismo, trataba de averiguar si residiría también en la sangre el principio infeccioso del bocio. En 1897 comenzó á examinar la sangre de los afectos de bocio. En el caso de bocio antiguo no encuentra nada de anormal; pero en ocho casos, seis mujeres y dos hombres, que declaran que su bocio data de quince ó diez días solamente, encuentra elementos parasitarios, verdaderos hematozoarios.

En una nota recientemente presentada á la Academia de Ciencias (4 de Julio de 1898), M. Grasset describe así esos elementos:

«Son cuerpos esféricos más voluminosos que los hematíes, sin núcleo, y contienen granos de pigmento rojo; un flagellum libre en movimiento, alrededor del cual los hematíes están animados de un movimiento rápido y desordenado; la longitud de ese flagellum es próximamente igual á cuatro veces el diámetro de un hematíe.

»A veces se encuentran cuerpos segmentados, aglomerados ó disociados, entre los cuales se ven en algunos casos granos de pigmento rojo, en fin, un cuerpo de contornos irregulares, sin núcleo, que encierra granos de pigmento rojo irregularmente agrupados.»

Estos diversos elementos recuerdan los hematozoarios del paludismo de Laverán.

Ninguno de los afectos de bocio había padecido el paludismo.

(*Journal d'Hygiene.*)

* * *

Los caracteres específicos del hongo del muguet.—*M. Vuillemin*: Estamos todavía lejos de saber á qué atenernos respecto de los caracteres específicos de los hongos que encontramos en las placas de muguet; es, en efecto, imposible basar un diagnóstico diferencial en la forma globular ó filamentosa del *thalle* ó en el aspecto del núcleo.

*

En lo que concierne á los órganos reproductores, Grawitz ha estudiado de una manera muy completa los esporos exógenos; pero las formaciones endógenas son hasta ahora mal conocidas.

Por mi parte, he observado dos especies de estas formaciones: glóbulos internos y *ascos*. Los primeros no son sino simples modificaciones del aparato vegetativo, al paso que los *ascos* constituyen los verdaderos órganos reproductores del hongo del muguet. Se les encuentra á veces en la boca ó en caldos, más á menudo en ciertos soportes sólidos, tales como la zanahoria, y sobre todo la remolacha. Esféricos ó elípticos, los *ascos* contienen cuatro esporos, muy excepcionalmente dos ó tres por consecuencia de una suspensión de desarrollo. Los ascosporos tienen la forma de una elipse aplanada en una cara y poseen una membrana relativamente gruesa, lo cual permite diferenciar los de los granos, pues la membrana es apenas distinta en granos tan diminutos.

El descubrimiento de los *ascos* hace entrar en una nueva fase la cuestión de las afinidades del hongo del muguet. En efecto; por los caracteres fijos de los *ascos* y de los ascosporos, ese hongo entra á formar parte de los ascomicetos verdaderos; viene á reducir ó apretar, por decirlo así, el espacio que separa los *Ascoidea* de los *Endomyces*, y, como el número definido de los esporos no deja ninguna duda acerca de sus relaciones con estos últimos, propongo que se le designe con el nombre de *Endomyces albicans*.

La presencia de los ascosporos suministra el elemento esencial del diagnóstico específico de ese hongo, y este elemento es el que permitirá ilustrarnos definitivamente sobre la unidad ó la pluralidad de los parásitos, confundidos con el nombre impropio de *oidium albicans*. En lo que me concierne, yo creo que el *Endomyces albicans* es la especie habitual; sin embargo, desde ahora puedo ya señalar la existencia exclusiva—en un muguet clínicamente caracterizado—de un hongo perteneciente á una especie, y hasta probablemente á un género diferente.

(Acad. de ciencias de Paris.)

* * *

Gangrena gaseosa debida á un microbio anaerobio diferente del vibrión séptico.—*M. Guillemot*: Recientemente he tenido la ocasión de hacer el estudio bacteriológico de un caso de gangrena gaseosa consecutiva á un traumatismo. Tratábase de una muchacha de 13 años, cuya pierna derecha había sido magullada; se ensayó la conservación del miembro, y la herida fué cerrada después de limpiarla cuidadosamente y de haber resecado las esquiras óseas. Al día siguiente notábase alrededor de la llaga una zona erisipelatosa salpicada de flictenas. Se practicó la amputación del muslo; dos días después, las lesiones, que se habían mostrado en torno de la llaga primitiva, reaparecieron muy acentuadas y acompañadas de fenómenos generales graves; al mismo tiempo notábase una crepitación gaseosa al nivel de los labios del muñón. El examen

bacteriológico de la serosidad recogida en ese punto, puso de manifiesto un bacilo que, por sus caracteres de coloración, su inmovilidad absoluta, su vitalidad poco pronunciada y la ausencia de todo esporo, difería completamente del vibrión séptico.

Este hecho de gangrena gaseosa típica, debida á un microbio anaerobio distinto del vibrión séptico, es interesante de señalar, dado que muchos autores atribuyen el desarrollo de esa grave complicación al vibrión de Pasteur.

(*Soc. de biología de Paris.*)

*
**

Los protozoarios del cáncer.—*M. Jürgens*: En una serie de casos de cáncer del estómago, he podido aislar del moco gástrico un cierto número de parásitos que, á mi juicio, pertenecían al grupo de los *gregarinos*.

