

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Octubre—1911

Núm. 202

Sumario

Artículos originales: I) **Dr. Arístegui**. Rabia de Laboratorio.—II) **Don Aurelio Valdés**. La Exploración del Páncreas.

Academias y Congresos: Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Actas de las sesiones celebradas los días 10 y 17 de Noviembre.

Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) **Lagendre**. La acción y empleo de los purgantes.—2) El órgano de la vista y el alumbrado artificial.—3) Úlceras varicosas.—4) La corrección de la tos en los tísicos.—5) **Dr. Laumanier**. La cura de la intoxicación.—6) **Dr. Guelpa**. La cura en la diabetes.—7) Actualidades Farmacológicas.

Sección profesional.

I.

RABIA DE LABORATORIO

por el

Doctor Arístegui

Jefe del Laboratorio Químico Municipal

(Artículo segundo)

Los resultados estadísticos que nos proporciona el tratamiento antirrábico son brillantes, y á ellos hemos de atenernos pese á los que, faltos de otras razones, apelan á negar sistemáticamente la virtualidad de aquellos que son consecuencia de la experimentación y base de la ciencia.

De ellos deducimos, como hecho probado, que antes del descubrimiento del tratamiento antirrábico, la mortalidad en los individuos mordidos por animales rabiosos era, según los autores, desde un 46 hasta un 15 por 100, según los más optimistas; hoy, después del rescubrimiento de Pasteur, ha descendido á una cifra inferior á uno por ciento, dato elocuente y que basta por sí solo para justificar el tratamiento.

Pero á pesar de estos brillantes resultados hay un punto que es conveniente esclarecer: ¿es el tratamiento antirrábico en absoluto inocuo ó es capaz de producir la rabia de Laboratorio?

Es innegable que en los albores del tratamiento antirrábico, cuando aun no se habían contrastado bien sus resultados en relación con la virulencia de las médulas empleadas, por deficiencia de una experimentación defectuosa, ocurrieron algunos fracasos ruidosos, como los sucedidos á Bareggi, Pasteur Ferrán y otros.

A raíz del descubrimiento de Pasteur el tratamiento antirrábico adolecía de dos defectos principales: uno, que no confería la inmunidad, y otro, que las personas tratadas podían adquirir, con todas sus terribles consecuencias, la llamada rabia de Laboratorio.

Comprobóse entonces, después de prolijas investigaciones y estudios, que las médulas desecadas empleadas por Pasteur en ciertos casos eran completamente inútiles, pues no conferían la inmunidad al individuo á quien se le inyectaban, y que lo que realmente confería aquella, no eran las médulas desecadas, sino las frescas, mucho más virulentas y activas, por lo que el mismo Pasteur transformó su primitivo procedimiento por otro llamado intensivo, en el que se inyectaban á los individuos puestos en tratamiento dosis de médulas de mucha mayor virulencia.

Al mismo tiempo el Dr. Ferrán que había aceptado el procedimiento Pasteur, fundándose precisamente en los datos que la experimentación le iba aportando, de los que se deducía que las médulas secas no inmunizaban, expuso, como consecuencia de un estudio detenido de estos hechos, el tratamiento llamado suprainensivo, admitiendo el principio paradoagógico, como él lo llama, de que pequeñas cantidades de virus matan y grandes cantidades curan.

Como resultado de estas modificaciones y de otros perfeccionamientos que el tiempo se ha encargado de llevar á cabo, se corrigieron los dos principales defectos de que adolecía el primitivo tratamiento.

Hoy, después de 25 años de experimentación, los casos de mortalidad por rabia de Laboratorio, puede decirse que no se conocen; á ello ha contribuido indudablemente que las médulas seriadas obtenidas en los Laboratorios, se hallan adaptadas de tal

manera á los conejos por multitud de pasos sucesivos, que esa misma adaptación hace creer fundadamente, que su virulencia para el hombre, ó ha desaparecido ó por lo menos se ha modificado muy profundamente.

Y como en un principio ni Bareggi, ni Ferrán, ni Pasteur disponían de médulas adaptadas al organismo del conejo como hoy, pudo ser esto una causa más de sus primitivos fracasos.

En el Instituto Pasteur se hace hoy uso de una médula que habrá sufrido ya más de un millar de pases sucesivos por el organismo de otros tantos conejos.

Las médulas seriadas que nosotros empleamos procedentes en su origen del Dr. Ferrán, habrán sufrido como mínimum 300 ó 400 pases.

De lo dicho se deduce que el virus de serie ha perdido por estos pasos toda ó la mayor parte de su virulencia con respecto al organismo humano, sufriendo una atenuación manifiesta como se ha comprobado experimentalmente con respecto al mono, y por accidente con respecto al hombre en un caso de autoinoculación sufrida por Nitsch, y por la inocuidad con que se hacen las manipulaciones del virus en los Institutos antirrábicos. Prueba este hecho lo ocurrido en una ocasión al Dr. Garostiza que se inoculó por descuido en la yema de un dedo con una geringuilla llena de virus fresco diluído, sin que por ello sufriera novedad alguna.

A pesar de ser todo esto cierto, hay, sin embargo, un hecho, y es, que el tratamiento antirrábico no defiende en absoluto la vida de los individuos sometidos á él, pues queda siempre una pequeña proporción que fallecen de rabia á pesar de la vacunación; si esto sucede dentro de los 15 ó 20 días después de terminado el tratamiento, la causa está perfectamente justificada, por no haber tenido tiempo de producirse la inmunización; cuando ocurre después de esta fecha, la explicación no es tan clara y satisfactoria, pero esto no autoriza nunca para diagnosticarla como producida por rabia de Laboratorio.

Se dan casos como el siguiente: tratarse á la vez dos personas mordidas por distintos perros, una mayor, joven, exuberante de vida, y un niño raquítico, pobre, escuálido los médulas, el número de días y el profesor que los trató fueron los mismos; terminado el tratamiento, al cabo de un mes, muere de rabia, según

dictámen facultativo, la persona fuerte y robusta; el niño raquítico, flaco y hambriento, no tuvo novedad.

Pues bien, este caso se repite á menudo, ¿es posible suponer ni remotamente que la persona muerta lo ha sido por el tratamiento antirrábico? ¿no es más lógico admitir que su muerte ha sido á consecuencia de la mordedura? ¿por qué la persona joven, fuerte y robusta, con resistencia y defensa orgánica poderosas de energía y vitalidad extraordinarias sucumbe, y en cambio, aquel tierno niño, flaco, y débil al parecer, sin resistencia orgánica, vive y no tiene novedad?

¿Por qué tratadas mil personas en la misma forma, idéntica técnica, con las mismas médulas, solo mueren seis ó siete y las demás son inmunizadas y salvadas?

¿Si las médulas fuesen virulentas para el hombre, no producirían una mortalidad horrible? ¿Qué tienen, pues, en su constitución esas personas que mueren que no tienen las demás?

La contestación á estas preguntas las hará lógicamente el lector y deducirá seguramente como consecuencia la inocuidad del tratamiento antirrábico y la existencia de otras causas que influyen en que la inmunización antirrábica fracase en algunas personas.

La experiencia ha demostrado (Remliger) que el organismo de las personas que han sido sometidas al tratamiento, se encuentran, durante un período más ó menos largo después de él, en un estado como de equilibrio inestable, que puede romperse por un accidente al parecer sin importancia, un enfriamiento, un golpe, un choque moral, etc., etc. Chantemesse cita la observación siguiente: un hombre vacunado, una caída un día de temporal, siguió trabajando á pesar de esto y de la lluvia, y al día siguiente se le presentaron dolores en el miembro mordido, falleciendo de rabia cuatro días más tarde.

Lemaistre cita el caso de un niño que recibe en el rostro, de repente, un cubo lleno de agua fría algún tiempo después de haber sido tratado; inmediatamente se le presentaron síntomas rábicos.

