

## XIII CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

**Patogenia de la gota.**—1. La gota es una enfermedad más ó menos crónica, cuyo substratum fundamental consiste en una disposición hereditaria casi siempre innata. A esta disposición se le da el nombre de *diátesis de ácido úrico*.

2. En cuanto á la causa íntima de la diátesis úrica, sólo pueden establecerse hipótesis. Las estrechas relaciones que existen entre las nucleinas y el ácido úrico, hacen suponer que se trata de un estado anormal de los núcleos celulares ó del protoplasma del individuo enfermo. La disposición individual puede seguirse á través de generaciones enteras y siempre tiene gran importancia en esta diátesis.

3. Parece que hay circunstancias diversas que pueden contribuir al desarrollo de la diátesis del ácido úrico y á su transformación en gota positiva.

Entre estas circunstancias pueden mencionarse las siguientes:

*a.* La gota se desarrolla de ordinario, tanto más pronto y con más intensidad, cuanto la diátesis del ácido úrico es más pronunciada; hay hábitos que secundan el desarrollo de la gota, como la pereza, la exuberancia de la vida y el abuso del alcohol, y á estas circunstancias pueden atribuirse las variaciones temporales de esta enfermedad. *b.* Ciertas intoxicaciones agudas y crónicas, en presencia de la diátesis del ácido úrico, favorecen el desarrollo de la gota. Los venenos bacilares tienen en este caso una gran importancia; recuérdense las relaciones de la gota con el reumatismo, la sífilis y la intoxicación saturnina; la grippe también parece que acelera la aparición de la gota. *c.* El contagio, que fué considerado como un factor de primer orden por el célebre Boërhavé, parece que no tiene ninguna importancia. *d.* Los climas tampoco influyen en la gota.

4. El ácido úrico parece ser el veneno (la *materia peccans*) de la

gota. Aún no está decidido si otros productos del organismo ejercen alguna influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Es probable que dependa solamente del ácido úrico formado á expensas de las substancias nucleínicas del cuerpo humano, y no del ácido úrico producto de las nucleínas de los elementos. No está probado que en la gota el ácido úrico se forme en exceso, y aunque ésto es muy probable, no lo considero de absoluta necesidad. La historia de la leucemia nos enseña que la gota no es el resultado de un aumento en la producción del ácido úrico (estimada por la cantidad de ácido úrico que elimina la orina), porque en algunos casos de leucemia la secreción de ácido úrico llega á un grado tal como jamás se ve en la gota.

5. El ácido úrico es un veneno químico, pero no séptico. La influencia de este veneno no es igual sobre las diferentes especies animales, y sobre los animales de la misma especie pero de edad distinta. Cambios inflamatorios y necrosantes de los tejidos son la consecuencia necesaria de la presencia de ácido úrico, que al fin provoca una necrosis total. Cuando los tejidos están completamente muertos, pero no antes, el ácido se deposita en ellos bajo la forma de urato ácido de sosa cristalizado. Tollens cree que el ácido úrico circula en la sangre y en los humores alcalinos del cuerpo humano bajo esta forma, y no como ha supuesto Roberts, como tetraurato de sosa. Puede admitirse sin vacilación que el urato ácido de sosa cristalizado se deposita en los tejidos mortificados, ya por el ácido úrico, ya por otro veneno.

6. Para comprender la patogenia de los diferentes síntomas de la gota, debe suponerse: Primero. Una gota articular primitiva. Segundo. Una gota renal primitiva. La primera es la forma más común y permite á los enfermos alcanzar una edad avanzada. La gota articular primitiva se desarrolla bajo la influencia de una retención localizada del ácido úrico, y por ésto no ataca más que una sola ó algunas partes del cuerpo humano. En la gota primitiva renal se trata desde el principio de una retención generalizada del ácido úrico que, por consiguiente, comprende todas las partes del cuerpo, y es hija, casi siempre, de una alteración primitiva y material de los riñones.

*W. Ebstein.*  
(*De Göttingen.*)

**Edema agudo del pulmón.**—1. Existe en la clínica un *síndrome morbosos especial*, que puede llamarse justificadamente *edema agudo* ó apoplejía serosa del pulmón.

2. Este síndrome debe ser claramente *distinguido* en medio de las diferentes modalidades del edema pulmonar, cuya evolución es ordinariamente lenta, crónica y de un origen mecánico ó pasivo. El edema agudo, por su aparición brusca y su *carácter fluxionario*, independiente de todo proceso inflamatorio, acusa una personalidad propia y un origen especial.

Claramente sospechado por Laënnec, indicado con más precisión por Andral (1837), que lo compara al edema de la glotis; descrito con detalles por Legendre, que señaló su frecuencia en la escarlatina (1846); estudiado cuidadosamente por el Médico de Lyon, Be-vay, hicieron de él una descripción clásica Behier y Hardy (1855). Pero la entidad clínica no tardó en desaparecer de las descripciones nosológicas y cayó en el olvido.

Recordado en 1877 por Bernheim, por Jaccoud (1879), Frenzel (1889), Bouveret (1890), la historia del edema agudo del pulmón ha entrado desde hace diez años en una fase nueva, considerada particularmente bajo el *punto de vista patogénico y experimental* con las investigaciones de Welch Læwit, von Basch, y, sobre todo, de sus alumnos Grossmann y Winckler.

Algunos trabajos sintéticos recomendables han sido publicados en Alemania por Hertz y por Epinger (1887-1898), y en Francia por Fouineau (1898).

4. El síndrome clínico, *considerado aisladamente*, no da lugar á duda con *sus sensaciones premonitorias* de cosquilleo en la garganta, ó de tensión dolorosa intra-torácica, su *disnea violenta* acompañada de tos espasmódica y continua, pronto seguida de una expectoración espumosa y rosada, verdadero exudado bronquial del suero sanguíneo (La Harpe), con multitud de estertores finos que la auscultación deja percibir en toda la región edematizada. Sólo se presta todavía á discusión la causa provocadora y directa del acceso y *el mecanismo íntimo* de la crisis.