Recientemente he podido comprobar estas observaciones en un hecho de cáncer del pulmón que se había desarrollado en un hombre de 34 años, y que había comenzado en la contigüidad de los grandes bronquios.

Ocurrióseme la idea de examinar las secreciones bronquiales de ese enfermo, y noté en ellas la presencia del mismo gregarino que había ya encontrado en el moco gástrico, y que yo considero como el agente patógeno del cáncer.

Ese parásito es fusiforme y sus dimensiones son bastante considerables. Compónese de una envoltura exterior, conteniendo gran número de pequeños esporos que se parecen á veces á los corpúsculos de Rainey ó á los utrículos de Miescher. Estos esporos gozan de movimientos amiboides y se introducen en las células epiteliales ó se mueven en sus intersticios; se les puede hallar igualmente incluidos en el núcleo.

Tan luego como uno de estos esporos ha penetrado en una célula, aumenta en ella de volumen hasta el punto de llenarla completamente, de suerte que, en realidad, es la membrana celular externa la que constituye la envoltura del parásito.

Una vez separado de la célula, ese organismo se presenta bajo la forma de un pequeño cuerpo redondeado, granuloso, rodeado de una membrana de doble contorno. Al desarrollarse, esos pequeños glóbulos adquieren un aspecto cada vez más granuloso; pero como conservan siempre su membrana de doble contorno, no pueden ser confundidos con restos epiteliales.

¿En qué paran esos elementos? Sabido es que los gregarinos se multiplican por conjugación de dos elementos entre sí. El resultado final de esta conjugación es la aparición de un cuerpo que se parece á un utrículo de Miescher. Y como resulta que estos utrículos se observan en el buey, en la oveja, en el ratón, en el cerdo, en el corzo, y, en general, en todos los herbívoros, de ahí que cabría el preguntarse si realmente existe una relación entre estos utrículos y los parásitos del cáncer. ¿No podría suponerse, en particular, que

los utrículos de Miescher, á seguida de su transporte á otro organismo, cambian de caracteres? La cosa es posible; pero me veo obligado á reconocer que, por el momento, no puedo suministrar ninguna prueba en apoyo de semejante hipótesis.

(*Soc. berlinesa de Méd.*)

*
**

De la compresión acompasada del corazón en el síncope cardiaco.—*M. Tuffier*: A propósito de la comunicación que Delorme nos presentó en la última sesión, deseo, en nombre de Halliön y en el mío propio, insistir acerca de los efectos que pueden obtenerse, en casos de síncope cardiaco, actuando directamente sobre el corazón por medio de presiones acompasadas. Recientemente hemos referido en la Sociedad de biología los experimentos hechos sobre la materia en unos perros sometidos al síncope clorofórmico; pero debo añadir á esos hechos experimentales una observación relativa á un caso en el cual he tratado de aplicar en el hombre esas presiones acompasadas, á causa de un síncope cardiaco embólico.

Los experimentos á que acabo de aludir estaban terminados desde hacía algunos meses, cuando, el 15 de Junio último, opere á un hombre de 24 años por causa de accidentes agudos de apendicitis; durante tres días, las consecuencias operatorias fueron normales; pero al cuarto día, durante la visita, el enfermo fué acometido de un síncope; habiendo observado la cesación absoluta de los latidos del corazón, practicamos desde luego la respiración artificial, combinada con tracciones acompasadas de la lengua. En vista del fracaso de estas tentativas, incidí el tercer espacio intercostal, despegué el pericardio, y, después de haber cogido la masa ventricular entre el pulgar y el índice, practiqué en ella 60 á 80 compresiones acompasadas; las pulsaciones de las arterias volviéronse entonces perceptibles y el paciente abrió los ojos; pero al cabo de dos ó tres minutos el pulso se paró, no reapareciendo sino bajo la influencia de nuevas compresiones acompasadas; este resultado, por otra parte, no fué sino de corta duración y, á pesar de un tercer ensayo, fuéme imposible reanimar al enfermo. En la autopsia se pudo observar que había un coágulo en la rama izquierda de la arteria pulmonar.

M. Bazy: Hace ya seis años ví á uno de nuestros colegas ensayar esa maniobra en un caso de síncope clorofórmico que, á pesar de aquella tentativa, produjo la muerte del enfermo.

(*Soc. de Cir. de Paris.*)

*
**

Transmisión de la sífilis por la lactancia.—El Dr. D. Fernando Castelo presenta, acerca de esta interesante cuestión, un luminoso, trabajo, condensado en las siguientes conclusiones:

1.^a El primer Congreso de Cirugía Hispano-Portugués nombrará una Comisión, que no ha de ser precisa y exclusivamente salida de

su seno, encargada de redactar *un proyecto de ley* ó reglamento que tienda á evitar en lo posible la transmisión de la sífilis por la lactancia.

2.^a En dicho proyecto de ley ó reglamento se atenderá á garantir, por igual, la salud de los niños de pecho y la de las nodrizas; y

3.^a La misma Comisión se encargará de hacer las gestiones necesarias cerca de los Poderes Públicos para que éstos lo aprueben y pongan en vigor bajo la forma que estimen más conveniente: ley, reglamento ú ordenanzas; pero procurando que se haga extensivo á toda España y que ofrezca verdaderas garantías de cumplimiento, á fin de que no resulten estériles é irrisorios nuestros esfuerzos.