Un comerciante, vacunado en el Cairo, es atacado y herido en la cabeza por un indígena; al cabo de pocos días murió de rabia furiosa (Relinger).

En esa misma población un policía que ha sufrido el trata-

miento antirrábico, se ve acosado por un perro de gran tamaño, el cual no le produjo herida alguna, pero fué suficiente causa para que apareciera la rabia inoculada por el primer animal mordedor.

El alcoholismo parece se causa, también, determinante de la falta de inmunidad, pues Kraus y Kreissl, han demostrado que los animales alcoholizados en el curso de la vacunación no adquirirían ninguna inmunidad, viniendo á corroborar esta teoría el que muchos de los fallecidos, á pesar del tratamiento, son manifiestamente alcohólicos; quedan, no obstante, cierto número de fallecidos, cuya causa no se puede explicar satisfactoriamente.

Lo que sí es positivo, es que la rabia en las personas vacunadas no se atenúa por el tratamiento y cuando aquélla se manifiesta no difiere, ni por la intensidad de los síntomas ni por la rapidez de su evolución de la producida en los mordidos no vacunados.

Como consecuencia de todo esto podemos deducir:

Primero. Que las médulas rábicas de larga fecha seriadas, son inocuas ó muy profundamente modificadas y atenuadas en su virulencia para el hombre.

Segundo. Como consecuencia de lo anterior se puede decir que la rabia de Laboratorio hoy día no existe.

Tercero. Que el tratamiento antirrábico no garantiza, *en absoluto*, la vida de los tratados.

Cuarto. Que de los fallecidos unos lo son por haber llegado tarde al tratamiento y mueren dentro de los 15 ó 20 días después de éste, período en el cual no se ha podido llegar á la inmunización de los centros nerviosos; otros que fallecen después de este período lo son por accidentes fortuitos que rompen el equilibrio inestable en que se encuentra el organismo después del tratamiento antirrábico; otros por alcoholismo que imposibilita la inmunización, etc.

Quinto. Que queda un grupo de personas fallecidas cuya explicación queda en el misterio.

Bilbao, Noviembre 1911.

LA EXPLORACIÓN DEL PÁNCREAS

por

DON AURELIO VALDÉS

(Médico y Farmacéutico)

Estando situada esta glándula por detrás del estómago y por delante de las primeras vértebras lumbares, la exploración física de este órgano nos proporciona datos insuficientes, vagos é inseguros.

Los adelantos realizados por la fisiología durante estos últimos años han aportado medios auxiliares á la clínica de fácil aplicación y que permiten fundar diagnósticos seguros de las afecciones pancreáticas. Es por tanto necesario acudir á datos funcionales, á recordar la fisiología de la glándula y el papel que juega el jugo pancreático sobre las sustancias alimenticias para sentar diagnóstico que de otra suerte serían imposible, dada la situación profunda del órgano y sus relaciones anatómicas con otras vísceras.

Con estos nuevos métodos diagnósticos se han podido aclarar problemas y penetrar en el misterio que hasta hace poco constituían las enfermedades del páncreas.

Uno de los métodos de exploración de la actividad fisiológica de la glándula que nos ocupa, está fundado en la determinación del fermento amilolítico en la orina.

El profesor Minkovski ha demostrado que los fermentos digestivos son en parte reabsorbidos, pasan á la sangre y se expulsan por la orina; pero lo son en mayor cantidad por el parénquima pancreático cuando no pueden llegar al intestino por sus vías naturales, y del mismo modo que se reabsorbe la bilis por el hígado cuando está dificultada su fácil salida á la ampolla de Vater; también se reabsorbe el jugo pancreático cuando un tumor, un proceso inflamatorio radica en el páncreas ú órganos próximos y comprimen el conducto de Wirsung.

En condiciones fisiológicas, dice Minkovski, existe una relativa constancia del valor diastásico de la orina normal; todo aumento ó disminución de ese valor nos indicará un estado patológico del páncreas, que una insuficiencia secretora, ya una reabsorción del jugo por obstáculos en su secreción.

Para determinar el poder amilolítico de la orina, se hacen mezclas en proporciones crecientes con distintas cantidades de orina y 5 c. c. de solución de almidón soluble al 1 por 100, añadiendo una pequeña cantidad de toluol: se colocan los tubos durante 20 horas en la estufa á 39° ó 40°.

Transcurrido este tiempo se añade á cada tubito de ensayo una cantidad determinada de agua, de manera que el nivel alcance igual altura en todos ellos: sólo nos queda que añadir dos gotas de solución decinormal de iodo á cada tubo. El grado de transformación de almidón lo ponemos de manifiesto por el color que aparece en los tubos de ensayo.

En el primer tubo el color azul intenso por la escasa transformación del almidón, dada la pequeña cantidad de amilopsina que interviene, nos servirá de tipo para comparar la coloración de los restantes, en donde se observarán las coloraciones rojas de la erytrodextrina y después los tubos incoloros de la acrodextrina, por no teñirse este producto por la acción del iodo.

Se considerarán normales aquellas orinas que representen un poder diastásico de 5 de almidón por 25 de orina y de 5 por 100: todo aumento ó disminución de la diastasa urinaria por encima del valor tipo, será considerado como patológico, y por tanto el aumento del poder diastásico representará, según dejamos dicho, reabsorción; y la disminución de la fuerza amilolítica, insuficiencia glandular.

Vemos, pues, con que facilidad podemos medir la actividad normal de un órgano tan poco accesible á los métodos de exploración general y deducir según los resultados obtenidos orientaciones que nos conducen con relativa facilidad á consecuencias exactas en la patología de un órgano tan difícil de explorar.

El procedimiento de A. Schmidt, mucho más complicado que el anterior, está fundado en el supuesto de que solo el jugo pancreático desdobra las nucleínas y estudia la alteración digestiva que sufren los núcleos celulares en su paso por el tubo intestinal. Hace ingerir al paciente pequeñas cantidades de carne en forma de bolos que envuelve en gasa de seda, y una vez defecados dichos bolos, preparaciones histológicas convenientes, nos mostrarán el estado de los núcleos; es decir, si los núcleos son colorables para los reactivos por no haber sido atacada su nucleína, ó

si por el contrario dichos núcleos no aparecen á la investigación microscópica, ó sólo sus restos se pueden descubrir.

Cuando la nucleína ó cromatina ha desaparecido por la total destrucción del núcleo, la facultad que tiene dicha substancia de colorarse intensamente por el carmín, hematoxihina y anilinas básicas, desaparece totalmente; pero si la destrucción no es total, la nucleína se coloreará más ó menos bajo la acción de los colorantes citados.

Para Schmidt y Minkovoski sólo la tripsiana tiene la propiedad de destruir los núcleos celulares y del estado en que se encuentren deduciremos la fuerza de digestión nuclear del jugo pancreático.

Se ha querido sacar partido de la facultad desdobladora del jugo pancreático con las grasas neutras, dando lugar á la saponificación y emulsión en virtud del fermento soluble denominado saponasa ó lipasa, para determinar por la presencia de grasas neutras en las heces fecales una insuficiencia pancreática; pero los estudios de Claudio Bernard, confirmados más tarde por otros autores, demostraron que la propiedad de saponificar y emulsionar las grasas, no reside únicamente en el jugo pancreático: también la bilis, aparte de otros factores, interviene con eficacia en los citados fenómenos y no podemos por tanto interpretar una esteatorrea como síntoma de insuficiencia pancreática, ya que es frecuente que la retención biliar se acompañe también de cámaras grasientas.

Sólo recordaremos, por ser perfectamente conocido el procedimiento recomendado hace tiempo por Sahli, de la digestión de las cápsulas de glutoide. No es tan seguro como los primeramente citados por la complejidad de factores que influyen en la digestión del glutoide y sólo tiene hoy un valor complementario para afianzar los resultados obtenidos por los demás métodos de exploración pancreática.