5. Teniendo en cuenta los hechos clínicos publicados y mis observaciones personales, puede establecerse que el edema agudo del pulmón, es decir, el edema primitivo ó fluxionario, necesita para producirse un terreno especial: *infección ó intoxicación previa*. Entre las infecciones, ocupan el primer lugar: el reumatismo articu-

lar agudo, la gripe, la puerperalidad, la fiebre tifoidea y la pulmonía; entre las intoxicaciones, el mal de Bright, y, con menos frecuencia, el alcoholismo. La influencia preponderante de las infecciones y de las intoxicaciones está probada por las experiencias relativas á la producción del edema pulmonar artificial, con la muscarina, el ácido prúsico, el salicilato de metilo, el nitrito de amilo y hasta con una simple inyección de agua salada.

6. Tienen también importancia, como causas predisponentes, las *alteraciones del corazón*; sin embargo, debemos hacer presente que, para que ejerzan una acción decisiva, estas lesiones deben interesar las *zonas de distribución de los plexos ó de los ganglios nerviosos*; es decir, la base del corazón, la región de las coronarias y el ventrículo izquierdo.

7. En un terreno así preparado por la infección, ó en un sujeto afectado previamente de *lesiones cardíacas en sitio determinado*, se producirá el ataque de edema agudo pulmonar, ya por un enfriamiento brusco, por un exceso de fatiga ó por una emoción violenta que haya determinado *un calambre ó un desfallecimiento del corazón*.

Bajo esta influencia se produce un aumento rápido de presión en el dominio de las venas pulmonares, las alteraciones previas de la sangre facilitan la trasudación serosa, y las perturbaciones vasomotoras concomitantes favorecen el éxtasis, realizándose así la fluxión edematosa.

Como la nefritis intersticial presenta en sumo grado estas diferentes condiciones patogénicas, no es extraño que realice tan á menudo, á título de epifenómeno, el síndrome del edema pulmonar agudo.

Del simple análisis de estos hechos puede establecerse la necesaria intervención de un *triple factor etiológico*: alteraciones mecánicas, acciones vaso-motoras y fenómenos toxi-infecciosos previos. *La experimentación viene á confirmar por completo esta teoría*.

8. Las experiencias que hemos realizado en el laboratorio de nuestro colega el Profesor Arloing, con el concurso del Doctor Guinard, nos permiten establecer las deducciones siguientes: *a. Las alteraciones mecánicas pasajeras, solas, por violentas que sean, son insuficientes para provocar el edema pulmonar. b. La compresión de la aorta anterior en el perro, y aun de la aorta total, es incapaz de producir el edema pulmonar, hecho conforme con las an-*

tiguas experiencias de Cohnheim (ligadura de todas las venas pulmonares). *c.* En este procedimiento *se puede triplicar la presión en la arteria pulmonar sin provocar los fenómenos del edema*; en este punto poseemos trazados completamente demostrativos. *d.* Una lesión nerviosa concomitante (sección del pneumogástrico con excitación del extremo central), favorece la producción del edema; pero éste es siempre ligero y muchas veces inconstante. Además, la lesión nerviosa sola es incapaz de realizarlo, y hay que añadirle las perturbaciones mecánicas. *e.* *Por el contrario, el edema se produce fácilmente si se hace intervenir una intoxicación previa*; con el salicilato de metilo, por ejemplo. A este agente hemos recurrido para producir el edema experimental, porque nos fué imposible procurarnos la muscarina.

9. Este concepto, basado sobre el origen mixto del edema pulmonar y la influencia concomitante y necesaria de tres factores previamente asociados, infección, intervención nerviosa y alteraciones mecánicas, constituye la síntesis de las interpretaciones propuestas para la explicación del fenómeno.

En todos los casos es fácil comprobar *esa triple influencia etiológica*, ya se trate del reumatismo articular agudo ó de la grippe, del mal de Bright ó de esa categoría especial de edema agudo del pulmón, á la que debe reservarse el nombre de *edema agudo reflejo*, que Falck ha observado en los alcohólicos después de la ingestión brusca de cerveza ó de bebidas heladas, que nosotros hemos encontrado en el curso de la pleuresía purulenta, y que una simple punción ha bastado para hacerlo desaparecer.

El edema agudo consecutivo á la toracentesis puede recibir una interpretación análoga.

10. Las diferencias que separan á los experimentadores alemanes, relativas á *las modificaciones de la presión intracardiaca* en la infiltración edematosa del pulmón en el estado agudo, creemos que deben resolverse en el sentido de que la presión baja en las arterias periféricas, aumenta en la aurícula derecha y, sobre todo, en la arteria pulmonar.

Este hecho parece comprobado por la observación clínica constante, puesto que una amplia insuficiencia tricúspide se opone á la aparición del edema agudo. Sahli ha formulado esta aserción, y nosotros la hemos observado también repetidas veces.

11. El edema agudo del pulmón no sólo se distingue del edema pasivo y crónico, bajo el punto de vista etiológico, patogénico y

sintomático, sino que estas dos modalidades del edema pulmonar tienen un pronóstico diferente, porque el agudo tiene una extrema gravedad y es susceptible de acarrear en pocas horas la muerte del enfermo.

Ciertos ataques de edema agudo son de menos gravedad; unos se extinguen espontáneamente, otros desaparecen ante una fluxión visceral de orden distinto, por ejemplo, un ataque de pericarditis, y ceden por supresión de la causa provocadora. En general, puede decirse que la gravedad de una crisis de edema pulmonar agudo está subordinada al grado de permeabilidad del riñón.

Cuando la crisis debe terminar fatalmente se acentúan los trastornos de la circulación periférica, la presión arterial se abate cada vez más, el pulso se hace pequeño y acelerado, las irregularidades se multiplican, aparece la cianosis y el corazón se detiene en sístole; *el ventrículo izquierdo se presenta tetanizado.*

12. Las lesiones especiales del parénquima pulmonar han sido estudiadas minuciosamente por Basch en el curso de sus investigaciones sobre la rigidez pulmonar, y, más particularmente, por J. Renaut, bajo el punto de vista histológico.

