

Revista Médica Salmantina

R. 2306

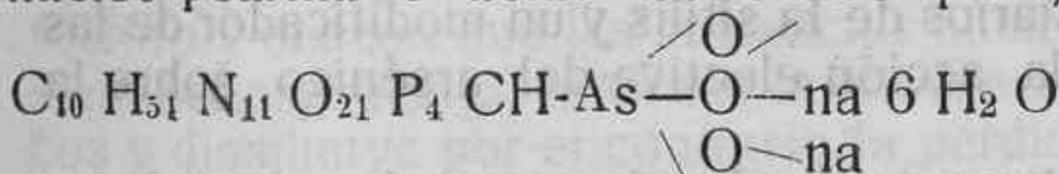
JUNIO DE 1906.

Algunas notas sobre la Fisiología terapéutica del Histogenol

por el Dr. H. FERRUA (de Londres)

(Agregado de Medicina, profesor libre de Patología)

El histogenol es un metilarseniato disódico, asociado con la nucleo-psarina ó ácido nucleínico puro, teniendo por fórmula



Como no puede utilizarse el cacodilato de sosa sino por la vía hipodérmica á causa de los trastornos gástricos y frecuentemente también renales que provoca, se le ha reemplazado por el metilarseniato, compuesto químico más estable, cuya administración por vía gástrica es mejor tolerada.

Aunque desprovisto de toxicidad, debe, sin embargo, vigilarse su empleo en los sujetos que tienen una insuficiencia hepática, en los cardiacos y en los individuos que han tenido precedentemente hemorragias pulmonares ó intestinales, porque el metilarseniato determina en ellos fenómenos congestivos y una elevación morbosa de la temperatura, si bien suele bastar en tales casos propinarlo á pequeñas dosis durante cinco días, suspendiendo luego su empleo durante igual periodo de tiempo.

La fisiología patológica del metilarseniato no difiere en tesis general de la del arsénico y sus derivados. Salvo la ausencia de toxicidad, llena las mismas funciones medicinales de agente mó-

dificador y excitante de la nutrición. Además ejerce una acción sedante sobre el sistema nervioso; es un tónico muy apreciable en la tuberculosis á condición de que los enfermos no sean hemoptísicos; activa el recambio material, calma la tos y disminuye la fiebre.

Las dosis deben ser, por regla general, todo lo débiles posibles, fraccionadas y con intervalos de reposo.

Hay aquí un factor además que conviene tener en cuenta: el modo de preparación.

Los productos de laboratorio, tales como el cacodilato y el metilarseniato de sosa no son frecuentemente productos puros. Esta consideración nos permite comprender por qué en un cierto número de casos se manifiestan síntomas de intolerancia, mientras que en otros el resultado es negativo.

Después de la tuberculosis—donde encuentra su principal campo de acción—el metilarseniato se aplica á diferentes estados morbosos: el asma, el enfisema pulmonar, la caquexia palúdica, la anemia esencial, la clorosis, la linfadenia y la leucemia, la diabetes, la corea y la hermicorea; mejora el estado general de los cancerosos; es un ayudante precioso de la medicación en los fenómenos secundarios y terciarios de la sífilis y un modificador de las dermatosis, en virtud de la acción electiva del arsénico sobre la piel.

Considerado exclusivamente desde el punto de vista fisiológico, el metilarseniato sódico es medicamento de ahorro que detiene el proceso de desnutrición, precursor de las tuberculosis latentes; excita la hematosis y vuelve á la normalidad los hematíes en esas anemias perniciosas en que aparecen nucleados; destruye el hematozoario del paludismo crónico, reduce el coeficiente de glucogeno hepático, ejerce una acción sedante y de ahorro sobre el sistema nervioso (acción bulbar) constituyendo así un auxillar eficaz de la iodotirina en la enfermedad de Basedow. El metilarseniato y el ácido arsénico, bajo la forma de arseniato de potasa (licor de Fowler) participan también de la virtud, como lo demuestran los éxitos de su aplicación en el corea infantil.

El arsenicismo crónico debido al abuso del metilarseniato no ha sido señalado que yo sepa. Pero hay que desconfiar de las dosis fuertes y de las dosis repetidas. He tenido en observación á dos individuos que acusaban trastornos encefálicos, vértigos,

coriza, cefalea gravativa, desórdenes gástricos y vaso-motores consecutivos á la ingestión durante algunas semanas de remedios, cuyo principal ingrediente era el nutilarseniato sódico, y que tomaban los enfermos sin consejo médico. Bastó que cesasen en su empleo para que desapareciesen al fin de pocos días todo el síndrome patológico. Se trataba probablemente de productos especiales impuros hechos con manipulación imperfecta.

El ácido nucleínico que el Dr. Monneyrat (ayudante de Gauthier) uno de los más sabios químicos franceses, ha asociado al metilarseniato disódico en la composición del *histogenol* es el primero de todos los agentes fosfóricos conocidos, porque contiene gran cantidad de fósforo orgánico.

La fisiología nos enseña que el ácido nucleínico forma la base de los bioproteidos. Concorre á la formación y nutrición de las células, interviene en los fenómenos de la karioquinesis, suministra el 55 % de su substancia en estado de potencial energético al espermatoroide, en las células del hígado, así como en las de otros tegidos; llena una función de reserva que tiene por objeto retener, asimilar y economizar la albumina de los alimentos; fija sin pasar por ningún proceso de descomposición; guarda el fósforo y el ázoe que las sustancias alimenticias introducen en el seno del organismo, favorece la eliminación de los despojos úricos y disminuye por el contrario la pérdida de urea, no se desdobla, circunstancia muy apreciable porque no hay que temer la formación de cuerpos tóxicos, como sucede con las lecitinas y las nucleinas, productos que son de descomposición.

A diferencia del metilarseniato simple, por la combinación de este con el ácido nucleínico puro, el *histogenol* puede administrarse durante largo tiempo sin que determine nunca fenómenos de intolerancia. Destruye los bacilos de la tuberculosis (1.º y 2.º periodos) y el hematoroasio del paludismo; activa el trabajo de la nutrición y de la reparación orgánica; disminuye la temperatura, eleva las funciones respiratorias y corrige el catarro pulmonar.

Créemonos, pues, autorizados á afirmar que la teoría y la experiencia clínicas se hallan de acuerdo sobre la acción medicinal de este nuevo compuesto fosfórico de la serie arsenical que representa su término más elevado.

(Por la trad. Dr. P.)

La albuminuria ortostática

por el Dr. PINILLA.

Del grupo de albuminurias no ligadas directamente á la nefritis—las llamadas funcionales, fisiológicas de Senator, discrasicas de Semmola, curables de Teissier, cíclicas, ortostáticas, pasajeras, intermitentes, paroxísticas, digestivas—hay que decir siempre cosas curiosas, porque los casos clínicos tienen ó suelen tener matices que no permiten cuadrificarlos fácilmente en las formas aludidas. Así sucede con el enfermo de que voy á ocuparme, y alrededor del cual surgen en mí pensamiento las reflexiones que voy á consignar.

Llevo observando cuatro años á este sujeto, pero en breves líneas sintetizaré su historia:

Se trata de un capitán de marina mercante de unos treinta años de edad sin antecedentes hereditarios, y de buenas costumbres, quien observó que se fatigaba al ejecutar esfuerzos que antes realizaba con facilidad, y vió más tarde que se ponían hinchados sus piés cuando llegaba la noche, volviendo á su estado natural pocas horas después del reposo. Y habiendo consultado con un médico, éste le analizó la orina; vió que tenía cinco gramos de albumina por litro y lo envió á tomar las aguas alcalinas de Miranda de Ebro—Fuentecaliente—que yo á la sazón dirigía.

Examiné á mi vez al enfermo, sobre todo por ver si existía hipertrofia del ventrículo izquierdo. No hallé nada de particular en ningún órgano, y por no hallar, ni albumina en la orina que le recogí en las primeras horas de la mañana.

Encaminados así sobre la pista de una albuminuria funcional, averigüé que el enfermo puesto á dieta lactea exclusiva, tenía menos albuminuria, pero tenía alguna en las horas del día; que aumentaba con el régimen normal y con los esfuerzos de andar, pero no con los de mover los brazos ni estudiar; en una palabra, que su albuminuria se debía á la posición erecta; solo con ponerse de pié la presentaba. Quince días le tuve en cama y luego repitió él este ensayo durante mes y medio, y comió de todo sin tener albumina en la orina.