*
*
*

Tratamiento de la viruela con el ictiol.—Después de los buenos resultados obtenidos por el Dr. Kolbansenko con una pomada de ictiol (compuesta para los ricos de 10 grados de ictiol por 60 de aceite de almendras dulces y 20 de lanolina, y para los pobres de igual cantidad de ictiol por 80 grados de vaselina), aplicada tres veces en las veinticuatro horas sobre las pústulas ó sobre todo el cuerpo, desde la aparición del exantema hasta el desprendimiento de las costras, G. Hoerschelmann ha empleado con igual éxito el colodión ictiolado al 20 por 100, confirmando así las conclusiones de Kolbansenko acerca de los esputos del ictiol, el cual reduce la supuración y acelera la desecación y el desprendimiento de las costras. El autor deja en suspenso si se trata de una acción especial del ictiol ó de la protección de la piel contra los rayos quínicos de la luz, dado el ennegrecimiento de las partes untadas con la pomada ó el colodión de ictiol.

(*St. Petersb. méd. Woch.*)

*
*
*

Acerca del diagnóstico del aneurisma de la aorta torácica.—*M. Levachev* (de Kazan): Se puede admitir, como regla general, que el aneurisma aórtico profundamente situado constituye, en la mayoría de los casos, una enfermedad de diagnóstico difícil que no revela su presencia sino por los síntomas de compresión ejercida sobre los órganos circunvecinos. Para los aneurismas superficiales que tienen una tendencia natural á hacer relieve por fuera, lo cual facilita ciertamente el diagnóstico, los fenómenos de compresión constituyen, sin embargo, signos de comienzo de la mayor importancia.

Entre esos síntomas, la compresión de la tráquea, de los bronquios, del esófago, etc., así como la dislocación del corazón, son fácilmente apreciables y no pueden pasar, en verdad, inadvertidos; pero no se producen sino tardíamente y en una época avanzada de la enfermedad.

Independientemente de estos fenómenos tardíos, existen otros

más atenuados, pero que tienen todavía más importancia. Es, en efecto, bastante corriente observar en los mismos comienzos de la enfermedad ciertos síntomas, que resultan ora de la compresión, ora de la irritación de los troncos nerviosos. Así, por ejemplo, la neuralgia cervico-braquial ó intercostal, la angina del pecho, la parálisis del nervio recurrente, pueden constituir respectivamente durante mucho tiempo los únicos signos reveladores del aneurisma, y la observación clínica prueba que un tumor aneurismal de volumen muy pequeño basta para determinar su aparición. Y de hecho, no pocos casos de este género han sido así diagnosticados cuando el tumor se hallaba aún muy poco desarrollado.

Sin detenerme á trazar el cuadro, de todos conocido, de la angina de pecho y de los trastornos de la voz, que permiten reconocer la existencia del aneurisma aórtico, voy á llamar vuestra atención acerca de algunas formas de neuralgias hasta hoy poco estudiadas. La compresión y la irritación de los numerosos troncos nerviosos que rodean el cayado de la aorta, así como la aorta ascendente y la aorta descendente, provocan muy á menudo dolores intensos en forma de neuralgias. Estos accidentes pasan á menudo inadvertidos, ya que el dolor no representa un síndrome tan característico como la angina de pecho ó como una parálisis de las cuerdas vocales; con todo, se pueden encontrar en bastante número de casos algunos como signos precursores del aneurisma.

De una parte, he podido convencerme de que los trastornos neurálgicos son mucho más comunes que todos los otros síntomas de compresión de los órganos situados en el mediastino, y, de otra parte, he tenido ocasión de persuadirme de que, independientemente de las neuralgias descriptas hasta hoy por los autores—neuralgia cervico-braquial y neuralgia intercostal—hay otras cuya importancia clínica es considerable.

Así, por ejemplo, sobre 126 enfermos á quienes he podido estudiar con el mayor cuidado en estos once últimos años, he encontrado 29 veces síntomas de *neuralgia cervico-occipital* (en 21 casos estos signos iban asociados á otros trastornos de origen nervioso, en ocho casos aparecían aislados.) Es evidente, pues, que la neuralgia cervico-occipital constituye igualmente un signo importante de positivo valor clínico.

Todos los demás trastornos de origen nervioso, al igual que la neuralgia cervico-occipital, pueden existir durante un tiempo bastante prolongado en calidad sólo de signos reveladores del aneurisma. Es éste un hecho muy importante, cuyo interés reside, sobre todo, en las graves equivocaciones terapéuticas á que podría dar lugar. Por lo demás, yo me he hallado varias veces en presencia de esta eventualidad, y fácil me sería referiros algunos ejemplos.

Hay que convenir en que se hace en ocasiones muy difícil precisar la naturaleza del mal basándose en el solo signo neuralgia, pues, de una parte, ésta se encuentra en otras afecciones que nada tienen de común con el aneurisma aórtico y, de otra parte, á menudo no

presenta nada característico. ¡Cuántas veces, en efecto, esas neuralgias han sido atribuidas á supuestas neurosis, contra las cuales se procuraba luchar por los baños fríos, por la ducha fría, por las ascensiones de montañas y por la supraalimentación! Y lo que ocurría era que estos medios, en vez de mitigar el sufrimiento, aumentaban su intensidad y hasta apresuraban el fatal desenlace, como me ha sido dable observar varias veces.