13. El mecanismo íntimo del edema pulmonar agudo, incierto en algunos puntos, no permite todavía una terapéutica exclusivamente patogénica.

a. La experiencia demuestra *la utilidad incontestable de la sangría.* Los buenos efectos de una amplia decompresión venosa están justificados por la clínica. La sangría obra también substrayendo á la circulación cierta cantidad de substancias tóxicas, y disminuyendo la tensión en las cavidades derechas favorece la circulación pulmonar y facilita la contracción de las cavidades izquierdas.

b. La *revulsión* sobre los troncos nerviosos y el plexo cardíaco es tradicional, porque interviene ordinariamente y de un modo directo ó por acción refleja en la producción de las alteraciones vaso-motoras que provocan el edema.

c. La *atropina*, con la que se había contado por sus propiedades opuestas á la muscarina, sólo ha dado resultados nulos ó infieles.

d. *El nitrato de amilo oxicarbonado*, seriamente estudiado por Winckler, y que parece desprovisto de los inconvenientes del nitrato de amilo, puede utilizarse, con algunas probabilidades de éxito, teniendo en cuenta sus propiedades vaso-dilatadoras y su influencia marcada sobre la energía contráctil del corazón.

e. *El ácido carbónico*, administrado por la vía rectal, nos ha dado buenos resultados en casos graves, asociado á la revulsión y á las aplicaciones de ventosas escarificadas, asegurando quizás una ventilación pulmonar más amplia y calmando la disnea.

f. La *morfina* parece ser un medicamento peligroso y que debe abandonarse.

g. Por último, en los casos desesperados se ha recomendado la punción de la aurícula derecha (Wervroock y Dana) y la traqueotomía con aspiración del líquido que obstruye los grandes bronquios (Sahli). No estamos en estado de apreciar el valor de estos diferentes procedimientos.

M. Feissier.

---

## Prensa y Sociedades médicas

---

**Seroterapia de la fiebre tifoidea.**—*M. Chantemesse*: La toxina tífica soluble, cuyo descubrimiento y modo de prepararla dí á conocer al Congreso Internacional de Higiene y Demografía celebrado en Madrid, me ha permitido obtener un suero antitifoideo, dotado de propiedades no solamente preventivas, sino también antitóxicas y antiinfecciosas.

Para apreciar el valor curativo de este suero, importa ante todo tener presente que la dotientería ofrece una mortalidad más elevada de lo que generalmente se cree; según los datos que yo he recogido en diversos hospitales parisienses, esta afección acarrea la muerte en 29 por 100 de los casos en el adulto, en 10 por 100 de los casos en el niño, aproximadamente; las cifras suministradas por el *Boletín de estadística municipal de la ciudad de París*, ponen de manifiesto, por otra parte, que la mortalidad total por fiebre tifoidea ha sido de 18'5 por 100 para los años 1899 y 1900.

He tratado por medio de la seroterapia 100 casos de dotientería, de los cuales 29 en mi servicio del Bastión número 29, y los otros, ora en diferentes servicios hospitalarios, ora en la clientela privada. Todos los enfermos inyectados antes del décimo día han curado; 6 han sucumbido: 3 á una perforación intestinal seguida de peritonitis, 2 porque fueron inyectados harto tarde (á los veintiuno y veinticinco días), cuando tenían hipertermia y un pulso á 140, y finalmente 1 de resultas de una escara gangrenosa del sacro; he

perdido además 2 pacientes, que han sido inyectados en condiciones absolutamente desesperadas.

En los trazados que os presento, podéis ver cuán rápidas son la defervescencia y la remisión del pulso cuando se trata de sujetos jóvenes y vigorosos, atacados de dotienertería grave, pero sin complicaciones, y tratados desde el comienzo.

Cuando el suero no interviene hasta el octavo día, obsérvase á menudo un paro que hace esperar la curación, pero esta mejoría no continúa; la infección reanuda su marcha y se hace necesaria una nueva inyección, que no atajará bruscamente la enfermedad, pero que la irá haciendo desaparecer poco á poco. Por lo demás, este término de ocho días no tiene nada de absoluto; todo depende del poder de la infección comparado con el del organismo; así, por ejemplo, una fiebre tifoidea que no presenta una marcha muy grave, podrá ser detenida en algunos días, aun cuando la intervención no se efectúe hasta el octavo, noveno y aun el duodécimo día.

Pueden observarse recaídas después del empleo de la seroterapia; el organismo no ha vencido la infección sino gracias al apoyo momentáneo del suero; una vez eliminado este último, la enfermedad vuelve á ejercer su predominio; de ahí que sea necesario apelar á una segunda inyección en cuanto se dibuje el comienzo de una recaída.

Bajo la influencia de esta medicación, la duración de la fiebre tifoidea resulta notablemente disminuída, el estado general se mejora, la diarrea queda suprimida en tres ó cuatro días, la fiebre remite al mismo tiempo que el pulso se modera y que la presión sanguínea aumenta considerablemente (hasta el punto de que inyecciones de agua salada ó de cafeína podrían ser peligrosas); la secreción urinaria aparece activada, de tal suerte que hay á menudo una poliuria de 3, 4 litros y hasta más. El suero por sí solo no produce nunca albuminuria, y aun con frecuencia hace desaparecer las pequeñas cantidades de albúmina (0 gr. 75 centigr. á 0 gr. 80 centigramos) existentes en las orinas; finalmente, la inyección serotérica determina una hiperleucocitosis manifiesta, con reaparición de los eosinófilos.

En lo que concierne á la temperatura, el suero produce, en los casos leves, una reacción febril de corta duración, y á no tardar el termómetro vuelve á descender más abajo de su nivel primitivo; pero cuando la infección es grave, la reacción es mucho más violenta, y cabe combatirla enérgicamente por medio de los baños fríos.

Las complicaciones son raras en los enfermos tratados por medio de la seroterapia; sobre 100 casos, he observado tres veces perforaciones intestinales que acarrearón la muerte y una vez una neumonía, en un sujeto hiperpirético, que también sucumbió; las otras complicaciones que he visto sobrevenir (dos hemorragias intestinales, una otitis media, dos flebitis de la safena), no impidieron la curación.