Un año siguió así: condenado á la inacción muscular si quería no tener edemas ni fatiga. Al cabo de este tiempo, se me ocurrió recomendarle una faja de Glenard, pensando en una nefroptosis que la palpación demostraba, y él entonces se limitó á colocarse una faja ordinaria muy apretada... El resultado fué maravilloso; pudo andar kilómetros, dedicarse á sus ocupaciones, embarcarse y navegar; la albuminuria ha desaparecido, mientras tiene puesta la faja. En la cama no la precisa. Ni vestigios de albumina hay en su orina, que él es muy práctico en analizar; come de todo.

*
* *

Ahora bien; ¿cuál es la patogenia de *esta* albuminuria?

Ante todo debo recordar que en este enfermo practiqué al comienzo de mi observación la prueba del azul de metileno y que su eliminación fué de tipo retardado: comenzó á las dos horas y duró unas setenta. Este síntoma como el de la disnea y fatiga prueban á mi ver, que la albuminuria empezaba á producir nefritis y alteraciones graves de todo el organismo, que se llegó á tiempo de corregir.

No se trataba aquí de la forma de albuminuria ortostática ligada á una infección anterior, como en los casos publicados por Loeper y Achard, Roger, Aubertin, etc. De las dos divisiones que hace Courcoux en su reciente tesis, la ortostática pura y la albuminuria nefrítica afectando la forma ortostática, nuestro caso encaja en la primera división ¿Pero cómo explicarla?

Castaigne en su reciente libro publicado con Debove y Achard insiste en la necesidad de admitir estos elementos: una herencia neuropática y una herencia renal, ó bien una toxi-infección anterior. Pero estos conceptos, como el de la «*debilidad renal*» son vagos y casi ontológicos. ¿Qué es eso de la debilidad renal, aun admitiéndola como miopragia renal? Un órgano está débil cuando con escaso aumento de trabajo dá muestras de no poderlo realizar y claudica; es el umbral de lo morbozo. La glucosuria alimenticia prueba la miopragia hepática y la cloruria la debilidad renal. Pero la posición erecta que solicita la albuminuria no es un exceso de trabajo; y por lo tanto no cabe admitir que la debilidad renal sea la causa de la albuminuria ortostática. Además, en nuestro caso no existía tampoco ni herencia neuro-artrítica, ni antecedentes individuales de etilismo ó infección, ni intoxicación alguna.

La eliminación retardada en nuestro enfermo, del azul de metileno, era durante su actividad albuminúrica; entonces su orina tenía los caracteres de la orina del nefrítico y del nefrítico hidropigeno, de la clasificación de Castaigne, pero después no había modo de creerlo así.

Es otra la explicación del caso en nuestro concepto, y la ha venido á dar el modo de curarse. *Natura morborum curationes ostendum*. En este enfermo debe existir un desplazamiento ó nefroptosis unilateral ó bilateral, porque para demostrarlo si es lo primero ó lo segundo hubiera sido preciso hacer la separación de la orina de los ureteres, que no se practicó.

Con poca flexión que tenga el hilio renal será suficiente para provocar extasis en dicho parenquima con su cortejo de síntomas objetivos y subjetivos ya sabidos. Podrá decirse que en las mujeres en que se observa más amenudo el descenso del riñón, más bien se observan reflejos histeriformes que albuminuria. Es verdad. Pero todo es según la dirección que adquieran las venas renales. En un caso, bastará que descienda unos milímetros la glándula para que acode la vena; en otras circunstancias puede estar el riñón más separado de su alojamiento natural y no acodar su circulación venosa ni linfática.

Y no ya el riñón por sí mismo. Puede haber compresión ejecutada sobre él por otro órgano vecino. La faja que nuestro enfermo se coloca y que suprime la albuminuria, hace el papel de una nefropexia barata y sencilla, ¿que más prueba se quiere de que su albuminuria se debe á la desaparición de la causa de un extasis renal?

Nuestro enfermo tiene una albuminuria mecánica, una especie de asistolia renal. El retardo circulatorio provoca una ingurgitación de los capilares del tejido intersticial renal. Según Courcoux, en estas condiciones las moléculas albuminosas que entran en la composición de gran número de vacuolas se ven solicitadas á pasar de la membrana dializante para establecer el equilibrio molecular, lo que normalmente no puede realizarse, por virtud de la velocidad del curso de la orina. Es decir, que la célula renal toma de la sangre las moléculas albuminosas de que tiene necesidad para vivir y de que se ve desposeída por virtud del retardo circulatorio.

¿Queda esta célula renal indemne, como piensa Courcoux, ó

queda lesionado todo epitelio renal que deja pasar á su través sus granulaciones albuminoides en el tubo contorneado, según cree Castaigne?

Nuestro enfermo parece dar la razón á la primera opinión. Su estado al presente es de salud. Su orina no permite diagnosticar nefritis. La debilidad de su riñón es puramente circunstancial. Aguanta la alimentación clorurada, pero no tolera el estar de pié y sin faja contentiva.

LA CIRUGÍA DEL SIMPÁTICO

EN EL CONGRESO DE LISBOA,

por el Dr. JUAN G. PELAEZ

La intangibilidad operatoria que gozaba esta parte del sistema nervioso, á pesar de los progresos de la Cirugía, fué quebrantada por Jaboulay, inducido á ello por la compenetración en su pensamiento de la inocuidad lograda aun en los más atrevidos arrestos operatorios practicados en el hombre, cuando se llevaban con el debido rigor y de la analogía que atribuyó á las manifestaciones sintomáticas del bocio exoftálmico con los efectos de las excitaciones experimentales sobre el sistema del simpático.

Esta primera intervención, tímidamente practicada fué seguida de un relativo éxito, toda vez que aminoró la exoftalmía y aplacó algún tanto la taquicardia, molestísima y cruel en estos enfermos.

Al poco tiempo se apoderó de este hecho Jonnesco, de Bucarest; se encariñó con su significación y llegó á constituir en tan indiscutible maestro el objeto de sus predilecciones, aun teniendo en su haber científico un crecido número de estudios, observaciones y trabajos de gran valor científico y practicar con rara habilidad la cirugía en sus diversos aspectos. El fué quien aconsejó, instruido por sus intervenciones, ejecutar la resección del simpático cervical para tratamiento de la enfermedad de Basedow y quien proclamó la eficacia de esta operación, pero indicando la conveniencia de hacer la estirpación bilateral total de la porción cervi-

cal, comprendiendo en la ablación, el ganglio cervical inferior, si se ha de obtener todo el fruto buscado con tal injuria quirúrgica, pues de este ganglio toman origen los nervios cardiacos excitadores.

La novedad del asunto, las mejorías y curaciones conseguidas en un afecto tan rebelde á todos los medios empleados hasta entonces y el nombre de Jonnesco, despertaron la curiosidad é interés de los cirujanos, y muy pronto estaba á la orden del día, en las principales clínicas la cirugía del simpático, no haciéndose esperar un buen golpe de trabajos en este sentido, donde se marcaban nuevas orientaciones, se bosquejaban indicaciones no presumibles, se discutían procederes operatorios para realizarla y se daba minuciosa noticia de los beneficios encontrados por los pacientes con esta intervención.

En primer lugar quedaron bien dibujados dos procederes quirúrgicos: uno que se concretaba á verificar la resección de un lado, pero *parcialmente*, respetando algunos el ganglio cervical inferior, fundando este proceder los profesores que le seguían en dificultades anatómicas nacidas de la topografía del órgano próximo á la arteria subclavia, y basados otros en los resultados logrados con la ablación escueta del tronco del simpático cervical y sus dos ganglios superiores, similares á los conseguidos cuando se extendía la maniobra al tercer ganglio, constituyendo en aquel caso la resección simple parcial y resección simple total, si no se respetaba el ganglio inferior.

En cambio Jonnesco patrocinó desde el principio la *resección bilateral total*.