Los estudios de Mering y Minkovoski pusieron de manifiesto la labor interna metabólica del páncreas. Esta glándula posee, como todos sabemos, además de su función digestiva, que ejerce por la secreción de jugo pancreático en el intestino (secreción externa), otra función que juega un capital papel en los cambios nutritivos (secreción interna) y que se cumple á la manera de las llamadas glándulas vasculares sanguíneas. Conocida es la influen-

cia del páncreas sobre la utilización y fijación de los hidratos de carbono y la glucosuria que sigue á la extirpación experimental de dicha glándula. Esta influencia que se ha demostrado clínicamente repetidas veces, no guarda la relación estrecha que era de esperar para que una insuficiencia pancreática sea causa de glucosuria constante ó sólo alimenticia y recíprocamente, que la deficiencia de fijación y utilización de los hidratos de carbono proceda siempre de la deficiente actividad del páncreas.

La reacción de Cammidge, que tanto llamó la atención por su originalidad y por las esperanzas que daba en la resolución del problema que nos ocupa, no ha pasado de ser una de tantas novedades que hoy se recuerdan por los buenos augurios que hizo concebir en sus comienzos.

He aquí citados los principales medios con que contamos en clínica para la resolución del problema de las enfermedades del páncreas, y aunque tampoco hoy podemos cantar victoria por no ofrecer ninguno aisladamente certeza absoluta de una afección pancreática, la combinación de todos ó de algunos nos proporcionarán valiosos datos para aclarar el diagnóstico que se nos presente.

Bilbao, Noviembre, 1911.

Academias y Congresos

Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

Sesión celebrada el día 10 de Noviembre de 1911

Preside el Sr. Aparicio

Sr. Presidente.—Después de saludar á los señores concurrentes y dar las gracias más efusivas por su nombramiento, tanto más honroso cuanto que lo fué por unanimidad, manifiesta que le mueven los mejores deseos para que la Academia adquiera nuevo y mayor vigor que el que estos últimos años ha tenido, para seguir adelante y promete hacer cuanto esté de su mano en este sentido.

Así mismo hace ver la necesidad en que se encuentra la Academia para elevar su categoría y transformarla en entidad

oficial, y cree que en este curso debe procurarse lograr este deseo y él, por su parte, promete trabajar en este sentido. Y también entiende que la Academia, haciendo suyos los deseos expresados por el Dr. Carrasco en su discurso pronunciado en el acto al homenaje celebrado en honor del Dr. Gil, debe amparar la idea de la creación de un Colegio-Médico-Regional con su correspondiente Montepío, pero todavía esos acuerdos serán tratados en distintas sesiones, para lo cual espera aunar el esfuerzo, la inteligencia y el celo de todos en pro y en beneficio de la clase tan necesitada de auxilio y de apoyo.

Sr. Alonso.—Presenta tres casos de muerte aparente y estado cataléptico consecutivo y que se refieren á otros tantos individuos y que demuestran la imprescindible necesidad en que se halla el médico de proceder á un minucioso y muy concienzudo reconocimiento, sobre todo en individuos neurósicos antes de sentar la conclusión de una muerte definitiva.

Sr. Esparza.—Es ya inveterada costumbre en nuestro querido compañero D. Pedro Alonso, inaugurar todos los años la primera sesión del curso académico con la exposición de interesantes casos prácticos y amenos episodios, entresacados de sus notas clínicas. Si venerable se destaca su figura por su ancianidad al iniciar los debates, se destaca mucho más, si se tiene en cuenta que después de sufrir con resignación la pesadumbre de las injusticias y el calvario que supone el ejercicio de una larga vida profesional de médico de partido, siendo éste de inclemente clima, de accidentado suelo, de extensión dilatada y de pobre é inculdo vecindario; si se tiene también presente que ejerció siempre su profesión con solicitud y moralidad sin que ninguno de sus compañeros recibiera de él ofensa ni la más leve influencia de esa baba de la envidia que mancha reputaciones; después de esta ruda lucha que al más viril anonada y reduce á la inercia, obligándole al retiro de los cuarteles de invierno, ni se apagaron sus energías ni se entibió su amor por la ciencia y la profesión, viniendo con ello dando loable ejemplo en los años que lleva instituída esta corporación científica á muchos que con mayores motivos debían de acudir contribuyendo al brillo de esta Academia.

Por abnegación tanta, por tales méritos y virtudes médicas, creo yo, sin la duda de que lo mismo pensarán mis compañeros,

que esta Academia debe al Sr. Alonso gratitud, estando moralmente por ello obligada á premiarle con el título de socio de mérito.

Y ya que estoy en el uso de la palabra, aprovecho la ocasión para felicitar á la Academia por su acierto en la elección de Presidente, sintiendo no contara mi voto por serme imposible la asistencia en la sesión anterior.

La elección del Dr. Aparicio equivale, según mi criterio, á entrar esta Corporación en un período de renovación que necesitaba su vetusta marcha. Y si es así, yo encarezco al Dr. Aparicio, por suponerle con inteligencia y condiciones para ello, que vea el modo de curar la grave dolencia que viene sufriendo esta Academia, para evitarle una muerte súbita, en la seguridad de que en esta labor hemos de ayudarle todos con la mejor voluntad y verdadero entusiasmo.

Sr. Presidente.—Se levanta para manifestarle que para hacer al Sr. Alonso académico honorario se precisa tramitar esta petición reglamentariamente y le promete que, para la próxima junta general se tendrá presente este asunto.

El Secretario General,

C. MENDAZA

Sesión del día 17 de Noviembre de 1911

Es presentado D. Pedro Elejoste, que desea ser admitido como académico de número.

El Secretario general da lectura á una carta dirigida á esta Academia por el ortopédico de Barcelona D. Pedro Ramón, en cuya carta incluía un talón del ferrocarril para recoger en la estación una vitrina conteniendo varios bragueros. Se acordó darse por enterados.

Sr. Carrasco.—Llama la atención de la Academia acerca de un asunto que, según su modo de pensar, tiene gran importancia.

Se refiere á un caso de rabia en el que se trata de un sugeto mordido por un perro y al que luego se le practicaron inyecciones antirrábicas, no obstante lo cual, falleció de rabia algunos días después. Un Sr. Veterinario de esta villa había escrito un folleto y repartido profusamente, en el que llega á afirmar de

una manera rotunda y categórica, que la rabia de este sugeto fué una verdadera rabia experimental provocada por las inyecciones que se le practicaron en el laboratorio municipal de esta villa.

El asunto este es de tal naturaleza y tan importante, que entiendo debe la Academia tomar parte en el mismo, ya practicando indagaciones, ya llamando al autor del folleto para que haga aquí las impugnaciones que desee y luego se le conteste ó no, pero con objeto de ver de que parte está la razón.

Puesto á discusión este asunto, se acordó que un Sr. Académico presente este tema á discusión, y si el Sr. Veterinario á quien antes se ha referido el Sr. Carrasco quiere tomar parte en la misma, ingrese como académico para poder discutir.

Caso de muerte aparente y estado cataléptico consecutivo

Sr. Cantero.—Presenta un caso que aunque el vulgo le hacía pasar por un caso de catalepsia, se cree haya sido un caso de verdadera letargia como jamás se conoció en los anales de la ciencia.

El Dr. Pinilla, sabio maestro de la facultad de Salamanca, publicó dicho caso en la revista «Alrededor del Mundo» del día 5 de Noviembre de 1903 y en la «Revista Médico-Hidrológica» del mismo mes y año, después de haber visitado en mi compañía el caso presentado.

Se trata de una mujer llamada Benita de la Fuente, nacida el 23 de Abril de 1843. Casó el año 1863 y hacia el año de 1873 por efecto de un gran susto que llevó por haber rabiado varios animales domésticos de su pertenencia cayó en cama. Estaba si se iba ó no se iba y por varias veces se le administró el Señor, pero la enferma resistía, si bien alimentándose cada vez menos hasta el día que llegó á no tomar absolutamente nada, excepto un poquito de agua en verano.