Las inyecciones, que no son ni dolorosas ni irritantes, deben de ser hechas debajo de la piel del antebrazo, donde la reabsorción es más rápida que en el abdomen; sólo dos veces sobre mis 100 casos llegó á producirse un ligero eritema, aun cuando ciertos enfermos habfan recibido 25 ó 30 cc. de suero en varias veces. La mejor dosis para la primera inyección es de 12 á 14 cc.; si al cabo de unos diez días la apirexia no es completa, hay que inyectar de nuevo 4 ó 5 cc. cuando la fiebre es mínima, 10 cc. cuando es intensa; la primera dosis puede ser disminuída á 10 cc. en los casos en que se puede intervenir desde los primeros momentos, ó al contrario cuando la intoxicación es antigua ó profunda y se teme una reacción harto viva.

Aparte del suero, dos medios me parecen importantes para asegurar el éxito: el baño frío, que de por sí no tiene una acción suspensiva sobre la afección, pero ayuda al paciente á soportarla, y una alimentación copiosa en agua de bebida, bajo forma de tisanas, de limonada, etc.

*M. Faisans:* Si bien el suero preconizado por el Dr. Chantemesse constituye un remedio verdaderamente específico de la fiebre tifoidea, no cabe, á mi juicio, compararlo con las medicaciones puramente sintomáticas de esta afección, los baños fríos, por ejemplo. Desearía, por otra parte, saber si el Dr. Chantemesse ha tenido la ocasión de aplicar su tratamiento en los primeros momentos de la fiebre tifoidea, y, en este caso, cuáles han sido los resultados.

*M. Chantemesse:* Para establecer el valor de la seroterapia en materia de fiebre tifoidea, era preciso que yo comparase sus resultados con los obtenidos con los otros medios de tratamiento; si he escogido los baños fríos, es porque se trata del método más generalizado en los hospitales de París. Cuanto á la época de la fiebre tifoidea, en la cual yo practiqué mis inyecciones, ha sido necesariamente muy variable; he tenido siempre el cuidado de acercarme lo más posible al comienzo de la afección: 2 enfermos que fueron inyectados respectivamente el sexto y séptimo día, fueron curados en tres días. De una manera general puedo afirmar que la acción del suero es tanto más acentuada cuanto más precoz ha sido la inyección.

*M. Le Gendre:* Entre los casos de fiebre tifoidea que han sido tratados en mi servicio, hay dos que me han llamado particularmente la atención: el primero es el de una mujer, sumida en un estado de adinamia profunda, en quien todo hacía presagiar una forma grave; inyectada el sexto día, volvióse apirética al cabo de tres días. El segundo caso concierne á un hombre atacado de tuberculosis pulmonar en evolución, que había rechazado formalmente el tratamiento por los baños fríos; las inyecciones de suero hicieron desaparecer la fiebre en breve plazo, pero la tuberculosis continuó evolucionando.

Otros dos casos, igualmente desfavorables, fueron seguidos de una curación rápida.

*M. Merklen:* Un solo punto me parece exigir algunas reservas en la comunicación del Dr. Chantemesse, y es que la mayor parte de sus enfermos fueron sometidos simultáneamente á varias medicaciones (inyecciones de suero, baños fríos, bebidas profusas, etc.); se hace, pues, difícil saber la parte exacta que corresponde al suero en los resultados obtenidos.

*M. Chantemesse:* Esta objeción se halla perfectamente fundada; pero como yo experimentaba un nuevo modo de tratamiento, no he creído deber privar á los enfermos de las otras medicaciones, ya conocidas por sus ventajas. Por lo demás, como ya he tenido el cuidado de hacerlo notar, los baños fríos me han parecido siempre un coadyuvante precioso de la seroterapia. No me creo autorizado para afirmar hoy la superioridad de este último método, porque sería necesario apoyar esta afirmación en muchos centenares de observaciones, cosa que es imposible en este momento; sin embargo, su eficacia me parece desprenderse de la comparación de las cifras de la mortalidad en los enfermos tratados únicamente por los baños fríos y en los que han sido sometidos, además, á las inyecciones de suero.

(Soc. Méd. de los Hosp. de Paris).

\* \*

**El hontín.**—Este medicamento, que el Dr. Gaudin ha experimentado durante muchos meses, merece ser conocido de los prácticos. Es un tanato de albúmina queratinizado y reducido á polvo, de efectos terapéuticos muy marcados, porque es un buen astringente intestinal.

Gracias á una composición química estable llega al intestino sin haber sufrido alteración en el estómago, sólo es soluble en el medio alcalino del intestino y disminuye considerablemente las secreciones intestinales.

Existen hoy muchas combinaciones á base de tanino, como el tanígeno, el tanocol, el tanofromo y la tanalbina; el hontín es, por decirlo así, una *tanalbina queratinizada*, y á causa de la capa protectora de queratina es insípida, insoluble en la boca y en el estómago, y sólo soluble en el intestino.

Debe administrarse á altas dosis, hasta 10 gramos por día, para obtener un efecto positivo. No presenta ningún inconveniente y obra de un modo directo sobre la mucosa intestinal.

El tanino, al disolverse en el medio alcalino del intestino, forma un precipitado sólido, insoluble en el agua con los líquidos albuminosos y mucosos del catarro intestinal. La mucosa, inflamada y reblandecida, queda así tapizada de una película insoluble, superior á la producida por el subnitrito de bismuto, inerte y de acción análoga. El efecto astringente del tanino, unido á la disminución del dolor y de la irritación intestinal, provoca una constricción de los vasos superficiales de la masa inflamada y, por consiguiente, reduce la secreción exagerada. El hontín es, en resumen, astringente y antiflo-

gístico, disminuye la hinchazón de la mucosa y su hipersecreción, es decir, corta la diarrea.

Puede administrarse lo mismo en las afecciones agudas y crónicas del intestino, y debe darse á dosis tanto mayores cuanto más reciente sea el catarro, obteniendo la curación en cuatro ó cinco días. La dosis de 4 á 10 gramos es la mejor. También puede administrarse en las diarreas de los tuberculosos, y en estos casos el tanino obra como específico.

En las diarreas infantiles puede administrarse el hontín, pero sin olvidar que el estómago y el intestino deben limpiarse de las masas de leche no digeridas, que son siempre la causa primera de las diarreas infantiles.

La posología del hontín es tan cómoda como variada, y puede administrarse con jarabe, con miel y con cualquier alimento sólido. No tiene gusto ni olor y es insoluble en la boca. En el adulto se administra en sellos de un gramo, repetido durante el día hasta llegar á 10 gramos; puede también administrarse en dosis de 2 gramos. Se aplica, también, en supositorios, que obran localmente cuando sólo se trata de rectitis aguda con tenesmo. Conviene empezar por una dosis masiva y disminuirla según la mejoría que se obtenga.