Las consecuencias alcanzadas corresponden á la disminución de la exoftalmía; que se aprecia cercanamente á la intervención, como atestiguan estadísticas de Jonnesco, Marchant, Marqués, etcétera; sigue luego, con menos probabilidades, el amortiguamiento de la taquicardia y la mejoría del estado general de los enfermos, y por último, queda como poco ó nada influenciado por la operación el bocio propiamente dicho, pero delineándose con vigorosos tonos, en todos los operados, tres fases subsiguientes: una de mejoría positiva y encadenada al acto quirúrgico; otra, de vaguedad en los resultados, y una tercera traducida, ya por mejoría estable, bien por curación y con frecuencia por un fracaso absoluto.

Es menester consignar que las muertes que tienen lugar no son muy frecuentes: se producen casi siempre por accidente inculpable á la resección y algunas veces acaece la recidiva, como en los casos publicados por Quenu, Soulié, etc.

La resección del simpático se hizo extensiva como tratamiento á la epilepsia, al glaucoma, etc., dando lugar á trabajos diferentes en este sentido, que personalizaban diferentes puntos de vista respecto á indicaciones y oportunidad operatoria; no trascendiendo, sin embargo, la cirugía de la porción cervical del órgano; pero como quiera que las restantes porciones de él, han sido objeto de intervenciones y se han hecho nuevas aplicaciones de ello, para diferentes dolencias, expondremos sucintamente el extracto de la comunicación defendida en la Sección 9.^a del Congreso de Lisboa por Jonnesco, que por su autoridad en la materia, resume el estado actual de la cirugía del simpático, particularmente en sus diversas indicaciones.

Datan las investigaciones de Jonnesco en este sentido, de diez años, insistiendo, en la minuciosidad con que las realizó, la certeza de diagnóstico de que fueron precedidas, la escrupulosidad de las observaciones ulteriores y la seriedad con que ha hecho constar los resultados, así favorables como adversos, y afirma que esos trabajos le han persuadido de la completa utilidad y eficacia de la resección del simpático para encontrar remedio ó alivio á diferentes procesos patológicos.

Presenta su estadística de conjunto, que abarca 159 casos con 314 simpatectomías (incluyendo los casos de doble resección).

El exponente estima necesario resecar todo el tronco del simpático inmediato al órgano que padece, en consonancia con lo cual en el *bocio exoftálmico* es ineludible la ablación de toda la porción cervical y aun del primer ganglio torácico, tratamiento que conceptúa único por sus felices resultados ¡para dominar el bocio, desdeñando por insegura, á este objeto, la operación de Jaboulay.

Esta doctrina va corroborada por una estadística de veinticinco casos, seguidos de positivos resultados, como acredita con la presentación de fotografías de los pacientes.

El glaucoma es igualmente tributario de la simpatectomía, contraída al tronco y al ganglio cervical superior y los éxitos se muestran tan frecuentes y halagadores, que es de ejecución co-

riente entre los oculistas de su país y abundantemente practicada en su clínica de Bucarest. Testifican de estos resultados, noventa y un glaucomatosos sometidos á este procedimiento y mejorados ó curados.

La *epilepsia* tratada por la resección del simpático, ofrece enseñanzas poco tentadoras para proseguir las intervenciones, no excediendo de catorce ó quince casos los que pueden contarse como definitivamente curados, entre más de cien observaciones aportadas á su estadística.

Los alemanes Reim y Garré impugnan las opiniones y resultados de Jonnesco referentes al glaucoma, pues las investigaciones practicadas en su país no alientan por los beneficios procurados, á insistir en este tratamiento. En contra de esas aseveraciones, ofrece Jonnesco testimonios de Abadie y Dor que autorizan á continuar por este camino.

En las *neuralgias del trigemino* las ventajas obtenidas son más dudosas y desde luego inferiores á las alcanzadas con la resección del ganglio de Gasser; pero como la gravedad de esta última operación es infinitamente mayor que aquella, Jonnesco la desecha y utiliza la simpatectomía, que le ha permitido anotar notables mejorías y curaciones ciertas en todos los casos donde fué aplicada.

Presenta también un caso de *hemicranea* tenacísima, que fué completamente modificada resecando el simpático.

Hace algún tiempo y por analogía extendió Jonnesco sus intervenciones al simpático sacro, exponiendo á la Asamblea una minuciosa y entusiasta apología de la resección de la porción sacra, de resultados brillantes, siempre que la puso en práctica, apropiado de *ciáticas*, *vaginismo*, *neuralgias pelvianas*, *dolores tabéticos*, *ninfomanía* y *pedículos dolorosos consecutivos á histereclomias*, sentando la conclusión de que todos los órganos influenciados nerviosamente por el gran simpático, afectos de procesos rebeldes á los tratamientos médicos y caracterizados particularmente por hiperestésias é hiperalgesias, se han modificado casi siempre y curado muchas veces por la resección del tronco y ganglios de donde parta la inervación de los tejidos enfermos.

Hace después la descripción oral, ilustrada con preciosas fotografías del proceder operatorio que emplea, pero que no describimos por no alargar demasiado este artículo.

Tal es el estado presente de las indicaciones de resección del simpático en sus diferentes tramos.

El XV Congreso internacional de Medicina celebrado en Lisboa

(Continuación)

Drs. R. Bensaude y G. Hayem. *Dos casos de supervivencia en enfermos operados de un cáncer de estómago hace 8 años y 6 años.*

Las dos observaciones referidas por los autores han sido completamente estudiadas desde el punto de vista clínico. Se refieren, una de ellas á una dama de 63 años que presentó al Congreso, operada hace 6 años por M. Harturam, la otra á un hombre de 49 años, operado hace 8 años por M. Tuffier.

La operación ha consistido en una resección extensa del estómago. Se trataba en el primer caso de un cáncer del píloro y en el segundo de un cáncer infiltrado de forma anémica, sin signos de estenosis pilórica.

Esta última observación, viene pues en apoyo de la opinión que el cáncer del píloro no es la única forma del cáncer gástrico, que justifica la intervención.

Drs. Bensaude y Rivet (París). *Dos casos de leucocitemia atípica.*

Con el nombre de leucocitemia atípica se han descrito dos clases de hechos: primero las leucemias verdaderas, agudizadas ó crónicas que se separan por la marcha clínica ó la fórmula hematológica del tipo habitual; después los casos de mielemia que constituyen enfermedad distinta de la leucemia.

Nosotros referimos un caso de cada una de estas variedades; la primera una leucemia esplénica verdadera que no pudo ser reconocido al principio á pesar de los exámenes de sangre hechos en diversas ocasiones por varios hematólogos.

El segundo se refiere á una leucemia esplénica mieloide (Weill y Cleve) en una mujer atacada de caries de los maxilares, de la cual hemos podido hacer una autopsia completa.

*
**

M. A. Ravogli (de Cincinnati).—*Sobre un estado precanceroso de la piel.*

Las conclusiones de este trabajo son:

- 1.º La aparición del cancer cutáneo va precedida de un estado patológico de la piel que se puede calificar de «estado precanceroso» ó «keratosis precancerosa.»
- 2.º El examen microscópico de la piel de los enfermos que se hallan en ese estado, siempre ha demostrado la presencia de esporos.
- 3.º Estos esporos penetran en el espesor de la piel por sus poros naturales y se fijan también en las glándulas; algunas veces también penetran por efracción de las capas epidérmicas.
- 4.º La proliferación excesiva de las células epiteliales y más tarde de elementos de tejido conjuntivo, se produce por la proliferación de los esporos en cuestión.
- 5.º Un tratamiento precoz de las regiones infectadas por estos esporos puede impedir el desarrollo del cancer.

! * *

Da Silva Jones (de Lisboa) —*De la cicatrización rápida del chancro por su tratamiento local.*

En esta Memoria se afirma que tenemos en el bálsamo mercurial de Plenck un medio de cicatrizar en pocos días el chancro sífilítico.

La preparación de este bálsamo es la siguiente: se toman siete gramos de mercurio y cuatro de trementina, y se trituran hasta la extinción del metal, añadiendo luego 22 gramos de manteca, 34 de bálsamo de Arceo y 1,50 de mercurio dulce.

Se barniza la superficie del chancro y se recubre con algodón hidrófilo.

El Dr Silva cree que provocando la cicatrización precóz, la sífilis evoluciona de modo benigno.