La enferma se hallaba en un estado de postración absoluto, sin articular palabra alguna y sí un chillido ó gruñido, como dice muy bien el Sr. Pinilla, que lanza al notar le tocan ó abren las ventanas, pues hay que advertir que está siempre en la más completa obscuridad. Tiene cerrados los ojos y contraídos los párpados y la boca, que hace esfuerzos para que no se los abran así

como para quitarle el embozo de la cama, al cual se agarra con cierta fuerza. Tiene 120 pulsaciones y 37° de temperatura.

Su aspecto exterior no denota el que esté enferma; no se alimenta á pesar de tener el vientre hundido y los músculos atrofiados. Al parecer la enferma oye, suda bastante y según su hijo se pasan meses sin mudarle sus ropas y las de su cama, pues no orina ni defeca.

El año 1904, el día del Corpus y en ocasión de que se hallaba en la habitación una hija suya, abrió los ojos y dijo se quería vestir, al oír lo cual la hija echó á correr asustada á contárselo á sus demás hermanos.

Conocía á sus hijos y por el parecido sacaba á sus nietos. Desde ese día se le ha levantado un poquito y se le dió un poco de leche, tomando ahora (al año) por las mañanas menos de medio cuartillo, pues dice no puede más, no tomando nada durante el día. Recuerda perfectamente todo hasta el día en que cayó en ese estado de letargia en que dejó de comer, desde cuyo día ya no recuerda nada.

Terminaba el Dr. Pinilla su artículo preguntando como podía un ser humano estarse sin comer 20 años y de donde venían las pocas ó muchas calorías que gastaba la enferma en cuestión aunque éstas solo fueran 12 por kilo y día.

Para explicar el caso este de Benita, admitía tres hipótesis.

En la primera admitía se tratara de un caso de superchería, lo cual no estaba demostrado, puesto que su familia, aunque pobres labradores, no admitían limosnas y la mayor parte del año se iban al campo dejando la casa cerrada hasta por la noche que regresaban.

La segunda admitía alguna ley fisiológica en virtud de cuyo cumplimiento un organismo puede integrar en ciertas condiciones el nitrógeno de la atmósfera como las sales del agua, teniendo á su disposición estos elementos, por facilitar las más necesarias actividades nutritivas.

Y en la tercera admitía en Benita una paresia del metabolismo orgánico, y llamando *biotonus* á la relación de la asimilación ó la desasimilación en la unidad del tiempo, las oscilaciones en el tamaño de la fracción $\frac{A}{B}$ determinaron las variaciones en las manifestaciones vitales de cada organismo; es decir que cuando la asimilación y desasimilación tengan el mismo tamaño en

la mitad de tiempo, la fracción $\frac{A}{B} = 1$ ó sea que hay equilibrio con los cambios nutritivos. Finalmente terminaba su artículo admitiendo la existencia de un cosmos tan hermoso como este de que formamos parte, regido con la mitad de las leyes que desconocemos y opinando que en el caso de Benita no se trataba ni de un milagro ni de un caso de superchería.

Sr. Esparza.—Entiende que el caso expuesto es de superchería, pues no puede creer que la enferma en cuestión permaneciera tanto tiempo sin comer. Cita el caso del célebre ayunador Lucci, al que vió y pudo atestiguar que no comía en los 40 días que duraba el ayuno; pero este tiempo no alcanza ni con mucho al del caso expuesto.

Además cree que no se trataba de letargía, pues en esta el individuo no oye y la enferma citada oía y se apercibía de lo que sucedía en su alrededor.

Sr. Carrasco.—Opina de una manera distinta y cree que no existía superchería alguna. Lo interesante en este caso es averiguar si la individua en cuestión estuvo dormida durante los 30 años; que si ello es así, no hay más que cerrar los ojos á la evidencia.

Sr. Esparza.—Habla en sentido contrario.

Sr. Carrasco.—Relata por su parte el caso de una histérica con parálisis que duró 5 años, cuya enferma permaneció todo ese tiempo en el Hospital, hasta que un día súbitamente pidió la ropa, se levantó y salió á la calle.

No puede explicarse cómo cedió aquella parálisis, pero el hecho es cierto; no había superchería y cita el caso para que se vea cómo existen hechos cuya explicación no es posible.

Sr. Alonso.—La catalepsia tiene un signo claro: la contractura muscular parcial ó total, pero permanente.

El Secretario General,
C. MENDAZA.

Revista de Revistas.—Bibliografía

1) **D. Lagendre.** La acción y empleo de los purgantes.

Aunque parezca una vulgaridad médica el ocuparse de este grupo de medicamentos del cual parece que se ha dicho la última palabra,

consideramos necesario puntualizar su acción y empleo dentro del ambiente científico moderno.

Sabido es que las deposiciones provocadas por los purgantes llevan no solamente humores diversos y residuos alimenticios, sino también sustancias tóxicas procedentes de las fermentaciones intestinales, microbios y gran número de tejidos introducidos por las vías gástrica y sanguínea que llegan al tubo digestivo por las secreciones biliares y demás glándulas.

El intestino se halla animado de movimientos peristálticos y antiperistálticos originado por el contacto de las heces fecales de un lado, y de otro por la irritación de los plexos nerviosos de Auerbach y de Mesnier y los gánglios del gran simpático. Las contracciones pueden ser exageradas excitando el nervio vago y disminuidas haciendo lo propio sobre los nervios esplánicos.

Los centros nerviosos cerebrales tienen una gran influencia sobre los movimientos intestinales, puesto que ciertas emociones como el cólera, el miedo, etc., pueden causar la diarrea. El peristaltismo puede también ser provocado por excitantes químicos tales como el ácido carbónico que causa una diarrea profusa en las asfixias y en la agonía. La cafeína, muscarina, nicotina y otros agentes hacen contraer el intestino.

Ciertos residuos vegetales como la celulosa, pan de salvado, espinacas, etc., obran mecánicamente determinando deposiciones abundantes.

Diversas hipótesis se han formulado sobre la acción de los purgantes. La más antigua es la de la *osmosis*; pero en el día se halla abandonada por cuanto se ha observado, que el azúcar de caña cuyo poder osmótico es elevado, jamás produce diarrea.

La hipótesis de la irritación catarral con vaso-dilatación intensa y diapédesis leucocitaria parece tener un terreno firme.

Admítase en la práctica tres clases de purgantes: mecánicos, laxantes, catárticos y drásticos. Cuéntanse entre los primeros el agua, aceite de oliva, mostaza blanca, granos de lino y simientes de Zaragatona; figuran en el segundo grupo la glicerina, miel, maná, tamarindos, aceite de ricino, sulfatos de sosa, magnesia calcinada, azufre y aguas minerales purgantes: son catárticos los más irritantes que los anteriores y provocan secreciones intestinales y peristaltismo graduados como el áloes, ruibarbo, cáscara sagrada y foliculos de sén.

En todos estos agentes se encuentra un glucósido y una substan-

cia común, la emoidina derivada del autraceno á la cual se deben las propiedades purgantes.

Los drásticos como la escamonea, jalapa, turbit mineral coloquinteda etc., etc., son sumamente irritantes y rara vez se usan.

El Dr. Arissemoret, partiendo de la antraquinana ha formado por síntesis, una serie de purgantes nuevos entre los cuales, el más conocido es la fenoltaleina.

Los cuerpos mucilaginosos son también purgantes. La evonimina y los calomelanos suelen ser muy usados por sus acciones descongestionantes del hígado y desinfectantes del intestino.