El hontín se presenta bajo la forma de un polvo gris, moreno, sin olor, sin sabor, insoluble en el agua, soluble en alcohol y en los álcalis, dando una solución morena clara. Produce la reacción característica del tanino con el sesquicloruro de hierro (coloración azul oscura), pero su valor terapéutico depende de la solubilidad en los medios alcalinos y de sus precipitados en presencia de las materias albuminoideas.

El hontín no sólo se ha recomendado en los tuberculosos, sino también en los brighticos que sufren alteraciones intestinales.

Es muy lógico suponer que este tanato de albúmina queratinizada podría ser útil en otros catarros de secreciones alcalinas exageradas; así puede muy bien emplearse localmente en los catarros vaginales de secreciones alcalinas, en los catarros de la laringe, en insuflaciones y en los catarros de la garganta ó en las afecciones catarrales de la mucosa nasal.

(*Le Progrés. Méd.*)

\*  
\* \*

**Tuberculosis. Sulfuro de carbono.**—El Dr. Coromilas, Profesor agregado de Cirugía en la Facultad de Medicina de Atenas, ha probado de utilizar las propiedades parasiticidas del sulfuro de carbono en el tratamiento de las diversas manifestaciones de la tuberculosis. Para las tuberculosis quirúrgicas (artritis, osteitis, etc.), nuestro colega se sirve de una mixtura que contiene 2 gramos de alcanfor por 100 gramos de sulfuro de carbono, é incorporada á 20 ó 25 partes de aceite de olivas. Este líquido es inyectado en cantidad necesaria para llenar el abceso. Además, se administra al enfermo,

dos veces al día, una cucharada de jarabe, encerrando unas 20 gotas próximamente de sulfuro de carbono por cucharada. Bajo la influencia de este tratamiento, las lesiones tuberculosas no tardan en retroceder; sin embargo, como las mismas inyecciones han dado igualmente buenos resultados en casos de abscesos estreptocócicos ó estafilocócicos por osteitis traumática ó por osteomielitis, no puede verse en el sulfuro de carbono un verdadero específico de las tuberculosis quirúrgicas; este medicamento parece más bien constituir un tópico capaz de modificar ventajosamente las supuraciones, de cualquiera naturaleza que fueren.

En lo que concierne á la tuberculosis pulmonar, el Dr. Coromilas ha tratado de combatirla por medio de inyecciones intra-traqueales de sulfuro de carbono trementinado, combinadas con el uso interno del jarabe que antes hemos mencionado. Nuestro colega emplea, para estas inyecciones, una mezcla compuesta de dos partes de sulfuro de carbono por una parte de trementina de Venecia, é incorporada á aceite de olivas esterilizado. Se empieza por inyectar 10 gramos de aceite, lo cual corresponde á 10 gotas de sulfuro de carbono trementinado; las inyecciones—practicadas por medio de una cánula de doble abertura, á fin de permitir al enfermo que respire durante la intervención—son repetidas cada cuatro días, y la dosis de líquido inyectado es aumentada finalmente hasta hacerla llegar á 20 gramos. Nuestro colega ha tratado de esta suerte varios casos de tuberculosis pulmonar y ha obtenido la curación completa en el espacio de cuatro á cinco meses. Pero al lado de estos resultados favorables, conviene señalar que, en 7 enfermos atacados de tisis pulmonar que el Dr. E. Delorme (Médico militar francés) ha podido examinar atentamente, el tratamiento preconizado y aplicado por el Dr. Coromilas ha quedado ineficaz. De suerte, pues, que el sulfuro de carbono no puede ser considerado como medicamento de preferencia en la tuberculosis pulmonar, y ésto tanto más cuanto que es susceptible de provocar accidentes bastante graves (vértigos, náuseas, dolores de cabeza, disnea, cianosis de los miembros, etc.)

(*La Sem. Méd.*)

\*  
\* \*  
\*

**Herida del páncreas.**—La cuestión de las intervenciones sobre el páncreas figuraba en el orden del día de la sección de Cirugía del último Congreso internacional de Medicina; ya se recordará que la mayor parte de los oradores que tomaron la palabra sobre esta cuestión se mostraron muy pesimistas en lo que concierne al tratamiento de las heridas recientes de dicho órgano, el cual era considerado por el Dr. Michaux como casi siempre fuera de los recursos del Cirujano. Esta opinión, sin embargo, á juzgar por el caso que publica el Dr. Ninni, parece que debe ser modificada.

Trátase de un hombre que había recibido una bala de revólver en la región lumbar; trasladado al hospital al cabo de algunas horas,

notábase en él un orificio de entrada sobre la línea paraespondiliana izquierda, á nivel de la apófisis espinosa de la segunda lumbar, y un orificio de salida en la región epigástrica derecha, entre las líneas mamilar y paraesternal, á unos tres centímetros más abajo de las últimas costillas. El abdomen estaba tenso y doloroso; hubo dos vómitos durante el traslado del herido al hospital.

Habiendo sido practicada una laparotomía, fueron suturadas seis heridas del intestino delgado y una del colon transversal, en las inmediaciones del ángulo hepático. Después que hubo sido efectuada la limpia del peritoneo, echóse de ver que salía—entre el colon transversal y el estómago—sangre mezclada con otro líquido; la incisión vertical primitiva fué completada entonces por una incisión transversal; se atravesó el epiplón gastro-cólico y, levantado el estómago, se notó que la hemorragia procedía del páncreas, el cual había sido perforado de parte á parte; esta herida fué cerrada por medio de dos puntos de sutura profundos, que abarcaban casi todo el espesor del órgano con su revestimiento peritoneal; luego el abdomen fué suturado en tres planos. El herido salió del hospital al cabo de treinta y cinco días.