De todo lo que acabo de exponer puede inferirse, primeramente, que la observación clínica nos suministra con frecuencia, al lado de los trastornos de origen nervioso perfectamente conocidos, otros síntomas de aneurisma torácico que no han sido aún señalados hasta hoy, tales, entre otros, como la neuralgia cervico-occipital, la cual puede constituir un signo de comienzo de grandísimo valor. En segundo lugar, estos hechos nos imponen la mayor prudencia en el tratamiento de las neuralgias, pues los medios terapéuticos puestos habitualmente en práctica contra la neuralgia esencial ó idiopática, en vez de curar la neuralgia determinada por el aneurisma, lo que hacen es activar sobre todo el desarrollo del tumor aneurismal y hasta pueden producir la muerte.

(*XII Congreso Int. de Med. de Moscou.*)

*
*

Excreción urinaria después de los accesos palúdicos.—*M. A. Mossé* (de Tolosa): Nuestras investigaciones, proseguidas durante algunos años, han demostrado la existencia de una poliuria insípida, aguda, consecutiva á los accesos intermitentes, legítimos. Con posterioridad á nosotros, esa misma poliuria ha sido comprobada por varios Médicos en Francia, y sobre todo en Italia (Picci.)

Presenta algunos de los caracteres de un síndrome crítico, pero se asemeja principalmente á las poliurias agudas observadas al principio de la convalecencia de las enfermedades infecciosas. Desaparece unas veces con bastante brusquedad y la cantidad de orina eliminada en veinticuatro horas se vuelve rápidamente normal; otras veces, por el contrario, la curva de la excreción decrece progresivamente, y hasta en ocasiones de una manera muy regular.

Nuestras investigaciones nos han mostrado que la poliuria aguda no coincide siempre con una azoturia proporcional, sino que existe cierto paralelismo entre las curvas de la excreción urinaria y uréica. La poliuria aguda malárica puede ir acompañada en ciertos casos de una azoturia progresivamente más acentuada que en la contigüidad inmediata del acceso. Se vé aumentar entonces simultáneamente la cantidad de orina y la cantidad de urea excretadas. Desde nuestras primeras publicaciones, nosotros hemos tenido la ocasión de observar que la azoturia proporcional es más frecuente de lo que habíamos creído en un principio.

Por último, en algunos casos puede producirse un verdadero despeño de urea, aun cuando el enfermo no haya recibido todavía una alimentación muy azoada.

La excreción del ácido úrico, en tres sujetos observados durante algún tiempo después de los accesos febriles, ha resultado sensiblemente aumentada en las veinticuatro horas. Proporcionalmente, el aumento de ese elemento aparecía mucho más acentuado que el de la urea.

Además, la curva de la excreción del ácido úrico y la de la excreción urinaria afectan un paralelismo más regular que el de las curvas de la excreción uréica y urinaria.

La excreción del ácido fosfórico total, disminuída en el momento del acceso, como Picci lo ha señalado ya, sufre durante los días siguientes un aumento á veces muy considerable. El gráfico que os presentamos pone de manifiesto un paralelismo muy visible de las curvas de la excreción urinaria, uréica y fosfórica durante la poliuria aguda. Pero la marcha del síndrome urológico no siempre es tan regular como en ese caso.

Nuestras últimas investigaciones sobre la eliminación de los cloruros confirman y completan lo que habíamos ya observado á este respecto. Disminuída de ordinario, aunque no siempre, en el momento de los paroxismos febriles, la excreción clorúrica aumenta con bastante rapidez después del acceso. Durante la poliuria, puede alcanzar aquélla cifras muy elevadas (30 á 40 gramos, y hasta en ocasiones 65 gramos en veinticuatro horas.)

Los cloruros son el elemento cuya excreción sufre habitualmente el aumento más considerable en el momento de la poliuria. La alimentación puede favorecer ese aumento, como de ello hemos podido convencernos experimentalmente en una de nuestras últimas observaciones; pero la influencia del régimen alimenticio, aunque sensible y muy positivo, es insuficiente para explicar esa hipercloruria, la cual puede producirse en otros casos independientemente de la alimentación.

Desde el punto de vista de la toxicidad urinaria, nuestras investigaciones no nos han dado resultados absolutamente acordes. Al igual que Brousse, que Roque, que Lemoine, hemos hallado á veces la toxicidad urinaria aumentada, y este aumento ha podido coincidir con la poliuria. Otras veces los resultados han sido menos tangibles, y hasta en ocasiones el coeficiente urotóxico ha sido inferior á la proporción normal. La razón de esta discordancia parece obedecer á dos causas: Primero, diferencia de resistencia individual á la intoxicación presentada por los diversos animales sobre los cuales se experimenta. Segundo, diferencia en la proporción de los diversos elementos tóxicos contenidos en las orinas, según los sujetos. Nosotros no apreciamos mas que la toxicidad total, en globo, de todos estos elementos tóxicos; pero como así lo ha hecho notar perfectamente el profesor Bouchard, su individualidad fisiológica se revela por el modo como actúan sobre los diversos aparatos del organismo intoxicado (pupila, glándulas salivales, riñón, sistema nervioso.)