*
* *

Dr. Bensaude y Rivet (París). —*Tuberculosis y púrpura.*

Contrariamente á la opinión de los clásicos, el púrpura es

frecuente en los tuberculosos. Además del púrpura premonitorio y del púrpura ligado á la evolución de una granulía, se pueden ver en los tuberculosos todas las formas clínicas del púrpura: púrpura ortostático, púrpura caquético, grandes crisis de púrpura hemorrágico, mortal ó no. Bastante frecuentemente en los tubérculos latentes se pueden observar formas crónicas de púrpura.

El púrpura se observa, por otra parte, en estos enfermos cualquiera que sea la localización de la tuberculosis; pero está generalmente unido á la producción de un brote agudo en el curso de una tuberculosis crónica. En general estos enfermos son portadores de lesiones hepáticas.

*
*
*

Dr. M. Belvey Bas (Blanes).—*Tratamiento farmacológico de la siringomielia.*

1 El caso que tengo el honor de presentar á la sección es un tipo clínico de lepra diferente de los del Hospital San Luis de París, y de lo que son de ordinario en nuestra localidad.

2 Lleva el diagnóstico de siringomielia por lesión medular hemilateral (mayores deformidades en las extremidades izquierdas) con anestesia, criestesis y atrofas reproducidas en las cuatro fotografías adjuntas.

3 Nuestro siringomiélico, con el síndrome de Morvan de la lepra, junta los dos conceptos y da validez práctica á la idea de unidad de los dos procesos y de refundición en un solo concepto, considerado ya viable por Zambuco y Marestany, sobre todo cuando la lepra se muestra endémicamente en nuestra región y en los focos circunscritos. (M. Belvey Bas).

4 Estas manifestaciones son consecutivas á la infección medular, sobreviniendo á un flemón profundo de la planta del pie izquierdo, con muchos trayectos fistulosos, puerta de entrada de la infección y seguida de una fiebre tifoidea; y por ahí se hizo el contagio de los focos de lepra de la localidad, gracias á las relaciones de habitación, contagio é infección toda á la vez.

5 Las lesiones de la siringomielia se localizan exclusivamente en nuestro enfermo en el abultamiento cervical y lumbar y aun en estos lugares no atacan más que á las neuronas metaméricas de las extremidades bajo la forma de guantes y de calcetín. El resto de las neuronas está completamente sano.

6 Las investigaciones hechas en pleno tratamiento por el doctor Pi y Gibert, de Barcelona, con el pus de la planta del pie izquierdo y de la sangre extraída de las extremidades de los dedos de la mano izquierda, considerablemente deformada, para encontrar el bacilo de Hansen, han dado un resultado negativo. No se han encontrado tampoco los microorganismos vulgares del pus. Los métodos empleados han sido los de Baumgarten y Lustgarten. Ulteriores análisis podían acusar probablemente el bacilo de Hansen.

7 La medicación empleada á base de aceites esenciales á dosis masivas, dos gramos de alcanfor y ocho de aceite de cade por día, ó bien tres cápsulas de aceite esencial de trementina, ha determinado una remisión indudable en las manifestaciones de la enfermedad, cryestesis, anestias y atrofas, dada la tendencia progresiva y crónica de las lesiones siringomiélicas y con producción de sensaciones de calor, al mismo tiempo que la sensibilidad táctil y dolorosa se despertó un poco, lo mismo que la acción de los músculos interiores y vermiculares.

8 Los éxitos obtenidos por la medicación marcan una nueva dirección para el tratamiento de la lepra, sobre todo hoy día que no hay nada que pueda obrar directamente sobre el proceso morboso (Moritz, v. Mering).

Revista de revistas

Trasmisión de la tuberculosis por la leche, por el Dr. Aramis—
(«Revue Scientifique» del 12 de Mayo de 1906).

Adami profesor japonés, ha discutido la cuestión, objeto de tan grandes controversias, de la trasmisión al hombre de la tuberculosis bovina, en particular por la leche.

Toma por base las estadísticas de Kitasato, según las cuales, en el Japón, la proporción de muertes por la tuberculosis, en relación al número total de fallecimientos, es exactamente igual á la

de Europa y la tuberculosis intestinal primaria en los niños (30 por 100) es más considerable que en Europa y América donde solo alcanza el 25 por 100.

Si se atribuye—dice Adami—la presencia de la tuberculosis intestinal en niños europeos al uso de la leche de vacas tuberculosas, ¿cómo explicarse esa infección tuberculosa en el Japón donde hay más niños afectados de tuberculosis intestinal que en América y Europa, allí donde no se usa para su alimentación la leche de vacas? Y por analogía, Adami cree que en Europa las causas de la tuberculosis intestinal de los niños no se encuentra en el uso de la leche tuberculosa.

La «American Medicine» de 1905 combatió estas ideas, admitiéndolas como un hecho curioso y nada más; y de ellas, ahora se hace eco la «Revue Scientifique» en su número del 12 de Mayo.

El admitir otras causas en la tuberculosis intestinal de los niños—se lee en «American Medicine» no excluye que dicha tuberculosis pueda tener un origen muy marcado en el uso de la leche bovina en dichas circunstancias.

Y continúa así:

«La posibilidad de la transmisión al hombre de la tuberculosis bovina está hoy bien demostrada, á pesar de la obstinación de Koch en negarla. Los bacilos de Koch observados con la leche pueden provocar tuberculosis intestinales, y hasta, como lo ha demostrado M. Calmette tuberculosis pulmonares. En fin, la leche infectada por los bacilos contiene toxinas que producen, aunque los bacilos sean destruídos por ebullición, una acción nociva que puede ser favorable al desenvolvimiento de la tuberculosis, como la tuberculina de Koch.»

Pérdidas alimenticias de la carne por la coción. (Revue de Medicine)

Grindley y Timothy Mojonier han hecho numerosas experiencias destinadas á reconocer el carácter y la extensión de las pérdidas ocasionadas por la coción de las carnes en el agua caliente, «á la parrilla», fritas y asadas; han efectuado á este objeto 72 experiencias. Según estos autores, la causa principal de la pérdida de peso se encuentra, para las carnes preparadas por ebullición en el agua, fritas y «á la parrilla», en la eliminación del agua bajo la acción del calor de ebullición. En la carne asada, el principal ori-

gen de las pérdidas, está en la eliminación combinada del agua y de la grasa.

La pérdida más débil de principios nutritivos tiene lugar cuando las carnes se preparan «á la parrilla».

En el caldo resultante de la coción de las carnes en el agua se ha encontrado 3'25 á 12'67 por 100 de substancia azoada, 0'60 á 37'40 por 100 de grasa y 20'04 á 67'39 por 100 de substancia mineral que primitivamente contenía la carne cruda.

En las carnes preparadas en la sartén con adición de grasa se ha encontrado 2'15 por 100 de substancia azoada; el 3'07 de los principios contenidos en la carne, antes de toda preparación, fueron absorbidos por la grasa adicionada á la carne para su preparación; la pérdida del agua fué de 40'41 á 51'39 por 100.

En la «grasa» de las carnes asadas se encontró 0'25 á 4'55 por 100 de substancia azoada, 4'53 á 57'45 por 100 de grasa y 2'47 á 27'18 por 100 de substancia mineral contenida en la carne cruda; la pérdida de agua es menor que en los otros modos de cocción: es de 17'53 por 100.

A mayor cantidad de carne corresponde, relativamente, menos pérdidas, cualquiera que sea el modo de cocción; pérdidas que luego van aumentando con relación al tiempo y elevación de temperatura.

Estas experiencias son interesantes, pero hechas con poco sistema para que las comparaciones puedan ser definitivas. Las cifras son muy numerosas; las conclusiones no lo son tanto. (Revue de la Societé d'hygiene alimentaire, decembre 1905.) P.

—

La muerte por la sed. («Revue Scientifique» del 19 de Mayo de 1906).

El Dr. Mc. Gee refiere el caso de un mejicano, extraviado en los desiertos del Orizona, que estuvo ocho días sin beber. Recorrió un espacio de 180 kilómetros durante un verdadero estado de estupor y llegó, titubeando y medio muerto, al campamento del Dr. Gee, quien con grandes trabajos, consiguió volverle á la vida. Este autor hace notar que la sed extrema, produce un estado que él llama *muerte viviente* (living death): los tegidos mueren de abajo á arriba por consecuencia del empobrecimiento de la sangre y

de la falta de circulación. Los dedos de los piés de la víctima caen y la piel se hiende sin hemorragias, por razón de la poca fluidez de la sangre (Journal of the Americ. Med. Association, 17 Marzo 1906).