También pueden los purgantes ayudados de una dieta severa renovar la nutrición general, como lo ha probado el Dr. Guelpa, de París en la diabetes. Por el contrario, el Dr. Burlureaux y otros son enemigos de los purgantes. Cita entre otros casos para apoyar su manera de ver esa medicación, el que su persona ha estado quince y veinte días sin exonerar los intestinos durante una fiebre tifoidea, no sufriendo por ella ningún retraso ni alteración en la marcha de la enfermedad. Varios individuos de una familia que sufrieron una intoxicación alimenticia por haber comido un cabrito algo pasado, curaron más pronto los que no fueron purgados que los sometidos á evacuaciones ventrales. Rechaza el empleo en la ictericia simple y en la saburra gástrica

El Dr. Delorme cuando va á ejecutar una operación abdominal somete al paciente durante quince días antes, á un estreñimiento por medio de opio.

En el estreñimiento agudo por obstáculo mecánico (estrangulación) hernia, vólvulus, bridas, el purgante no debe ser usado por absurdo y dañoso.

Todas las quejas que nos dan los estreñidos habituales, no están fundadas más que en las causas provocadoras de su estreñimiento. Ó comen muy poco ó son neurópatas intoxicados.

El Dr. Burlureaux cita varios niños que bajo la influencia de una dosis de calomelanos fueron acometidos de fiebre intensa y accidentes francamente infecciosos. Algunos viejos que tomaron un purgante intempestivamente, cayeron en una cama.

Napoleón I no recordaba haber tomado purgante alguno. Burlureaux no encuentra justificada la indicación de los purgantes más que en los casos de cólico de plomo y disentería.

El Dr. Gallois dice «Purgantes y lavativas son causa de enteritis.»

Los supositorios irritan con su repetición. Burlureaux preconiza el ejercicio metódico, la dromoterapia, mecanoterapia, masaje suave, hidroterapia, la electricidad, las inyecciones subcutáneas del suero marino y los extractos de bilis y de hígado.

Bardet aconseja el empleo de las plantas del grupo de los líquenes y algas marinas.

Según el Dr. Schmidt, el estreñimiento es la consecuencia de la absorción exagerada de la parte líquida de las materias fecales. A su juicio, para combatirlo, es preciso aumentar su volumen hidratándolas.

Los trabajos de Barnot, Renón y Bardet recomiendan el uso del agar-agar ó de la gelosa en los estreñimientos habituales.

Se ve, pues, salvo ciertas exageraciones de estos médicos, que el antiguo sistema de purgar á menudo ó hacerlo intensamente que dió tanto valor al Dr. Leroy, ha sustituido un plan más racional fundado en la indicación causal y teniendo en cuenta la clase de paciente sobre el cual ha de actuarse.

En resumen: si se trata de un estreñimiento accidental ó de una intoxicación alimenticia por indigestión ó mala calidad de los alimentos; debe emplearse un purgante suficiente para desembarazar el tubo digestivo é implantar, según los casos, la dieta hídrica por un tiempo mínimo de 24 horas.

Por el contrario, si es habitual el estreñimiento, es necesario insistir en el régimen alimenticio apropiado y en los agentes físicos como el masaje, la hidroterapia, el agua fría tomada en ayunas, el agar-agar los mucilagos y aun el dejar de tomar alimentos sólidos cada tres días.

Jamás en caso de obstrucción intestinal debe usarse purgante alguno, así como tampoco en el embarazo gástrico. La fiebre tifoidea que en tiempos atrás era tratada por los purgantes suaves, actualmente no se purga á ningún enfermo, salvo que las evacuaciones sean notoriamente insuficientes. Están contraindicadas en los casos de hemorragias intestinales y principio de peritonitis.

Tampoco se usarán en el cólera, diarreas coleriformes y después de traumatismos abdominales.

El sulfato de sosa y los calomelanos son útiles en la disentería.

Nada de purgantes en la enteritis muco-membranosa y entero-colitis.

Los drásticos usados con prudencia, son útiles en el cólico saturnino.

Son útiles los purgantes en las congestiones del hígado con éxtasis

del sistema venoso de la vena porta, producidas por excesos en el comer y beber, afecciones cardiacas; pero no deben usarse en las cirrosis.

Al final de las bronquitis de los niños y con el objeto de hacer renacer el apetito evacuando los esputos tragados, así como en las bronquitis de los viejos, debe usarse un purgante suave.

Son necesarios en las afecciones cardiacas, al comenzar los edemas en las nefritis y enfermedades cerebrales.

Abstenerse de ellos, si son violentos, en las metritis, anexitis, embarazo y lactancia.

2) El órgano de la vista y el alumbrado artificial.

Las diferentes clases de luz que conocemos desde la proyectada por el sol hasta la producida por una lamparilla de aceite, tienen en diversas proporciones tres suertes de radiación, á saber: 1.^a Rayos infrarojos ó caloríferos invisibles y con vibraciones que por segundo de tiempo oscilan entre 171 y 342 millones. 2.^a Rayos lumínicos, visible de los colores rojo, anaranjado, amarillo, verde, azulado, indigo y violeta, gozando de 342 á 684 millones vibraciones por segundo; y 3.^a Rayos químicos ó ultra-violetas invisibles con más de 684 vibraciones por segundo. Ahora bien, el trabajo intensivo que se ejecuta bajo la acción de una luz potente, siempre es más ó menos dañino al ojo humano, no obstante las defensas con que se halla armado.

Se impone, pues, la investigación de medios de protegerlo, especialmente cuando se halle bajo la influencia de un alumbrado artificial.

Hace mucho tiempo se viene debatiendo la cuestión del alumbrado para el trabajo que se ejecuta cerca del objeto, dada su complejidad.

Las cualidades que se exigen por la higiene á un buen alumbrado para que no sea nocivo á la retina, no se encuentran en el obtenido por medios artificiales. Parece existir una estrecha relación entre su intensidad y el efecto dañino en el ojo.

A medida que se realiza el progreso en la luz artificial, aumentan las quejas de los individuos que se ven obligados á su empleo. Las luces de gas por incandescencia Aüer y la eléctrica determinan la *oftalmia luminica ó eléctrica*.

Bajo estas denominaciones se designan los trastornos visuales que se observan después de un eclipse de sol y marchas prolongadas sobre hielo ó nieve muy iluminados. Entonces se aprecian fenómenos de deslumbramiento: la visión queda momentáneamente abolida y el su-

jeto afecto no percibe más que la sensación del color rojo (eritropsia). Al propio tiempo la coyuntiva se inyecta, el ojo está rojo, lacrimoso y hay fotofobia. Después poco á poco desaparecen estos fenómenos y al cabo de unos días se restablece la normalidad.

Iguales alteraciones se ven cuando los ojos se exponen accidentalmente á la acción de una chispa eléctrica intensa. En este caso la acción nociva de la luz es debida al considerable número de rayos ultra-violetas.

La luz solar reflejada por la nieve puede ocasionar idénticos efectos, pero para ello es preciso estar en montañas con preferencia á los valles y llanuras en los cuales la luz tiene menos rayos ultra-violetas.

No es raro el observar, aunque en menos grado, estos mismos trastornos en sujetos que trabajan por algún tiempo seguido á la luz artificial. Después de un periodo que oscila entre algunos veinte minutos y muchas horas, los caracteres de imprenta se ven confusos, hay dolores neurálgicos en las regiones preorbitarias que se irradian á la caja craneal y se acompañan de parpadeo. La luz viva causa una impresión penosa y la conjuntiva se inyecta á la vez que hay fotofobia. Estos son síntomas atenuados de la oftalmia eléctrica.

Lo primero que hay que hacer en semejante caso, es investigar si existen ó no en el globo ocular motivos suficientes para explicar estos fenómenos de astenopia acomodativa: hipermetropia ó astigmatismo, por ejemplo. Las más de las veces la refracción es normal y si existe un ligero grado de astigmatismo, los trastornos que le son propios se acentúa con el trabajo á la luz artificial y casi no varían á la solar.

El alumbrado artificial ejerce una influencia en su aparición y de todas las luces empleadas la eléctrica es la más dañosa por su riqueza de rayos ultra-violetas.