Nosotros hemos observado varias veces, en el curso de estas

investigaciones experimentales, que los animales que orinan con frecuencia mientras se practica la inyección intravenosa, en tanto que las condiciones de la inyección se mantienen sensiblemente idénticas (temperatura, velocidad), pueden recibir impunemente en los vasos una cantidad de orina mucho más considerable que aquéllos en los cuales no se produce esa diuresis protectora.

(*XII Congreso Int. de Med. de Moscou.*)

* *

Perineorrafia durante el periodo puerperal.—*M. S. Kholmogorov* (de Moscou): Muchos Médicos y Profesores de partos estiman que el lapso de tiempo comprendido entre el segundo y el vigésimo día después del parto constituye un período desfavorable para suturar los desgarros del perineo. Sin embargo, la experiencia me ha mostrado que los desgarros perineales, cuando han sido suturados durante el puerperio, pueden cicatrizarse de un modo perfecto.

No hay, pues, necesidad, en los casos en que la reunión no ha sido hecha algunas horas después del parto, de esperar á practicar esta operación el fin del período puerperal, como tampoco hay ningún inconveniente — si una primera sutura del perineo no ha dado buen resultado — en aplicar inmediatamente una segunda, á no ser que existan contraindicaciones especiales que lo impidan.

Añadiré que la ablación de tejido granuloso con la cucharilla cortante y hasta las operaciones autoplásticas sobre el perineo, no ofrecen ninguna clase de peligro durante el período puerperal.

(*XII Congreso Int. de Med. de Moscou.*)

* *

Acercas de la diabetes sacarina.—*M. Pavy* (de Londres): La diabetes consiste esencialmente en un vicio de asimilación de los hidratos de carbono por el organismo animal.

En el diabético, el azúcar ingerido es eliminado con la orina lo mismo que una materia inútil. Los hidratos de carbono deben pasar necesariamente bajo la forma de azúcar por el sistema vascular, antes de ser excretados por la orina.

En un sujeto bien de salud, el modo de nutrición no ejerce ninguna influencia sobre la composición de la sangre y de la orina; pero si, por una causa cualquiera, el azúcar aparece en la circulación general, vuelve á encontrarse con toda seguridad en la orina.

El primer punto que hay que considerar para prevenir la glucosuria consiste, por consiguiente, en impedir la aparición del azúcar en la circulación general. A ésto es á lo que el organismo sano llega por un trabajo de asimilación, acompañado de transformación grasosa y de síntesis en un glucósido albuminoso.

La forma alimentaria (leve) de la diabetes es el resultado de un trabajo de asimilación defectuoso. El grado de la alteración varía según la gravedad del caso.

El tratamiento debe proponerse el restablecimiento de la fuerza asimiladora del organismo, restablecimiento que se lleva á cabo proporcionalmente á la cantidad de hidratos de carbono susceptible de ser ingerida sin ir seguida de excreción de azúcar por la orina.

Cuando es obtenido este resultado, el organismo exige una alimentación azucarada en la medida de lo que él puede utilizar, sin lo cual empieza á decaer.

El contingente de materiales azucarados debe estar necesariamente subordinado al grado de la fuerza de asimilación; en otros términos, no debe alcanzar nunca la cantidad susceptible de hacer aparecer azúcar en la orina.

M. Gerhardt (de Estrasburgo): Kausch ha demostrado que, después de la ablación del páncreas en las aves, raras son las veces que sobreviene glucosuria; en cambio la glucemia es más frecuente. Este hecho prueba la importancia del aumento del azúcar en la sangre. Pero en las aves diabéticas, la formación de glucosa es tan alterada como en los mamíferos. Es evidente que la formación de glucógeno presenta cierta conexión con la glucemia. La hipótesis de que en el caso de ictericia la formación de glucógeno sufre igualmente alteración, ha sido demostrada errónea por Reuss. En colaboración con Schlesinger, he estudiado la eliminación de las sustancias calcáreas en algunos diabéticos y hemos podido darnos cuenta de que existe un paralelismo completo entre la excreción calcárea y la excreción amoniaca. Estos dos fenómenos dependen de la formación anormal de ácidos.

M. L. Brehmer (de San Luis): Por mi parte, haré observar que en la sangre de los diabéticos existe una substancia de naturaleza probablemente tóxica, que se forma en los glóbulos rojos. Se demuestra el estado normal de estos últimos en la diabetes, echando mano de los procedimientos de coloración por medio de la anilina.

(*XII Congreso Int. de Med. de Moscou.*)

*
*
*

La erisipela de repetición y su tratamiento.—*M. N. Maldaresco* (de Bucarest): Los enfermos atacados de erisipela no adquieren una inmunidad definitiva, sino que pueden tener recidivas; el mismo sujeto presenta á veces siete ú ocho en un lapso de tiempo relativamente muy corto. Cuanto más grave ha sido la erisipela en su primer ataque, menos intensas son las primeras recidivas, y, por lo que respecta á las siguientes, van atenuándose cada vez más. Las últimas recidivas son completamente exentas de reacción febril y están constituidas únicamente por una ó varias placas erisipelatosas, con el dermis algo entumecida y dolorosa.

Donde se muestra más á menudo la erisipela de repetición es en la cabeza y en el rostro; estas recidivas son producidas siempre por la autoinfección.