A propósito del hecho que acabamos de referir, el Dr. Ninni establece, para los casos de herida del páncreas, las indicaciones operatorias siguientes: las heridas por armas blancas (de corte ó de punta), al igual que las roturas, deben de ser tratadas por la sutura; en las heridas por armas de fuego, cuando el destrozo no es muy considerable, se hará la sutura en masa, comprendiendo el mismo peritoneo; si hay destrucción parcial de la glándula, se recurrirá á la resección; finalmente, cuando la lesión presente gran extensión, entonces el facultativo podrá contentarse sólo con el taponamiento.

(*Riforma Med.*)

\*  
\*\*

**Impétigo pedicular mortal.** — La observación referida por el Doctor Laurent concierne á una niña de tres años, por lo demás bien constituida, que estaba absolutamente invadida por los piojos; el cuerpo se hallaba cubierto de llagas producidas por las rascaduras; en todos los puntos de la superficie cutánea accesibles á las manos de la niña, notábanse postillas impetiginosas y regueros cicatriciales; la nuca y una parte de la espalda eran el centro de erosiones rezumosas de contenido rojo, de fondo blanco salpicado de rojo y tenían el aspecto de la epidermis macerada en orina que ha sufrido la fermentación amoniacal; los ojos estaban atacados de conjuntivitis; la nariz llena de costras; la enfermita, presa de una diarrea abundante y de una sed ardiente, presentaba una temperatura de 37°8. Bajo la influencia de un gran baño jabonoso y de curas á base de vaselina boricada, la situación se mejoró sensiblemente; pero á partir del día siguiente de su admisión, esa niña sucumbía en la hipotermia (35°8).

En la autopsia, además de la ausencia del riñón derecho, com-

pensada por la hipertrofia del riñón izquierdo y la existencia de un foco antiguo y cicatrizado de bronconeumonía, no se observaron sino las lesiones del hígado infeccioso: degeneración grasosa acentuada de la periferia de los lóbulos, inflamación reciente localizada en torno de las paredes vasculares.

El autor estima que la muerte sobrevino, en ese caso, por el mismo mecanismo que después de una quemadura extensa; no se puede explicar sino por las vastas lesiones cutáneas determinadas por los parásitos y agravadas por el rascado.

*(Arch. méd. de Toulouse).*

---

## SECCION PROFESIONAL

---

### PENSIONES

Siendo considerable el número de instancias que pensionistas naturales de Ultramar, donde residen, han cursado al Ministerio de la Guerra en súplica de pensión remuneratoria, con arreglo al artículo 8.º del Real Decreto de 11 de Mayo de 1901, alegando carecer de recursos para trasladar su residencia á la Península, único medio que les concede el susodicho Real Decreto en su artículo 2.º para recobrar la nacionalidad perdida sin su expresa voluntad, por virtud de lo consignado en el párrafo segundo del artículo 9.º del Tratado de París; pensión que, por otra parte, sólo puede serles concedida, según las prescripciones de la ley de 13 de Mayo de 1837, por otra para cada caso especialísimo; dejando, por tanto, sin amparo á servidores leales que fueron de España, ó á sus familias; siendo así que el espíritu y tendencia de la citada disposición era favorecerles, dentro de los límites que permiten las relaciones internacionales; de acuerdo con mi Consejo de Ministros,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. Queda modificado el artículo 8.º de Mi decreto de 11 de Mayo de 1901 en la siguiente forma:

Primero. Podrán ser reintegrados en el disfrute de los haberes pasivos que pudieran corresponderles en la Península, sin derecho á transmisión y en concepto de la referida pensión remuneratoria, los naturales de los territorios renunciados ó cedidos por España, en virtud del Tratado de París, siempre que acrediten, por medio de expediente incoado en los Consulados españoles, estar imposibilitados de trasladarse á la Península por ser sexagenarios, padecer inutilidad física, ser huérfanos de menor edad, huérfanas solteras al amparo de sus familias ó carecer

en absoluto de recursos para costearse el viaje, siendo condición precisa, en todos los casos, no haber ejercido ni ejercer en lo sucesivo cargo público, tomado parte en elecciones municipales, provinciales ó generales en los territorios en que residan, extremos que certificarán los Representantes de España.

Segundo. Se fija un plazo de tres á seis meses, á contar desde la fecha de la publicación de este decreto, según que los interesados residan en Cuba y Puerto Rico ó en Filipinas, para solicitar las pensiones remuneratorias, las cuales se concederán en cada caso por acuerdo del Consejo de Ministros, previo informe del Ministerio de la Guerra ó de la Dirección general de Clases Pasivas, según la procedencia del derecho, para conocer la cuantía de la pensión reglamentaria declarada por los servicios especiales prestados á la causa de España, á fin de que la remuneratoria no exceda de aquélla.

Dado en Palacio á diez de Junio de mil novecientos dos.— Alfonso.—  
El Presidente del Consejo de Ministros, Práxedes Mateo Sagasta.

\* \*

#### RECONOCIMIENTOS FACULTATIVOS

«Excmo. Sr.: En vista del escrito que V. E. dirigió á este Ministerio en 10 de Mayo último, dando cuenta de que el Tribunal médico de esa región le manifiesta que, con objeto de resolver en definitiva la propuesta de inutilidad para el servicio, formulada por la Comisión médica que reconoció, en el hospital cívico-militar de Cáceres, al recluta Juan Flores Fernández, á quien le fué amputada la pierna derecha, le es necesario oír el informe verbal de los Médicos que componían la citada Comisión.

Resultando: que la Real Orden de 15 de Abril de 1898 (*D. O.* núm. 83) dispone que los Médicos que hayan hecho la propuesta de inutilidad de individuos á que la misma se contrae, informarán al Tribunal médico que ha de resolverla, contestando á las preguntas que, para el mejor acierto, tenga por conveniente hacer cada uno de los componentes de dicho Tribunal.

Resultando: que con arreglo á lo prevenido en el artículo 80 de la ley de reclutamiento, son excluidos totalmente del servicio militar los mozos inútiles por defecto físico, que puedan, sin intervención de persona facultativa, declararse evidentemente incurables.

Resultando: que tales defectos se explican en la clase primera del cuadro de inutilidades, figurando en el número 10 del mismo la mutilación de una ó ambas extremidades inferiores, caso en que se encuentra comprendido el interesado.