Averiguado el que estos rayos son los que son nocivos, según la cantidad que de ellos exista en una luz, dividiremos las artificiales en tres clases: 1.^a la que es pobre en rayos actínicos, como la de bujía y lámpara de aceite; 2.^a algo más rica como la de petróleo y gas ordinario sin manguitos; 3.^a representada por todas las variedades de lámparas de incandescencia tales como las de acetileno, gas con manguito Aüer y eléctricas. La proporción de rayos nocivos aumenta progresivamente de la lámpara con filamento de bambú ó metálico, á la de arco voltaico para alcanzar su máximo en la de mercurio.

En su consecuencia, parece que debieran preferirse las luces de la primera y segunda clase; pero los inconvenientes de su poca fijeza, la

dificultad y el entretenimiento de ellas en buenas condiciones, hacen que se prefieran hoy día las de incandescencia por gas y eléctricas. Por tanto, conviene estudiar los medios conducentes á detener los rayos ultra-violetas que contienen y hacerlos inofensivos para el ojo.

Una primera barrera natural está constituida por el cristalino que absorbe un gran número de rayos. Así es que, después de la catarata por extracción de la lente, la retina es mucho más sensible y sufre mayor daño por la acción de esos rayos.

Este hecho parece que debía aplicarse á los cristales ordinarios y los de mica, pero realmente detienen los rayos actínicos en muy pequeña cantidad.

Los cristales más ó menos azulados que se han recomendado absorben pocos rayos actínicos. Son mejores los cristales ahumados pero disminuyen la intensidad de luz. Deben, pues, preferirse los cristales grises, amarillo-verdosos preconizados por Fienzal hace veinte años, que desconocía la acción nociva de los rayos ultra-violetas y creía que reducían al mínimum los movimientos migratorios del pigmento y los elementos de la retina.

Posteriormente se ha llegado á reconocer mayor superioridad á cristales de Schanz y Stockhausen, que los construyen con el nombre de *eufos-glas*. Detienen casi la totalidad de esos rayos nocivos, sin disminuir la intensidad de la luz; pero no existen en el comercio y en su defecto deben usarse los cristales amarillos en forma de lentes ó mejor bajo la forma de ampollas ó manguitos que rodeen al foco luminoso.

Estos cristales están graduados del 1 al 6, representándose los números inferiores el tinte menos acentuado en progresión lenta. En la práctica, los colores de los números 1 y 2 parece que responden á la generalidad de casos siempre que el foco luminoso se coloque á cierta distancia del ojo.

En resumen: visto que la mayor parte de los fenómenos de fatiga ocular son debidos á los rayos ultra-violetas, debe rodearse al foco de luz de ampollas ó manguitos amarillentos que los destruyan y en los sujetos muy sensibles se debe recomendar que usen además lentes amarillos débiles

3) Úlceras varicosas.

La mejor manera de tratarlas es la irrigación caliente en la forma siguiente:

Un bock de irrigación de capacidad de muchos litros, provisto de un tubo de caoutchouc suficientemente largo para proyectar el agua á una presión de 1 metro y 50 centímetros, conteniendo 4 ó 5 litros de agua hervida á la temperatura de 50° C. y salada en la proporción de 7 gramos de cloruro sódico por litro, una cura esterilizada de tarlatana, algodón y vendas y un barreño para la recogida del agua.

Se irriga la úlcera con la ducha caliente insistiendo en los bordes de ella y empleando en cada sesión 4 ó 5 litros agua por lo menos. Si hubiera intolerancia para el agua á 50° C., se procederá por chorraditas pequeñas é interrumpidas.

Hecha la irrigación se recubre la úlcera con muselina esterilizada y mojada en agua salada á 50°; luego se coloca el algodón y se procede á vendar la región.

Mientras las úlceras estén saniosas, fétidas, con botones carnosos atónicos, etc., etc., se hará una irrigación diaria; pero desde el momento que se limpia y presenta mejor aspecto con tendencias á la cicatriz acción, lo cual suele ocurrir al 4.º ó 5.º lavado, se hace la cura cada tres ó cuatro días teniendo cuidado de mojar con agua templada las piezas de cura para desprenderlas suavemente y sin causar lesiones en la parte.

Más adelante, se retrasan á seis ó siete días las sesiones de cura irrigadora.

4) La corrección de la tos en los tísicos. *Tablettes Medicales*.

Si apesar de educar á un tísico á que no tosa sin necesidad de espectorar, tal fuera la susceptibilidad suya, que no pudiera conseguir nada por lo incoercible de la excitación faringo-laríngea, se usará la fórmula siguiente:

Dpe.

Codeina	}	aa 10 cent.
Dionina		

Clorhidrato de cocaina	25 id.
----------------------------------	--------

Hidrolado de laurel cerezo	15 id.
--------------------------------------	--------

Me.

Para tomar algunas 4 ó 5 gotas en un terrón de azúcar que se deja fundir en la boca.

5) **Dr. Laumanier** La cura de la intoxicación.

Los trabajos de las escuelas de Pasteur y Bouchar creando las in-

toxicaciones auto y heterogéneas debidas á muchas enfermedades, han dado lugar á variados estudios para investigar en qué consisten.

A decir verdad, ignoramos en qué descansa la intoxicación, qué materias químicas actúan, ni qué mecanismo fisiológico hay que invocar para explicarla.

Nos limitamos á decir que las células y los microbios segregan toxinas, que envenenan al organismo á quien hay necesidad de desembarazarle de ellas.

Ante semejante declaración, se han forjado teorías que ninguna se ajusta ni á la fisiología, ni á la clínica, porque los fenómenos generales observados en la intoxicación, son debidos, no á substancias químicas definidas, sino á luchas de equilibrios coloidales que caen bajo el dominio de la química-física.

Sin embargo, el dogma de la intoxicación se halla tan imperante, que la terapéutica propone varias «*curas de desintoxicación*» y entre las cuales figura como más interesante, la propuesta por el Dr. Guelpa, de París, y discutida en las sociedades de terapéutica y medicina de esa villa.

El punto de partida de dicho médico en el asunto, es el siguiente: «*una enfermedad evoluciona tanto más rápidamente hacia la curación, cuanto más pronto y regular es el enflaquecimiento del enfermo, hasta la desaparición de la fiebre*» ¿Porqué? Por cuanto que el enflaquecimiento significa en ese caso, eliminación de células gastadas, residuos funcionales y toxinas. Esta afirmación carece de pruebas concluyentes. Sin embargo, aceptémosla y en este caso diremos que en todo estado mórbico en que la intoxicación desempeña un papel, el enflaquecimiento debe representar una desintoxicación y como corolario, el rejuvenecimiento de los tejidos, por desaparición de los elementos menos resistentes.

Constituyendo de este modo en enflaquecimiento una terapéutica eficaz, el Dr. Guelpa, en los casos convenientes, lo obtiene por dos medios diferentes, pero inseparables y simultáneos: la dieta absoluta y los purgantes suaves repetidos.

En efecto: á beneficio de la dieta, el organismo se ve obligado á vivir de sus reservas orgánicas y las células que van á ser devoradas son las que se hallan debilitadas, agotadas y alteradas, en virtud de la lucha vital.

La purga diaria suave barre los residuos celulares y venenos que embarazan las superficies gastro-intestinales y sus glándulas afluentes, mediante el flugo osmótico que se exagera.

A primera vista, no puede darse una teoría más sencilla y seductora. Dejando á un lado por el momento su crítica, veamos los resultados de su aplicación que es lo más importante. Parecen algunos verdaderas maravillas. Los diabéticos gordos, por ejemplo, ven desaparecer el azúcar de sus orinas á los tres días de dieta completa y de purgas; sino obstante volviera á aparecer, una ó dos curas de igual duración restablecen la normalidad urinaria. Las complicaciones de la gangrena en la diabetes, se curan con igual facilidad.