Después de curado el primer ataque, los micrococos abundan en la superficie del dermis que ha sido afectada; se les encuentra en

cantidades considerables en las escamas epidérmicas. La mayor parte de estas escamas cargadas de micrococos se desprenden, pero siempre quedan restos en los surcos de la piel, en las paredes internas de los orificios de la cara, en la nariz, en los repliegues de las orejas y en el conducto auditivo, en los ángulos de los ojos, entre los pliegues del orificio bucal, debajo de las uñas. Son éstos otros tantos puntos donde los micrococos se encuentran como protegidos, y desde donde aguardan condiciones favorables para desarrollarse. En el caso particular, es una solución de continuidad de la epidermis, y el contacto directo de esos gérmenes con los líquidos activos de la economía lo que representa la condición indispensable para su multiplicación y, por ende, para la propagación de la enfermedad.

Si se observa con atención el comienzo de las recidivas de la erisipela médica, se observará invariablemente que las primeras placas erisipelatosas aparecen alrededor de uno de esos orificios ó surcos de la piel, en los cuales los gérmenes han sido conservados, y en que, por una coincidencia fácil de explicar, las erosiones son más frecuentes que en otras partes del cuerpo á causa de la finura del dermis en la contigüidad de las membranas mucosas. La nariz, el conducto auditivo, el ángulo interno de los ojos, son el sitio más frecuente de esas manifestaciones de comienzo.

En cambio, las superficies dérmicas extensas y no anfractuosas son más fácilmente libradas de las escamas, conteniendo gérmenes por medio de lavados, baños, etc. De ahí que las recidivas comienzan más raramente por estas regiones.

Para evitar que la erisipela se reproduzca, se impone la desinfección más completa del enfermo después de la curación, siendo este tratamiento secundario de tanta necesidad como el que ha servido para combatir la propia afección. Durante la convalecencia, se prescribirán varios baños, seguidos de lociones generales con la solución de van Swieten. Al mismo tiempo, para desinfectar las regiones anfractuosas y destruir completamente todos los gérmenes ocultos é inaccesibles á los lavados y á los baños, yo prescribo inyecciones repetidas en las orejas, en la nariz, en el ángulo de los párpados, con la solución de van Swieten, en cada litro, de la cual se agregan cinco gramos de ácido tártrico. Las inyecciones intranasales pueden ser hechas con partes iguales de agua esterilizada y de sublimado á 1 ‰.

Bajo la influencia de estos medios, he llegado á suprimir definitivamente las recidivas erisipelatosas, y ésto lo mismo en el hospital que en mi clientela privada.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

Valor terapéutico de las inyecciones subconjuntivales.—
M. Raymond (de Turín): Donders había ya observado que bajo la influencia de inyecciones subconjuntivales producíase una impregnación de la córnea, la cual aumentaba de espesor. Rothmund, par-

tiendo de este hecho, trató por medio de inyecciones subconjuntivales de agua salada antiguos leucomas, consecuencia de queratitis parenquimatosa. Con posterioridad, muchas tentativas han sido hechas por Seccodé, Gallenga, Darier, etc. Esas inyecciones provocan una leucocitosis abundante; pero no consiste en ésto sólo su acción, sino que probablemente existe penetración del mercurio en los espacios intraoculares, ora en estado de albuminato, ora en otra forma, y por mi parte creo que dichas inyecciones están indicadas sobre todo en los accidentes infecciosos del ojo y en las úlceras de la córnea, debiendo hacer constar, empero, que nunca he empleado las inyecciones solas, sino que las he combinado siempre con los tratamientos clásicos. Así, dejaré á Darier el cuidado de explicar las indicaciones clínicas, de las cuales tiene larga experiencia.

M. A. Darier: Las inyecciones subconjuntivales constituyen una de las aplicaciones más atrevidas y afortunadas de las ideas patogénicas modernas. Era cuestión, en realidad, de hacer comprender toda su importancia y de hacerlas entrar en la práctica corriente. Hoy día es cosa hecha. Las inyecciones de sublimado ó de cianuro de mercurio tienen un poder aséptico y resolutivo sumamente acentuado. En las infecciones oculares graves ú operatorias, esas inyecciones constituyen el mejor y más seguro de los tratamientos. En las úlceras infecciosas de la córnea, el galvanocauterio, asociado á las inyecciones subconjuntivales, permite obtener una curación rápida con un minimum de opacidad. En los comienzos de una coroiditis macular, algunas inyecciones subconjuntivales de sublimado pueden reanudar una visión central perfecta. El efecto puede ser tan pronto y tan radical, que la duda no es posible para el observador clínico.

M. Alonso (de Méjico): He recogido 50 observaciones. En 35 casos de queratitis, el éxito ha sido completo; en las pérdidas de substancia de la córnea, la cicatrización fué muy rápida. En las irido-coroiditis y en las coroiditis, los efectos fueron poco marcados.