Considerando: que si bien en cierta clase de propuestas de inutilidad necesita el Tribunal médico oír á la Comisión médica que las haya formulado, no sucede lo mismo con la del recluta referido, por ser tan visible que podría resolverse en consonancia con lo que preceptúa el artículo 80 de la citada ley, el Rey (Q. D. G.), de conformidad con lo expuesto por V. E., se ha servido disponer que en el caso de que se trata no es necesaria la comparecencia de la Comisión médica que formuló la propuesta de inutilidad del interesado ante el Tribunal médico de la región, el cual debe resolverla sin necesidad de oír el informe verbal de aquélla.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 11 de Junio de 1902.—Weyler.—Sr. Capitán General de Castilla la Nueva».

\* \* \*

#### ASUNTOS GENERALES É INDETERMINADOS

«Circular.—Excmo. Sr.: Ha llamado la atención de S. M. la frecuencia con que las autoridades militares, centros y demás dependencias del ramo de Guerra, al informar instancias en solicitud de peticiones que carecen de fundamento legal, proponen la concesión, por gracia especial, como recurso, cuando el derecho para alcanzarla no está determinado por los reglamentos. En su vista, y considerando que la práctica de este procedimiento implica una invasión de facultades, el Rey (Q. D. G.) se ha servido resolver el que los informes que deban emitirse en todo género de peticiones y con cualquier motivo se ajusten precisamente á las disposiciones vigentes en la materia, limitándose á exponer el criterio que en cada caso corresponda; debiendo entenderse, por lo tanto, que el proponer á S. M. la gracia especial es iniciativa exclusiva de este Ministerio.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 17 de Junio de 1902.—Weyler.—Sr...»

\* \* \*

#### CONTABILIDAD

«Circular.—Excmo. Sr.: La aplicación de la Real Orden del 7 de Marzo de 1900 (C. L. núm. 67), da lugar á que muchos Jefes y Oficiales tengan que reintegrar al Estado cantidades que resultan debiendo en sus ajustes abreviados, conservando, no obstante, el derecho á percibir más adelante los devengos que por dicha soberana disposición están exentos de figurar en tales ajustes, ocasionándoseles el perjuicio de estar sometidos al descuento reglamentario, cuando en realidad son acreedores del Estado.

Por otra parte, la Real Orden del 28 de Febrero de 1900 (D. O. núm. 46)

autoriza la compensación de los débitos que resulten en los citados ajustes con los créditos que los interesados puedan tener en otros Cuerpos en que hubieran servido, siendo el espíritu de la indicada disposición evitarles el consiguiente reintegro cuando tienen créditos con que responder, y que no son de aquéllos cuya liquidación ha de sujetarse á los trámites reglamentarios de contabilidad, según previene el artículo 5.º de la Real Orden del 7 de Marzo de 1900, pareciendo justo que esa compensación se haga extensiva á los créditos pendientes de liquidación, siempre que los intereses del Estado no resulten lesionados.

Ocurre también, con frecuencia, que al examinar las Intendencias militares de las regiones los ajustes que les remiten para su aprobación las comisiones liquidadoras, tienen que deducir, en cumplimiento del referido artículo 5.º, las gratificaciones y pluses que en ellos no deben abonarse y que los incluyeron, fundándose en estar liquidados por la Administración Militar los extractos y nóminas en que fueron reclamados, y hasta por tener aprobadas sus cuentas finales con la citada dependencia, resultando con semejante deducción la anomalía de que la misma Administración Militar rechace ahora legítimos devengos que antes acreditó su representante en Ultramar, contrasentido que se traduce en algunos casos en perjuicio de Jefes y Oficiales que alcanzan en sus ajustes definitivos cantidades de importancia, y resultan debiendo en los abreviados, por el hecho de deducirles las gratificaciones y pluses que no se les abonan.

En vista de lo expuesto, el Rey (Q. D. G.), de acuerdo con lo informado por el Ordenador de pagos de Guerra y Comisión liquidadora de la Intendencia militar de Cuba, ha tenido á bien disponer que para la formación de los ajustes de los Generales, Jefes y Oficiales, se observen las reglas siguientes:

1.ª Cuando en el ajuste abreviado de algún Jefe ú Oficial resulte débito y el interesado tenga alcances por concepto de raciones, gratificaciones ó pluses de campaña, se podrá compensar aquel débito con el citado alcance, siempre que se compruebe debidamente el derecho á tales abonos, y que éstos no hayan sido percibidos en su totalidad en metálico y especies valoradas, en el concepto de que si por consecuencia de los nuevos abonos, después de hecha la compensación, resultasen alcances, quedará en suspenso su pago, ínterin no se formen los ajustes definitivos, según se determina en las reglas siguientes.

2.ª En lo sucesivo se harán los ajustes definitivos de todos los devengos que hayan sido reclamados en extractos ó nóminas que estén ya liquidadas por la Administración Militar, cargándose igualmente en ellos todas las cantidades percibidas en metálico y especies valoradas.

3.<sup>a</sup> A medida que la Administración Militar vaya liquidando los extractos y nóminas de reclamaciones, á cuyo objeto dedicará preferente atención, se ampliarán los ajustes abreviados del personal ya ajustado, en la forma que indica la regla anterior.

Las Comisiones liquidadoras de las Intendencias militares de los disueltos ejércitos de Ultramar facilitarán todos los datos que necesiten las de los Cuerpos ó habilitaciones de clases, á fin de evitar que por ignorancia ó descuido no figuren todos los cargos que deben afectar á los devengos eventuales.

De Real Orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. —Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid 18 de Junio de 1902.—Weyler.—Sr...»

---

## VARIETADES

---

Durante el mes de Mayo último han ocurrido en esta Corte 1.153 defunciones, que arrojan un término medio diario de 37'19 y una proporción de 2'180 por 1.000 habitantes; en igual mes de 1901, hubo 1.393 defunciones.

De la clasificación por edades, resultan: 229, de menos de un año; 222, de uno á cuatro años; 87, de cinco á diez y nueve; 148, de veinte á treinta y nueve; 202, de cuarenta á cincuenta y nueve; 260, de sesenta en adelante, y 5 sin clasificar.