—
La Basicina, por el Dr. Pérez Noguera. (*La Clínica Moderna*, Mayo de 1906).

Es una combinación muy soluble de cafeína y quinina, ideada por Krudmann, con objeto de poder administrar grandes dosis del segundo de dichos alcaloides en inyecciones hipodérmicas, pues si bien la quinopirina y el clorhidrato carbamidado de quinina reunían las condiciones necesarias de solubilidad para responder á dicho objeto, la primera desarrollaba una acción bastante peligrosa sobre el corazón, y la segunda, enteramente desprovista de tales inconvenientes, desenvolvía efectos medicinales muy poco activos.

El producto que estudiamos contiene dos partes de quinina y una de cafeína; se disuelve en todas las proporciones de agua y sus soluciones, que se conservan indefinidamente, sin precipitar, presentan un color amarillento. Los álcalis y los ácidos los descomponen.

Pero lo más interesante de dicho compuesto es la propiedad que posee de admitir en disolución muchos alcaloides activos, tales como la atropina, hiosciamina, pilocarpina, eserina y estriquina en cantidad necesaria para llenar todo género de indicaciones terapéuticas; adquiriendo propiedades unas veces muy semejantes á las de las antitoxinas y otras análogas á los medicamentos del grupo de la digital ó de los opiáceos.

Por otra parte, combinada con la berberina, el cornezuelo de centeno, la zarzaparrilla, el hierro, el arsénico y los extractos narcóticos, desarrolla efectos de carácter específico en gran número de enfermedades crónicas.

Dichas combinaciones de basicina, pueden administrarse por la boca, en inyecciones hipodérmicas ó bajo forma de fricciones sobre la piel.

He aquí algunas fórmulas publicadas por el autor en el *Deutsche Medicinische Wochenschrift*:

Sulfato de Atropina.	1 centigramo
Basicina.	} d.c.c. 10 gramos
Agua destilada.)	

Atropina.	25 miligramos
Basicina.	5 gramos
Agua destilada.	10 »

Para inyecciones hipodérmicas contra la difteria de los niños.

Nitrato de estrictina.	6 centigramos
Basicina.	} d.c.c. 9 gramos
Agua destilada.)	

Para inyecciones hipodérmicas.

Clorhidrato de pilocarpina.	10 centigramos
Basicina.	} d.c.c. 7,50 gramos
Agua destilada.)	

Para muchos enfermos estas soluciones resultan demasiado concentradas, y para evitar este inconveniente, Kriedmann prepara una solución de reserva á partes iguales, con la que puede obtener según las necesidades, solutos medicamentosos en diversos grados de concentración desde 1 á 8.

Para fricciones recomienda la preparación siguiente:

Basicina.	5 gramos
Cloroformo.	37,50 »
Alcohol.	12,50 »
Aceite de olivas.	45 »

En las enfermedades agudas se practicarán de tres á cuatro fricciones diarias y una sola cada veinticuatro horas, en las enfermedades crónicas.

Hasta ahora se ha recomendado el citado producto en la tuberculosis, enfermedades mentales, procesos febriles, neuralgias, insomnio, paludismo y reumatismo agudo; pero según el autor, existen otras muchas indicaciones que se propone demostrar más adelante.

Una sola inyección de medio gramo de basicina al dia, basta para hacer desaparecer temperaturas hipertérmicas de 40 grados. La solución de atropina en basicina posee una acción narcótica tan enérgica como la morfina y mucho menos peligrosa que la de esta última.

El nuevo remedio que nos ocupa parece resultar inofensivo

aun cuando se prolongue su uso durante largo tiempo. El autor asegura que viene tomando desde hace 17 años, de medio á un gramo de basicina por dia, sin experimentar el menor trastorno, á pesar de haber ingerido, durante este tiempo, unos seis kilogramos, por lo menos, de la expresada droga.

No ha podido fijar la dosis tóxica en el hombre, pero considera que su actitud terapéutica se manifiesta entre medio á un gramo en las 24 horas.

La administración de la quinina y de la cafeina libres, no produce los mismos resultados que la basicina, pues se trata de una combinación química especial, que se diferencia de los alcalóides que la constituyen, por su punto de fusión y por su modo de obrar en el organismo.

En cuanto á la intensidad de sus efectos, 60 centigramos equivalen á un gramo de quinina y 20 centigramos á 60 de cafeina. Tampoco desenvuelve ninguno de los fenómenos de intolerancia característicos de dichos alcalóides.

Creemos debe esperarse la aparición de nuevos trabajos experimentales que confirmen las maravillas relatadas por el autor; pero, aun prescindiendo de cuanta exageración pudiera haber en las apreciaciones antes expuestas, siempre resultará que la basicina es una preparación muy soluble de quinina; de efectos terapéuticos mucho más constantes y acentuados y cuyo empleo puede sernos muy útil en calidad de antitérmico y antipalúdico, sobre todo en las formas graves y perniciosas de la malaria.

Clinica de Patología General

Profesor.==Don Manuel Periañez.

HISTORIA CLÍNICA

por el alumno observador, Tomás R. de Mata

Roque García, expósito, de ocho años de edad, ocupaba la cama núm. 3 de la Sala del Niño Jesús, el dia 3 de Abril, fecha en que nos encargamos de hacer su historia.

Sulfato de Atropina.	1 centigramo
Basicina.	} d.c.c. 10 gramos
Agua destilada.	
Atropina.	25 miligramos
Basicina.	5 gramos
Agua destilada.	10 »
Para inyecciones hipodérmicas contra la difteria de los niños.	
Nitrato de estrectina.	6 centigramos
Basicina.	} d.c.c. 9 gramos
Agua destilada.	
Para inyecciones hipodérmicas.	
Clorhidrato de pilocarpina.	10 centigramos
Basicina.	} d.c.c. 7,50 gramos
Agua destilada.	

Para muchos enfermos estas soluciones resultan demasiado concentradas, y para evitar este inconveniente, Kriedmann prepara una solución de reserva á partes iguales, con la que puede obtener según las necesidades, solutos medicamentosos en diversos grados de concentración desde 1 á 8.

Para fricciones recomienda la preparación siguiente:

Basicina.	5 gramos
Cloroformo.	37,50 »
Alcohol.	12,50 »
Aceite de olivas.	45 »

En las enfermedades agudas se practicarán de tres á cuatro fricciones diarias y una sola cada veinticuatro horas, en las enfermedades crónicas.

Hasta ahora se ha recomendado el citado producto en la tuberculosis, enfermedades mentales, procesos febriles, neuralgias, insomnio, paludismo y reumatismo agudo; pero según el autor, existen otras muchas indicaciones que se propone demostrar más adelante.

Una sola inyección de medio gramo de basicina al dia, basta para hacer desaparecer temperaturas hipertérmicas de 40 grados. La solución de atropina en basicina posée una acción narcótica tan enérgica como la morfina y mucho menos peligrosa que la de esta última.

El nuevo remedio que nos ocupa parece resultar inofensivo

aun cuando se prolongue su uso durante largo tiempo. El autor asegura que viene tomando desde hace 17 años, de medio á un gramo de basicina por dia, sin experimentar el menor trastorno, á pesar de haber ingerido, durante este tiempo, unos seis kilogramos, por lo menos, de la expresada droga.

No ha podido fijar la dosis tóxica en el hombre, pero considera que su actitud terapéutica se manifiesta entre medio á un gramo en las 24 horas.

La administración de la quinina y de la cafeina libres, no produce los mismos resultados que la basicina, pues se trata de una combinación química especial, que se diferencia de los alcalóides que la constituyen, por su punto de fusión y por su modo de obrar en el organismo.

En cuanto á la intensidad de sus efectos, 60 centigramos equivalen á un gramo de quinina y 20 centigramos á 60 de cafeina. Tampoco desenvuelve ninguno de los fenómenos de intolerancia característicos de dichos alcalóides.

Creemos debe esperarse la aparición de nuevos trabajos experimentales que confirmen las maravillas relatadas por el autor; pero, aun prescindiendo de cuanta exageración pudiera haber en las apreciaciones antes expuestas, siempre resultará que la basicina es una preparación muy soluble de quinina; de efectos terapéuticos mucho más constantes y acentuados y cuyo empleo puede ser muy útil en calidad de antitérmico y antipalúdico, sobre todo en las formas graves y perniciosas de la malaria.