M. Pflüger: Desde hace seis ó siete años vengo practicando las inyecciones subconjuntivales, y me atengo á lo que dige ya en 1891. Casi siempre combino la paracentesis de la cámara anterior con las inyecciones subconjuntivales de tricloruro de yodo á $\frac{1}{2000}$. En las afecciones profundas del ojo es, sobre todo, donde he obtenido mejores resultados. He visto coroiditis centrales curar de una manera completa merced á este tratamiento. También he obtenido excelentes éxitos en muchas irido-coroiditis con alteración del cuerpo vítreo. Tumores del iris, de naturaleza indecisa, han desaparecido después de tres ó cuatro inyecciones. Reservo las inyecciones de sublimado para las oftalmías simpáticas.

En el desprendimiento retiniano, la tensión resulta siempre aumentada por las inyecciones subconjuntivales. En la miopía progresiva, por las inyecciones combinadas con las punciones de la cámara anterior he obtenido una disminución de la miopía y una notable mejora de la visión.

M. Kuhnt: Yo he practicado un número bastante considerable de inyecciones subconjuntivales; pero donde he podido convencerme de la poderosa eficacia de esta terapéutica, es en un caso de infección post-operatoria, en que el ojo parecía hallarse muy comprometido; en ese caso obtuve una curación tan completa como rápida.

M. Hirschberg: Yo cuento también con un caso personal, idéntico al que acaba de relatar Kuhnt.

M. Fukala (de Viena): Por mi parte he llevado á cabo gran número de inyecciones subconjuntivales, y siempre he tenido que felicitarme de los efectos obtenidos con este medio terapéutico.

M. Malkovic: Las inyecciones subconjuntivales me han dado brillantes resultados en el pannus tracomatoso sin úlcera de la córnea.

M. Reymond: Reconozco que en las úlceras infecciosas de la córnea es bueno combinar el galvanocauterio con las inyecciones subconjuntivales.

M. A. Darier: Para llevar la convicción al ánimo, es necesario uno de esos casos evidentes á que acaban de referirse Kuhnt é Hirschberg. Resulta de la discusión, que cada uno ha observado casos pertenecientes á un orden diferente de enfermedades oculares. Yo los he observado en todas las afecciones que podían suponerse de origen infeccioso, y de ahí las indicaciones diversas que antes he enumerado.

En la actualidad empleo una solución de 0 gr. 20 centígramos de cianuro de mercurio en 500 gramos de agua destilada, conteniendo 10 gramos de cloruro de sodio. Inyecto la cuarta parte, la mitad ó la totalidad de una jeringa de Pravaz, lejos de la córnea.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

* * *

Relaciones de la dispepsia nerviosa con los trastornos nerviosos en general.—*M. Rosenheim* (de Berlín): La dispepsia nerviosa debe ser considerada como un síndrome clínico independiente. Por mi parte, yo la considero como una neurosis de la sensibilidad, que se distingue de las otras formas en que vá acompañada de trastornos de la digestión y de gastralgia.

Las funciones motrices y secretoras del estómago resultan perturbadas en la dispepsia nerviosa: ausencia de acidez del jugo gástrico, secreción más ó menos considerable, algunas veces hasta hipersecreción gástrica, contracciones exageradas ó atonía del estómago, todos estos síntomas se encuentran aquí con bastante frecuencia. Estos fenómenos varían á menudo en el mismo enfermo, y ésto constituye en realidad un hecho importante. Si las funciones estomacales se hacen mal durante largo tiempo, hay que sospechar una afección distinta de la dispepsia nerviosa. En el terreno nervioso es donde puede reconocerse si se trata de una gastritis ó de una anomalía mecánica. La dispepsia nerviosa no es tan frecuente como por lo general se supone. Hay que guardarse de confundirla

con las manifestaciones dispépticas que se observan en las personas nerviosas.

La dispepsia nerviosa se parece en la gran mayoría de los casos, aparte de otros síntomas nerviosos más ó menos acentuados, á la neurastenia, mas raras veces al histerismo. No puede afirmarse que la dispepsia nerviosa represente únicamente una manifestación parcial de la neurastenia; muy á menudo los otros trastornos nerviosos son de origen gástrico, y desaparecen cuando se mejora el estado del estómago.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

Myofibrosis cordis.—*M. Dehio* (de Dorpat-Youriev): Designo con este nombre una alteración de la pared muscular del corazón, que consiste en una proliferación hiperplásica del tejido conjuntivo intersticial.

Hay que distinguir la miofibrosis cardiaca de la degeneración fibrosa del corazón, provocada por la esclerosis de las arterias coronarias, así como de la miocarditis difusa que sobreviene á seguida de una enfermedad infecciosa aguda.

La miocarditis no constituye el proceso primitivo, sino que es debida su aparición á una serie de afecciones crónicas del corazón, á saber: las lesiones valvulares crónicas, la hipertrofia y la dilatación idiopáticas, las afecciones del ventrículo izquierdo en los nefríticos y las del ventrículo derecho en los enfisematosos.

Todas estas enfermedades van seguidas en el período de asistolia de una dilatación de tal ó cual cavidad del corazón, siendo la pared más expuesta á esa dilatación el punto donde se desarrolla principalmente el proceso miofibroso; de donde se sigue que la miofibrosis radica sobre todo en las aurículas.