Las principales causas de defunción, han sido: tuberculosis pulmonar, 108; bronquitis aguda, 94; pneumonía y broncopneumonía, 93; meningitis simple, 88; enfermedades orgánicas del corazón, 66; congestión y hemorragias cerebrales, 62; diarrea y enteritis (menores de dos años), 48; tumores cancerosos, 41; bronquitis crónica, 38; sarampión, 34; grippe, 27; varias tuberculosis, 27; coqueluche, 22; meningitis tuberculosa, 20; diarrea y enteritis (mayores de dos años), 19; fiebre tifoidea, 19; suicidios, 11; senectud, 8; debilidad congénita, 5; afecciones puerperales, 3; escarlatina, 2; difteria y erup, 2; reblandecimiento cerebral, 2; otras causas de defunción, 314.

\*  
\*  
\*

El desgraciado accidente de la voladura del polvorín de la Escuela Central de Tiro, ha evidenciado la rapidez y eficacia con que han sido atendidos los heridos del ejército por el personal del Cuerpo, tanto en el campamento como en el hospital. A los pocos minutos de ocurrir la catástrofe, partían de dicho hospital los primeros recursos, gracias á la dili-

gencia con que se tuvo conocimiento de los efectos de la explosión por el sargento de las Ambulancias destacado en el mismo.

La primera cura se practicó á los heridos por los Médicos segundos señores Fernández Buelta y Bam-Baumberghen, que residen en el campamento, siendo trasladados seguidamente dichos heridos al hospital, donde ya se encontraban esperándolos todo el personal facultativo, y estaban preparadas las camas y elementos de curación para atender á un considerable número de heridos, si desgraciadamente hubiera sido necesario.

Los primeros Jefes de la Brigada Sanitaria y el personal de la Sección de ambulancias fueron también de los primeros que acudieron al campamento con abundante material de curación y transporte.

Todos los heridos adelantan rápidamente en su curación; sólo el sargento de Artillería y el paisano se encuentran graves, pero hay fundadas esperanzas de que puedan salvarse si no sobrevienen complicaciones.

El Sr. Fernández Buelta también resultó herido, y á pesar de su estado se dedicó desde el primer momento á prestar los auxilios profesionales.

S. M. el Rey, que, como es sabido, acudió inmediatamente al sitio de la catástrofe, visitó después los heridos en el hospital militar, quedando altamente satisfecho de la prontitud y del celo con que habían sido atendidos desde el primer momento.

\*  
\*  
\*

La Inspección de Sanidad Militar del ejército italiano acaba de publicar las condiciones sanitarias de aquel ejército en el año 1899. El efectivo varió entre 243.796 hombres (mes de Abril) y 166.416 (mes de Noviembre), que acusa un término medio de 205.106 soldados; ingresaron en hospitales y enfermerías 153.762, siendo la proporción de 377 por 1.000, cifra muy superior á la de años anteriores, y murieron 921, ó sea el 4'4 por 1.000.

Los meses de morbosidad más acentuada son los cuatro primeros del año, sobre todo en Abril; decrecen las enfermedades al principio del verano, aumentan á mediados del estío y durante las maniobras, y se atenúan considerablemente en los últimos meses. Corresponden á las bronquitis, pneumonías y pleuresias el 1'04 por 1.000, á las fiebres tifoideas 0'97, á la tuberculosis 0'55, á los accidentes y homicidios 0'37, á los suicidios 0'34, á las enfermedades del tubo digestivo 0'23, á las del sistema nervioso 0'20, á la viruela y escarlata 0'10 y al paludismo 0'07.

\*  
\*  
\*

El próximo Congreso anual de mentalistas y neurólogos franceses se celebrará en Grénoble, del 1.º al 8 de Agosto próximo, bajo la presidencia del Dr. E. Régis, profesor de psiquiatría de Burdeos:

Se discutirán los temas siguientes.

- 1.º Patología nerviosa: Los tics en general.
- 2.º Patología mental: Los estados anhelosos en las enfermedades mentales.

3.º Medicina legal: Los auto-acusadores desde el punto de vista médico legal.

Las adhesiones para este Congreso se reciben hasta el 1.º de Julio.

\* \*

Del 17 al 21 de Mayo de 1903 se habrá celebrado en Atenas el segundo Congreso Pan-helenista. El Presidente, Dr. M. Hadjimidialis, ha invitado á los Médicos de diversos países que deseen concurrir á dicho Congreso, en el que se discutirían los temas siguientes:

- 1.º Alteraciones del aparato circulatorio debidas al paludismo.
- 2.º El paludismo en sus relaciones con la neuritis y la polineuritis.
- 3.º Afecciones alcohólicas en Grecia.
- 4.º Relaciones del paludismo con las neoplasias malignas.
- 5.º Cirugía del sistema nervioso central.
- 6.º Abscesos subfrénicos.
- 7.º Tratamiento más conveniente de los abscesos y quistes hidatídicos del hígado.
- 8.º Efectos del tratamiento quirúrgico de las hernias (en particular de la inguinal), desde el punto de vista de su curación completa.
- 9.º Relaciones del paludismo con el embarazo, el parto y el puerperio y viceversa.
10. Trastornos y alteraciones visuales en la arterio-esclerosis.
11. Aguas minerales de Grecia.
12. Medios más eficaces de combatir el desarrollo y la propagación de las enfermedades infecciosas en Grecia.

\* \*

El segundo Congreso internacional para la profilaxis de la sífilis y enfermedades venéreas, se celebrará en Bruselas del 1.º al 6 de Septiembre del año actual.

Se tratarán las cuestiones siguientes:

- 1.º Profilaxis pública.
- 2.º Profilaxis individual.
- 3.º Estadística.
- 4.º Comunicaciones.

\* \*

En la misma fecha piensa celebrarse en Berna el segundo Congreso internacional de Electricidad médica y Radiografía. Se ha acordado discutir los temas siguientes:

- 1.º Estado actual del electro diagnóstico.
- 2.º Electólisis quirúrgica.
- 3.º Radiografía y Radioscopia de los órganos internos.
- 4.º Accidentes producidos por los rayos X.
- 5.º Peligros de las corrientes eléctricas industriales.

Á la vez que el Congreso, se celebrará una Exposición internacional de instrumentos eléctricos de Fisiología, Electroterapia y Radiografía.

Las comunicaciones para este Congreso se dirigirán al Secretario del mismo, Dr. L. Schnyder, rue Fédérale, 38, Berna.