Clinica de Patología General

Profesor.==Don Manuel Periañez.

HISTORIA CLÍNICA

por el alumno observador, Tomás R. de Mata

Roque García, expósito, de ocho años de edad, ocupaba la cama núm. 3 de la Sala del Niño Jesús, el dia 3 de Abril, fecha en que nos encargamos de hacer su historia.

Los datos *anamnésicos* que podemos obtener del enfermo, se refieren solamente á que hacía quince días que estaba en la cama porque tenía tos. Recuerdo haber estado ya otras veces en la Sala y siempre por causas muy parecidas á la presente.

En el momento de nuestra observación se nos presentó el enfermo en decúbito supino, aunque podía tomar otra postura cualquiera, sin gran molestia.

A la simple inspección claramente se advierte que se trata de un niño de temperamento linfático ó pseudo-embrional de Letamendí; en efecto el color pálido del sujeto en todo su cuerpo; el pelo rubio; las formas delicadas y finas; la apatía que muestra por todo cuanto le rodea y la debilidad de la reacción orgánica, son otros tantos detalles que nos evidencian este dato. Su constitución es débil.

La *herencia*, que tan alto papel desempeña en la Patología, no puede aquí ser investigada, como se comprende, dado la índole del caso.

El *volúmen del cuerpo* es reducido y no proporcionado con la edad del sujeto; sin temor á exageraciones podemos decir que hay verdadera *miseria fisiológica*.....

La *piel* es fina y de un color pálido.

La *cabeza* tiene la forma dolicocefala, y está regularmente poblada de cabellos rubios.

La *cara* no tiene nada de particular más que está algo pronunciado el surco naso-labial.

Los *ojos* tienen de particular el que el iris es de color verde, lo cual constituye la excepción de nuestras regiones donde son casi exclusivos los de color castaño ó negro.

El *cuello* es delgado, como todo su cuerpo, no habiendo nada más que hacer notar.

El examen del *pecho* nos suministra, en cambio, datos de valor para nuestro diagnóstico. Se ve que es raquíptico, con los huesos supra-esternales muy pronunciados, formando relieve las costillas, aunque menos que la clavícula, que es muy prominente.

La inspección del *abdomen* nos enseña la absoluta discordancia que existe entre su volumen y el que debía corresponder á un niño de su edad. Es un vientre abultado, prominente, notándose en él elevaciones y depresiones rítmicas que coinciden con los

movimientos de inspiración y espiración; hay, pues, tipo de respiración abdominal.

Los *órganos genitales* están en el desarrollo que corresponde á la edad del sujeto. No así los miembros tanto torácicos como abdominales, pues se ve en ellos al niño poco desarrollado y que no hace ejercicio muscular; están muy delgados, apenas hay músculo.

La *inteligencia* se resiente de la falta de instrucción de que son víctimas estos desgraciados; las funciones motoras, sensitivas, etcétera, se hallan normales.

Aparato digestivo.—Hay ligera anorexia; á veces hay una ligera diarrea, que alterna con el estreñimiento que en él es habitual. La circunferencia abdominal, tomada al nivel del ombligo, mide 56 centímetros, cifra enorme, sobre todo comparada con la torácica que luego daremos. Hay además meteorismo, que se aprecia bien por la percusión.

Circulatorio.—Nada de anormal se nota á la inspección de la zona precordial. La matidez cardiaca, tanto la absoluta ó superficial como la profunda ó relativa, no están modificadas. Por auscultación se percibe un ligero soplo sistólico en la punta característico de la insuficiencia mitral. Más adelante hablaremos de él. Hay aumento en la frecuencia de los sístoles, que ha sido hasta de 126 al minuto (taquicardia). El pulso es rápido, blando y depresible, notándose la disminución de la tensión arterial, que medida con el esfigmomanómetro de Riva-Rocci nos ha dado la cifra de 120 m. m. de mercurio, evidentemente inferior á la normal. El esfigmograma que ha sido tomado con el esfigmógrafo de Dudgean es muy instructivo, porque nos enseña: 1.º el gancho característico de la insuficiencia mitral; y 2.º la falta de elevaciones de elasticidad, que es otra prueba de la hipotensión arterial.

Respiratorio—Ya hemos dicho antes que el pecho estaba poco desarrollado. La circunferencia torácica mide en la base 45,5 centímetros en la inspiración forzada y en la espiración 44 c. En la parte superior mide solamente 42 centímetros.

Por percusión se puede apreciar una zona mate que ocupa toda la base del pulmón derecho, correspondiendo á la parte media del mismo lado una ligera sub-matidez. El resto es normal.

La auscultación nos revela la abolición completa en la base

del pulmón derecho, del murmullo vesicular, coincidiendo con la zona mate. Ascendiendo con el estetoscopio, se puede notar hacia el segundo espacio intercostal, el murmullo vesicular modificado, pues hay un ligero ruido de roce y algunos estertores finos y diseminados. En el vértice del pulmón derecho y en todo el izquierdo, el murmullo es fuerte, áspero y rudo, indicio manifiesto de la función vicariante que tienen estos que ejercer. Hay también propagación de los latidos cardiacos y broncofonía.

Hay aumento en el número de los movimientos respiratorios, que llega hasta 46 al minuto (hiperpnea ó taquipnea).

La tos ha sido poca y le molestaba apenas. No le he oído yotosear ninguna vez.

El hígado se encuentra enormemente aumentado de volumen. Sobrepasa con mucho sus límites ordinarios de macidez en una extensión de tres ó cuatro traveses de dedo, llenando de este modo gran parte de la cavidad abdominal (hepatomegalia). El bazo también está, aunque no mucho, aumentado de volumen. Hay, pues, ligera esplenomegalia.

El examen de la orina, que tiene tanto interés, no lo hemos podido practicar, porque se le pasaban algunos días sin orinar (oliguria).

Los primeros días de su estancia en la sala ha tenido fiebre, aunque poca; en los días sucesivos, la temperatura ha sido normal (37°) y subnormal ($36^{\circ},7$).

El examen de la sangre, como tejido mediador de todos los cambios que se verifican en el organismo, tiene que ser de gran importancia, sobre todo en esta clase de enfermos. Lo principal que nos ha demostrado es la disminución de los glóbulos rojos, que 4.900.000 á 5.000.000 y aun más por m. m. que suele haber en la infancia en estado sano, ha bajado á 3.368.000 por m. m. medidos con el cuenta glóbulos de Thoma Zeiss (hipoglobulia, oligocytemia). Los leucocitos, que en estado normal son de 8.000 á 9.000 por m. m., estaban algo disminuidos, aunque muy poco. No había formas anormales de ninguna clase.

La enfermedad ha durado hasta el 21 de Abril, estando en cama próximamente 25 ó 30 días. Ha sido, pues, de curso subagudo.

Diagnóstico.—Fundándonos en los datos de la hipoglobulia,

que es bastante considerable, y en los trastornos generales, la hiponutrición, la hepato y esplenomegalia, etc., ponemos el diagnóstico de *anemia*.

La insuficiencia mitral y ese pulso especial, no deben ser atribuidos á lesión orgánica, dependiendo del mismo estado anémico, y teniendo su explicación según unos en la debilidad de los pilares de las válvulas y según otros, en un estado espasmódico de los mismos, no faltando quien crea que se debe á la relajación de las fibras circulares que rodean el orificio aurículo-ventricular izquierdo, impidiendo de este modo su perfecta oclusión. Nos demuestra también esta opinión el que no haya hipertrofia cardiaca, que sería de rigor en caso de lesión orgánica.

Así mismo hay también tuberculosis pulmonar, localizada en la base del pulmón derecho principalmente, y quizá complicada con algo de hipostasis en ambas bases, la cual siguiendo su evolución, no tardará en causar mayores estragos, etc.

El diagnóstico diferencial lo estableceremos sumariamente con aquellas anemias secundarias que pudieran prestar á confusión con la que padece nuestro enfermo. y después con otros estados morbosos que pudieran simular á primera vista un cuadro parecido.