Tampoco resisten á la acción de esa cura las perturbaciones digestivas, la obesidad, gota, enfermedades de la piel y particularmente el eczema, la tos, la disnea de los enfisematosos, estados neurasténicos, hiperpatías, ascitis, las consecuencias operatorias, quemaduras graves, etcétera, etc. En suma, es un método general que se aplica á varias enfermedades, exceptuando á la tuberculosis, cáncer y otras.

El número y clase de observaciones reunidas por el Dr. Guelpa es de mucho peso.

La técnica de la cura consiste en la prohibición rigurosa de todos los alimentos sólidos y usar en bebida el agua de Evian, diferentes tisanas y una taza de café ó té.

Esta abstención parecerá penosa, sobre todo si hay necesidad de prolongarla durante cuatro ó cinco días ó más. Como purga cotidiana recomienda las aguas purgantes ó los salinos tomados en fuertes dosis, en dos ó tres veces diluidos en agua á una temperatura tibia.

Hay que cuidarse del frío sobre abrigando todo el cuerpo. Debe preferirse el verano ú otoño templados para llevar á cabo la cura con menor exposición á un enfriamiento que pudiera dar lugar á consecuencias dolorosas.

6) **Dr. Guelpa.** La cura en la diabetes.

Consiste esencialmente en someter al enfermo á dos periodos repetidos de tres días de ayuno absoluto.

Durante esta dieta se prescriben purgantes valiosos, bajo la forma de agua mineral para desembarazar el tubo intestinal, sitio frecuente sobre todo en los diabéticos, que tienen tendencia á comer más cantidades de las necesarias á la vida de las fermentaciones nocivas. Como cosecuencia aquéllos impiden la sensación de hambre, haciendo más soportable la dieta.

Los resultados obtenidos son sorprendentes. Generalmente, un solo periodo de ayuno determina la disminución considerable del

azúcar urinario. La vuelta á la alimentación establecida de manera que sea suficiente á cubrir estrictamente las necesidades reales del enfermo, evitando el exceso de carne y de azúcar, es seguida de un aumento de la glucosuria; pero al cabo de tres periodos más de ayuno, el azúcar desaparece definitivamente apesar de que se use de un régimen variado normal en la alimentación.

El enfermo puede considerarse curado.

Este es uno de los hechos clínicos que han servido de fundamento al citado médico para fundamentar su teoría sobre la cura de las intoxicaciones.

7) Actualidades Farmacológicas.—*La sífilis gástrica.*

La sífilis del estómago se observa raramente. Durante la práctica médica, es hasta excepcional, si nos atenemos á las estadísticas, puesto que M. Pater (1) no ha encontrado en la ciencia más que 122 observaciones. En realidad, sin embargo, es probable que las lesiones sifiliticas del estómago sean bastante frecuentes, pero se hace raramente el diagnóstico preciso. Como prueba, no queremos más que esta confesión del Pr. Hayem: «En mi ya larga carrera y entre tantos enfermos cuidados por mí por afecciones del estómago, no he encontrado más que cuatro casos, ó quizás cinco, de sífilis estomacales, pero es posible que yo haya desconocido cierto número (2)».

Con el método y la claridad que le caracterizan, M. Mathieu (3) clasifica en cinco grupos las formas clínicas de la sífilis gástrica:

- 1.º En primer lugar, las gastropatías crónicas sin tumor y sin estenosis pilórica que toman el aspecto de gastritis crónica grave;
- 2.º En segundo lugar, las gastropatías graves con empastamiento ó tumor que simula el cáncer del estómago, sin estenosis pilórica;
- 3.º Las gastropatías sifiliticas con estenosis pilórica que simula la estenosis neoplásica primitiva del piloro;
- 4.º La sífilis gástrica en forma de ulcus;
- 5.º Por último, la sífilis gástrica, caracterizada sobre todo por deformaciones del estómago y particularmente por la biloculación.

I. Un ejemplo característico de la sífilis rebelde de gastritis crónica ha sido publicado por Andral en 1838. Se trata de una mujer de 27 años que no presentaba ningún signo evidente de sífilis. Sin embargo había tenido algunas veces granos en los labios que habían de-

(1) PATER. Tesis de Paris, 1907.

(2) Hayem. De la syphilis stomacale. *Presse médicale*, 18 de febrero de 1905.

(3) A. Mathieu, *Gazette des Hôpitaux*, 20 de Julio de 1911.

saparecido por medios muy sencillos, como lavados con agua de malvavisco, por ejemplo; se les había considerado como de naturaleza dartrosa. Durante dos años, tuvo esta mujer emociones morales muy vivas; se había emaciado y había acusado inapetencia y dolores á nivel del apéndice xifoide; se habían mostrado vómitos. El examen no descubría sensibilidad á la presión del epigastrio. Las defecaciones eran normales y las reglas menos abundantes que anteriormente. Todo hacia pensar en una gastritis crónica y se le aplicó en dicha época el tratamiento habitual: sanguijuela, fomentaciones emolientes, vejigatorios y hasta cauterios; nada daba buen resultado y, «á pesar de todos los esfuerzos del arte, la enfermedad hacia terribles progresos».

Cuatro meses después del principio, esta mujer vomitaba todos los alimentos líquidos ó sólidos que tomaba poco tiempo después de su ingestión. Sólo digería la leche de burra; se desesperaba de la curación, cuando acusó males de garganta y el examen de esta región hizo observar una ulceración específica. Este hecho abrió el camino al diagnóstico, y Andral aconsejó las píldoras de bicloruro de mercurio á dosis progresiva. Durante los primeros tiempos, el tratamiento no produjo ninguna mejoría sensible, sin que hubiera tampoco agravación. Sólo al 15.º día fué cuando se designó la mejoría; los vómitos resultaron menos frecuentes, las digestiones fueron mejores y las fuerzas se relevaron. Hacia el 30º día, mejoría muy marcada; vómitos extremadamente raros. Andral añadió entonces las fricciones mercuriales al uso del bicloruro de mercurio. A la décimosegunda fricción, cesación completa de los vómitos, alimentación sin dolor y región epigástrica flexible é indolora. Bien pronto recobró la enferma completamente la salud.

II. Un ejemplo notable de sífilis gástrica simulando cáncer con tumor nos ha sido referido por el Pr. Fournier en el *Journal de la Syphilis*:

« En septiembre último, un antiguo amigo, de 71 años, vino á buscarme todo apesadumbrado. Parece, me dijo, que tengo un tumor en el estómago, sin duda un cáncer, aunque no me lo han dicho, y que es preciso abrirme el vientre para extirpar este tumor; por lo menos me lo han aconsejado. ¡Mira pues lo que tengo! Intorrogo al enfermo que presentaba trastornos gástricos muy acentuados y especialmente trastornos que acusaban cierto grado de estenosis pilórica. Examinó y encuentro, en efecto, un tumor fácilmente accesible, en razón del enflaquecimiento, situado de una manera exacta en la región piló-

rica; duro y de la forma y volumen de una mandarina grande... En resumen, lo confieso, me ví inducido, á mi pesar, á hacer el diagnóstico de cáncer y, no estaba lejos de aceptar la intervención quirúrgica propuesta si no me hubiera venido al pensamiento el recuerdo de que mi amigo era un antiguo sifilitico; había tenido la sífilis hacía veinte años y se había tratado, incompletamente, como hacen muchos, es decir bien al principio y mal después. ¿Por qué este tumor no había de ser producto de la sífilis?

Consecuentemente, pido el plazo de un mes antes de discutir la oportunidad de una operación, y propuse consagrar este mes á un ensayo de tratamiento específico, lo cual se aceptó. El tratamiento se compuso de fricciones mercuriales y de yoduro de potasio. Resultado dos meses después, atenuación notable de los trastornos gástricos y disminución apreciable del tumor.

En enero, las funciones del estómago se habían casi restablecido; y el tumor se había disminuído más en una palabra, en abril, retorno á la salud y desaparición absoluta del tumor.»

III. La sífilis gástrica de forma de estenosis pilórica es quizás la más frecuente; conduce frecuentemente á una intervención quirúrgica que permite el examen histológico y por consiguiente el diagnóstico exacto de la naturaleza de las lesiones.