Basándonos en estas nociones, llegamos á inferir que la causa primera de la miofibrosis consiste en una dilatación mecánica prolongada de la musculatura del corazón, la cual se ha vuelto insuficiente.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

Determinación de la posición del estómago mediante la inspección del abdomen.—*M. J. Bendersky* (de Kiew): He observado un nuevo signo que puede facilitar la determinación de la posición del estómago: este signo depende del porte del vestido. Los cordones que sostienen las prendas de vestir se colocan habitualmente en el espacio comprendido entre el estómago y el colon transversal. Si la posición del estómago se halla muy modificada, si hay una gastroptosis, los cordones no pueden seguir la curvatura mayor, que desciende algunas veces harto hacia abajo; colócanse entonces por encima, lo cual tiende á aumentar la ptosis, y muchos síntomas graves que acompañan á la gastroptosis dependen especialmente de esta presión. Inspeccionando el abdomen de las mujeres, véanse sobre la piel muchas rayas *verticales ó curvas*, que provienen de la

presión del corsé, y á menudo una raya *horizontal* producida por los cordones de las enaguas ó sayas interiores. Si se encuentra debajo de esa raya un órgano que pueda corresponder al estómago, es que se trata de una gastroptosis; si no la hubiese, esa raya corresponde al límite inferior del estómago. Lo mismo se nota, aunque, como es natural, con muchísima menos frecuencia, en los hombres que usan un cinturón estrecho en vez de tirantes elásticos.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

* *

Los vómitos incoercibles del embarazo y su tratamiento por medio de la palpación prolongada.—*M. J. Geoffroy* (de París): Aplicando el método de la palpación prolongada del tubo digestivo al examen de las mujeres en cinta, atacadas de vómitos incoercibles, he llegado á darme cuenta de que estos vómitos son debidos á una contractura refleja del píloro y del duodeno, pero más particularmente del ángulo ilio-pelviano del colon.

Como la contractura del píloro y del duodeno es de suyo secundaria, y resulta de la del ángulo ilio-pelviano del colon, de ahí que convenga dirigir todos los esfuerzos sobre este último punto.

La palpación prolongada, que permite reconocer ese estado de hiperestesia y de contractura, constituye asimismo su tratamiento; su acción es segura y rápida. En una, dos ó tres sesiones muy cortas, calma la hiperestesia y hace cesar la contractura. La desaparición de tales fenómenos acarrea la de los vómitos de que eran causa, y la curación se produce de este modo rápidamente.

(XII Congreso Int. de Med. de Moscou.)

FÓRMULAS

341

Tintura de digital.....	1 gramo.
Antipirina.....	2 »
Elixir paregórico.....	4 »
Jarabe de Tolú.....	60 »

M.—Para tomar media cucharada pequeña tres veces al día.

En la **coqueluche**.

(*M. Koplik.*)

* *
342

Extracto de belladona..	} á á 1 gramo.
Idem de extramonio..	
Alcanfor.....	} á á 5 centigramos.
Opio.....	

M.—Háganse píldoras de 10 centigramos, para tomar dos ó tres por día.

En la **epilepsia**.

(*Leuret.*)

SECCION PROFESIONAL

DESTINOS.

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

1.º Todos los Jefes, Oficiales y asimilados que, destinados al distrito de Filipinas, se encuentran en expectación de embarco, enfermos ó heridos, sujetos á la regla segunda de la Real Orden Circular de 21 de Mayo de 1896 (C. L. núm. 126), á los arts. 1.º, 2.º, 5.º y 6.º de la Real Orden de 27 de Julio (C. L. núm. 179), 1.º, 2.º, 3.º, 16, 17 y 19 de la de 11 de Mayo último (C. L. núm. 152), causarán desde luego alta definitiva en la Península, asignándoles los Capitanes Generales respectivos la colocación prevenida en la de 6 de Noviembre de 1897 (C. L. núm. 303.)

2.º Por los Cuerpos, regimientos y depósitos de Reserva, ó dependencias á que fueren agregados, se les reclamará el sueldo que por su situación les corresponda, entendiéndose que únicamente los enfermos en los seis primeros meses de su licencia, y los heridos durante el plazo que para éstos se halla señalado, percibirán sueldo entero.

3.º Los Médicos, Farmacéuticos y Capellanes provisionales serán baja definitiva en el ejército, y los que se hallen disfrutando licencia por enfermo la causarán al terminarla.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 27 de Diciembre de 1898.—Correa.—Sr....»

Publicaciones recibidas, cuya remisión agradecemos á sus autores ó editores:

La teoría de la infección en la caries de los dientes, por *José Boniquet*. Memoria leída en el Congreso de Higiene de Madrid.—Barcelona. 1898.

Informes rendidos por los Inspectores sanitarios de cuartel y por los de los distritos al Consejo superior de Salubridad.—México. 1898.

Tratamiento de la úlcera péptica en plena actividad por el reposo absoluto de la función gástrica, mitigado por la alimentación rectal, por el *Dr. D. Nicolás Rodríguez y Abaytúa*.—Madrid. 1898. (Dos ejemplares.)

Apoplejía cerebral, por *José Codina Castellvi*.—Obra premiada por la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar.—Barcelona. 1899. (Dos ejemplares.)

Indicaciones de la trepanación en los traumatismos del cráneo; discurso leído por el *Dr. D. Isidoro de Miguel y Viguri* en su recepción en la Real Academia de Medicina, y contestación al mismo por el Académico *D. José Ribera y Sanz*.—Madrid. 1898.

Boletín clínico de la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar.—Publicación mensual.—Barcelona. 1898.