Entre las anemias secundarias la diferenciaremos con las producidas por el *ankilostoma duodenalis*, *botriocephalus latus*, *oxiurus vermicularis*, las enteritis crónicas y la caquexia palúdica.

La anemia producida por el *ankilostoma duodenalis*, llamada también de los mineros, y de S. Gothardo, por haberse presentado en los obreros que trabajaban en dicho tunel, tiene por caracteres ser patrimonio exclusivo de los trabajadores, haber hipoglobulia mucho más acentuada, y presencia de leucocitos eosinófilos abundantes, cosa que no sucede en nuestro enfermo.

El *botriocephalus latus*, produce también una anemia considerable, pero va acompañada de edemas, hemorragias, eosinofilia, presencia de megaloblastos en el tegido hemático, etc. Tanto en un caso, como en el otro, existen en las deposiciones, ó bien el parásito, á veces sobre todo como en la anquilostomiasis, en número considerable, ó bien sus huevos, cuya presencia deshace todo error posible. Lo mismo podemos decir respecto á los *oxiurus vermicularis*.

Respecto á la *caquexia palúdica*, casi no hay más que men-

cionarla, porque no ha padecido nunca el enfermo las *calenturas*. Lo mismo decimos en la *enteritis crónica*.

La *clorosis* se distingue también porque se presente en el sexo femenino casi exclusivamente, y se acompaña, además de los trastornos hemáticos, de disnea, cefalalgia, palpitaciones, edema, ruido de soplo de las yugulares que recuerda el de peonza ó caracola, etc. Nada de esto ocurre en nuestro caso.

El *cáncer del estómago*, llamado *oculto*, produce también una anémia extrema, que no hacemos más que mencionar.

No hacemos más que enumerar la atrepsia, el raquitismo, la cirrosis hipertrófica del hígado, la escrófula, anémia perniciosa, etcétera, etcétera, porque sería interminable la lista, y multiplicaríamos los casos, sin objeto verdaderamente útil y práctico.

Pronóstico.—El pronóstico es grave, aunque no desesperado. Si no se opone remedio al curso de la enfermedad—como no se pondrá—seguirán sucesivamente remisiones y agravaciones hasta que decayendo por completo la resistencia orgánica del individuo, acabe por sucumbir por intoxicación, y por caquexia progresiva, producida por la hipo-nutrición general, pues tanto el campo digestivo, como el respiratorio, acabarán por no ser suficientes para sostener las fuerzas del organismo.

Etiología.—Debemos buscarla en dos puntos: 1.º La *insuficiencia alimenticia*; 2.º la *infección*.

El primer punto es indudable; entre las múltiples causas que pueden producir la anémia, la que encaja mejor en nuestro caso es la insuficiente cantidad y calidad de los alimentos. El régimen á que están sometidos estos individuos es escaso y malo.

Suelen recibir un pan poco alimenticio, que cuesta mucho trabajo digerir, fatigando inútilmente el tubo digestivo é intoxicándolo á la larga con sus productos, y por si esto fuera poco, en escasa cantidad.

¡Que de extraño es pues que en nuestro enfermo hayan producido estos fatídicos resultados, de los cuales se ha resentido tanto la sangre y esa glándula abdominal, el hígado, que es la vanguardia de nuestro organismo! ¡Lo verdaderamente notable, es que no estén más pobladas las salas de lo que están ya de enfermos!

Como apéndice á lo anteriormente expuesto, vamos á dar al-

gunos caracteres diferenciales entre la harina de trigo y la de centeno.

Los granos que forman el primero son de forma de glóbulos redondeados cuando se ven de frente, biconvexos de lado, de 47 micras próximamente y sin trazas de estriación.

Los de centeno tienen la forma de glóbulos, de esferoidales, aplastados, de 53 á 57 micras, habiendo otros muy pequeños; son de estriación poco visible, algunas veces solo en la periferia, adoptando la forma crucial.

Tratados con la de potasa, los de la harina de trigo se esfolian, mientras que los de centeno adquieren la forma de herradura.

La composición química de unos y otros, es según Gautier la siguiente:

Composición centesimal de las harinas

Harina de trigo.		Idem de centeno.	
Agua	13,57	. . . . .	13,71 gr.
Sustancias nitrogenadas.	12,64	. . . . .	11,57 »
Grasas	0,94	. . . . .	2,08 »
Almidones y azúcares.	74,71	. . . . .	69,61 »
Celulosa	0,29	. . . . .	1,59 »
Cenizas	0,48	. . . . .	1,44 »

Tiene pues, la harina de trigo más sustancias nitrogenadas y más almidón y azúcar; en cambio menos cenizas y celulosa que hacen más mal que beneficio. Si á esto se añade la presencia de las partes insolubles de la planta y su cutícula que constituye el salvado y el peligro de que algunas veces vaya mezclada con cornezuelo, el cuál puede producir trastornos circulatorios y nerviosos y la gangrena de las extremidades, se comprenderán los inmensos perjuicios que esto ocasiona.

Respecto á la segunda causa, es decir, la infección, tiene también su cuna en la mala organización de la citada casa. No hay en efecto, aislamiento, ni desinfección, ni nada en fin de lo que la moderna higiene manda que se haga en tales casos. Resulta de este modo que cada enfermo y cada sala se convierten en focos de infección—que se tiene poco ó ningún cuidado en remediar,—transmitiéndose las enfermedades y principalmente la tuber-

culosis, de niño á niño, de adulto á adulto, con sus juegos, con sus comidas, con el aire que respiran, etc.

Tratamiento.—El tratamiento á que ha estado sometido ha consistido en tomar una poción de flores cordiales y el jarabe de codeina para calmar la tos.

A nuestro juicio el tratamiento —á pesar de la *aparente curación* del enfermo,—debe dirigirse hacia dos objetivos principales: 1.º, Tratar de curar la anémia, que es en sí enfermedad curable; 2.º, impedir el avance de las lesiones tuberculosas.

El primer punto se puede conseguir con la administración continua y perseverada de los tónicos, la quina, y estimulantes de las funciones digestivas, como la genciana, colombo etc. El hierro tiene también aquí su indicación, sea obrando directamente sobre los tegidos y principalmente el hemático, sea por una especie de inducción.

Así pues, se le administrará un preparado de quina como el siguiente:

Dp.

Estracto de quina.	4 gramos.
Rhom ó cognac.	4 cent. cub.
Jarabe de corteza de naranjas amargas	30 cent. cub.
Agua destilada.	c. s. para 150 c. c.

M. P. S. á cucharadas.

Y respecto al hierro, bien las píldoras de Blancard, cuya composición es como sigue:

Dp.

Yodo sublimado	4'10 gramos.
Limadura de hierro pura	2 »
Agua destilada	6 »
Miel blanca	5 »
Polvo de regaliz.	2 c. s.

P. 10 píldoras. Cada píldora contiene cinco centigramos de yoduro de hierro; 4 á 6 píldoras *pro die*. O bien se puede administrar algún compuesto orgánico como la ferratina (albuminato de hierro), peptonato, etc.

Otros medicamentos, como el arsénico, empleado en la for-

ma de licor de Fowler, no debe emplearse, porque tiene el inconveniente de ser globulicida, cosa que hay que evitar á toda costa.

El segundo punto, dado que hoy no poseemos un tratamiento curativo de la tuberculosis, se aplicará á limitar en lo posible el avance de las lesiones tuberculosas, y que no lleguen estas á causar mayores estragos, tanto en el individuo, como en los que le rodean, evitando todos los peligros. Para esto es aconsejable una limpieza todo lo esmerada que sea posible, la aireación, los paseos en el campo, desinfección perfecta de todo objeto sospechoso, y los tónicos que hemos enumerado antes. Si queremos obrar contra la infección tuberculosa directamente, podremos administrar algún preparado de creosota, por ejemplo:

Dp.

Creosota. 1 gr.

Jabón amigdalino 2 c.s.

Para 10 píldoras. 6 á 8 *pro die*.

O bien el fosfito de creosota (Phosfotal) ó el fosfato de creosota (Phosota) combinado con la tuberculina Marechal, etc, etc, pues son tantos los medicamentos que se han indicado contra esta enfermedad que no se pueden ni enumerar siquiera, porque equivaldría á citar todos los medicamentos conocidos.

Pero sobre todo y ante todo, la buena alimentación y administración de alimentos ricos en nitrógeno, carnes, leche, huevos, etcétera, etcétera, y todo esto dado poco á poco, y progresivamente, porque administrados de pronto, el tránsito de un estado al otro, podría producir graves trastornos en un organismo que no está en condiciones de sufrir ninguno.

Diario de observaciones.—La enfermedad ha seguido un curso sub-agudo. Se ha ido notando en los días sucesivos la disminución de la tos que ha cesado por completo. La taquicardia ha cedido algo, aunque no mucho, pues solo ha bajado á 115 y 120 por minuto y lo mismo se puede decir de la hiperpnea. Asimismo se han restablecido los trastornos intestinales.

Terminación.—Ha sido por la curación. Pero no hay que hacerse ilusiones, porque es característico de su enfermedad, las agravaciones y remisiones, que pueden seguir, un verdadero ciclo evolutivo, como en efecto viene sucediendo; así es que no es muy aventurado suponer, si se opone remedio á ello, sucedan con

el tiempo agravaciones que den en breve plazo al traste con el enfermo.

Reflexiones.—Vamos á decir unas cuantas palabras respecto á dilucidar la cuestión de si la anémia de nuestro enfermo es pretuberculosa ó paratuberculosa, es decir, si ha precedido á la infección por el bacilo de Koch ó ha sido producida por él. Porque hay en efecto anémias secundarias que pueden ser producidas por la intoxicación microbiana, que por lo demás permanece latente.

En este caso sin embargo, pensamos que se trata de una anémia pretuberculosa, que ha precedido con bastante, á la infección. Así pues, nosotros creemos, que esta anémia era ya antigua, y producida por la insuficiencia alimenticia, causando en el organismo una depauperación que disminuía las resistencias orgánicas y favoreciendo así la invasión por el bacilo Koch, que no ha encontrado apenas resistencia para instalarse á sus anchas. Y buena prueba de esto, es que casi todos los niños asilados, son anémicos, y reconoce su anémia, la misma causa que la del nuestro. De desear sería pues, que las condiciones de este establecimiento se mejorasen en lo posible, tanto en lo estático, como en lo dinámico, impidiendo de esta manera, que ya se mueren bastantes infantes poco tiempo después de su ingreso, por las malas condiciones en que se ha hecho, y en los primeros meses de la vida, víctimas de la atrepsia, esa terrible enfermedad infantil, si quiera los que atraviesan, sin naufragar ese borrascoso mar, hallen una alimentación conveniente.

Recetario

Contra el Coriza

Estovaina, 1 gramo

Mentol, 0,50 »

Acido bórico pulverizado

Subnitrate de bismuto

aa 15 »

M,

—

Pomada contra las hemorroides y las fisuras anales

Estovaina, 0,25 gramos
 Adrenalina al milésimo, XXX gutas
 Lanolina } aa 5 gramos
 Vaselina }
 M.

Para las heridas dolorosas, úlceras, rasgaduras

Estovaina, 0,25 gramos
 Gomenol, 1 »
 Lanolina } aa 10 »
 Vaselina }
 M.

Contra la amigdalitis aguda

Hidrato de cloral, 2 gramos
 Hidrolado de menta, 50 »
 Agua, 100 »
 Jarabe de cerezas—aa
 M.

para gargarismos, templando al baño-maria.

(G. Laurens)

Noticias

En el mes anterior ha experimentado la morbilidad general en la ciudad una disminución considerable, sobre todo de las infecciones. En cambio, sabemos que en bastantes pueblos de la provincia se han presentado varios casos de viruela.

Los casos de muermo en el ganado caballar, que se dijo por la prensa diaria que se habían presentado en Alba de Tormes, no parece se hayan confirmado oficialmente.

* * *

Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante

Certamen de 1936

Esta Corporación se honra convocando á la clase médica á un Certamen científico-profesional, donde á los temas que se expresan, se adjudicarán, bajo las bases á continuación expuestas, los premios que se detallan:

PREMIOS Y TEMAS

1.º *Premio del Colegio oficial de Médicos de la provincia de Alicante.*—Medalla de Oro, título de Socio de Mérito y Diploma de honor.

Tema: Higiene del trabajo en las fábricas y talleres respecto á la mujer y al niño.

2.º *Premio de la Excm. Diputación provincial de Alicante.* Un objeto de arte.

Tema: Cólera, peste, fiebre amarilla. Estado actual de la cuestión de la desinfección con respecto á cada una de estas tres enfermedades. ¿Que medida convendría adoptar para impedir su importación y cuáles para oponerse á su desarrollo y difusión una vez importadas?

3.º *Premio de la Excm. Corporación Municipal de Alicante.* Un objeto de arte.

Tema: Higienización de Alicante.

4.º *Premio de la Sociedad Casino de Alicante.*—Doscientas cincuenta pesetas en metálico.

Tema: Cartilla de profilaxis tuberculosa, especialmente dedicada á evitar el contagio y difusión de la enfermedad en los grandes centros de reunión.

5.º *Premio de don Evaristo Manero Mollá, ex Presidente del Colegio.*—Un objeto de arte.

Tema: Causas á que puede obedecer la mayor frecuencia actual de la diabetes sacarina y medios que convendría emplear para atajar dicha frecuencia y para combatir la enfermedad.

BASES

1.^a Los trabajos se presentarán en un plazo que comienza en la fecha de estas bases y terminará á las veinticuatro horas del día 15 de Octubre próximo.

2.^a Dichos trabajos deberán ser escritos en castellano, con letra clara, perfectamente legibles, inéditos, sin firma ni dato alguno que indique la personalidad del autor y señalados con un lema igual á otro que figure en el sobre cerrado, donde se contendrá un pliego ó tarjeta, con el nombre y residencia de aquél.

3.^a Se dirigirán al señor Presidente del Colegio oficial de Médicos de la provincia de Alicante. A su presentación, si fuese reclamado, se expedirá un resguardo que la acredite; pero á este efecto, los remitidos por correo deberán, precisamente, venir certificados.

4.^a Al día siguiente de terminar el plazo de admisión, se dará cuenta en los periódicos locales, por relación debidamente autorizada, del número, temas y lemas que correspondan á los trabajos recibidos.

5.^a Oportunamente se publicarán los nombres de los señores que han de constituir el Jurado calificador.

6.^a Los premios se entregarán á los autores galardonados, en la solemne sesión de apertura del curso anual de Conferencias científicas del Colegio, que se celebrará en el próximo mes de Diciembre, anunciándose con la debida anticipación.

7.^a A cada premio acompañará el correspondiente Diploma. El Jurado calificador podrá conceder, en cada tema, los accésits y menciones honoríficas que crea oportunos, consistentes en Diplomas de Mérito.

Alicante 1.º de Junio de 1906.

El Presidente,
Silvio Escolano.

El Secretario,
Gonzalo Mengual.

*
* *

En nuestra facultad de Medicina y en los exámenes verificados recientemente, han sido licenciados veintiun nuevos Galenos, que han obtenido las siguientes calificaciones:

D. Marcelo S. Manzano, Mariano Navarro Moya, Laureano C. Herrera, Tomás S. Campo, Leopoldo S. Macarro, con la honrosa de sobresaliente; y con la de aprobado, D. Leandro G. Perez, Tomás Martín Sanchez, Jesús Garzón Guitián, Maximiano P. Martínez, Demetrio Perez Calzada, Pedro Manso Mata, Tomás Robado Mayoral, Marcial García Gomez, José Luis Rodríguez López, Joaquin Chamorro Lobo, José González del Castillo, Manuel Cruz García, Ramón de Echevarría y Uribe, Miguel Urizarra, Eloy Cuadrado Mendo é Indalecio Sanchez García.

A todos ellos les damos nuestra más cordial enhorabuena y les deseamos muchos éxitos en el ejercicio de la profesión.

Estadística demográfica sanitaria de Salamanca.

Mes de Mayo de 1906

Nacimientos viables.	{	Varones . . . 31	{	Ilegítimos. 4
		Hembras. . . 39		Idem. 11
Idem no viables	{	Varones . . . 1	{	Idem. "
		Hembras. . . 1		
		<i>Totales.</i>		87
Defunciones	{	Varones . . . 48	{	contags. Varones. . . 0
		Hembras. . . 31		Hembras . . . 0
		<i>Totales.</i>		79
Matrimonios, 13				