A los hechos publicados por MM. Hayem (1) y Terrien, añadiremos la observación siguiente que es de las más típicas y muy reciente. En la sesión de 23 de febrero de 1911 de la «Société de l'Internationat des Hôpitaux de Paris», M. Hepp dió cuenta de la observación de un hombre de 33 años atacado de una estenosis pilórica progresiva y que había llegado á un estado de caquexia muy avanzado. Hacia más de un año que se había practicado con éxito una gastroentero-anastomosis. Durante la operación, llamó la atención á M. Hepp la hipertrofia considerable de las paredes gástricas, que habían determinado un obstáculo notable en el establecimiento correcto de la anastomosis. Sin embargo, la causa de esta lesión había quedado problemática cuando, seis semanas después de la operación al enfermo, que parecía completamente valiente, vió aparecer bruscamente albuminuria y una hemiplegia derecha con afasia. Estos síntomas despertaron en M. Hepp la idea de una sífilis antigua que había interesado sucesivamente el estómago, el riñón y el cerebro.

Un tratamiento específico intenso provocó rápidamente la curación

(1) Hayem. *Presse médicale*, febrero de 1905.

del enfermo y confirmó el diagnóstico. Sin embargo, con más de seis meses de una salud perfecta, el sujeto fué de nuevo atacado, en enero de 1911, de una nueva hemiplegia sin albuminuria. Como la primera, esta hemiplegia desapareció rápidamente bajo la influencia del tratamiento específico. En consecuencia, se ve que se trataba bien de un sífilítico que presentaba lesiones viscerales múltiples. Por lo demás, la reacción de Wassermann, que era positiva desde su primer ataque de hemiplegia, confirmó también el diagnóstico.

IV. Como ejemplo de sífilis gástrica de forma de ulcus, no encontramos otro mejor que la observación presentada por el Dr. Salomón Iser (1) á la Sociedad de Terapéutica: La enferma, de 48 años, fué cuidada por mí en 1905; en este momento presentaba una exostosis frontal, otra exostosis á nivel del tercio inferior del húmero y lesiones de la nariz por las que fué consultado el Dr. Laurens. Nuestros compañero hizo el diagnóstico de sífilis y prescribió como yo un tratamiento mercurial. Todos los accidentes desaparecieron á las 24 inyecciones de aceite biyodurado (0'01 gr. de biyoduro cada dos días). Perdí á la enferma de vista hasta el 1.º de noviembre de 1909, cuando vino á exponerme los nuevos trastornos que sentía. Desde el 14 de septiembre de 1909 tenía hematemesis y melena; el médico que la cuidaba le hacía un tratamiento sintomático y había declarado á la hija de la enferma que ésta estaba atacada de un cáncer en el estómago. La enferma estaba pálida y anemiada, pero no tenía el color amarillo de paja; á la palpación, se sentía el estómago un poco dilatado, pero no había tumor perceptible; existía un punto muy doloroso en la región pilórica. El interrogatorio me hizo saber que, á pesar de los síntomas alarmantes procedentes, la enferma había conservado su apetito para todos los alimentos. Comía poco, porque temía el retorno de las hemorragias.

Dados estos síntomas no patognomónicos del cáncer gástrico y los antecedentes de la enferma, le hice 18 inyecciones de biyoduro de mercurio á 0'01 gr.; en seguida, durante 15 días le hice tomar 2 grs. de yoduro de potasio por día. La mejoría se produjo muy rápidamente; las hemorragias cesaron completamente; las digestiones eran todavía un poco penosas, pero la enferma conservaba bien los alimentos y su peso corporal pasó de 61'410 kg. á 64'330 kg.

Por razones personales, la enferma cesó todo tratamiento hacia el 15 de Diciembre. El 22 de Enero de 1910 fué de nuevo atacada de

(1) Salomón Iser. *Bulletin de la Société de Thérapeutique*, 1910, p. 209.

hemorragias intestinales repetidas; perdía unas veces sangre rutilante y otras melena; pero sin vómitos ni hermatemesis. Á pesar de reclamar la enferma un tratamiento hidrargírico, el médico le negó todo tratamiento específico é hizo un tratamiento sintomático. Como su estado empeoraba, la enferma me llamó y empecé inmediatamente una serie de inyecciones de hectargirio, una inyección cada 2 días. Al cabo de algunas inyecciones, las hemorragias cesaron completamente y la enferma recobró poco su vigor desaparecido. Su estado es muy satisfactorio, según las noticias que de ella he tenido recientemente.

V. Gracias á la radiografía y sobre todo á la radioscopia, es fácil actualmente hacer el diagnóstico de estómago bilocular. Pero el problema es mucho más delicado cuando se trata de establecer la causa de esta deformación del estómago. Se deberá pensar siempre en la sífilis. MM. Béclere y Bensaude, y MM. Leven y Barret han podido curar sus enfermos por un tratamiento específico.

«En nuestro caso, dicen MM. Leven y Barret (1) el examen raioscópico mostró un estómago bilocular y un encogimiento muy apretado sobre una longitud de 4 á 5 centímetros, que empezaba á unos 10 centímetros del cardia. El diagnóstico que se estaba autorizado á poner en aquel momento era de estómago bilocular, sin poder decir si aquella estenosis parcial era debida á una úlcera ó un cáncer. Era preciso tratar á la enferma y juzgar el caso según su evolución. Le aconsejamos que guardase cama, absorber litro y medio de leche en 24 horas y tomar subnitrate de bismuto á débiles dosis, cada hora y media, según nuestro método habitual.

En algunos días cesaron los vómitos y terminaron los dolores solares localizados sobre la línea media. ¡Pero esto fué todo! El enflaquecimiento continuó y la anemia no se modificó; por último, el dolor gástrico, visceral, localizado sobre el punto estenosado, persistió intenso, no modificado, esencialmente *nocturno* é independiente de las horas de comidas, á pesar de un mes de tratamiento. En este momento, y por consejo nuestro, entró en el servicio de nuestro maestro el Dr. Caussade.

Antes de confiarla al cirujano y á pesar de la ausencia de signos de sífilis hereditaria ó adquirida, propusimos intentar un tratamiento mercurial que fué instituido así: una inyección de biyoduro de hidrargirio de 0,02 grs. y 3 gramos de yoduro de potasio por día. La enferma recibió 19 inyecciones y absorbió 90 gramos de yoduro, admirable-

(1) Societé medicale des Hópitaux, 25 de Febrero, de 1910.

mente tolerados. Este tratamiento fué maravilloso. Desde las primeras inyecciones, los tres síntomas no modificados por el tratamiento anti-dispéptico parecieron impresionados por el tratamiento mercurial. En primer lugar, el dolor en el punto estenosado fué el que disminuyó y desapareció rápidamente para no volver más. Inmediatamente se contrajo el enflaquecimiento, tanto que la enferma recobró 3 kg. desde el 6 de Diciembre al 3 de Enero de 1910, mientras que había perdido 3 kg. desde el 11 de Noviembre hasta el 6 de Diciembre. La anemia se modificó tan completamente que todos los que la veían en el servicio quedaban sorprendidos. Por último, los cambios observados radioscópicamente son los que nos quedan por señalar. La estenosis persiste, pero infinitamente menos apretada; á su nivel, las paredes están mucho más flexibles, los líquidos bismutados la franquean, extendiéndose mucho más.

En resumen, nuestra enferma continuó sufriendo, enflaqueciendo y anemianándose hasta el instante en que el mercurio y el yoduro fueron prescritos. Hoy digiere admirablemente, ya no sufre más, engorda y su color ha vuelto á ser normal. Sin temeridad excesiva, ¿no se está en medida de afirmar que se trata de un caso de sífilis gástrica? Se puede afirmar este diagnóstico, basándose sobre la influencia del tratamiento, sobre el cáncer nocturno de los dolores y quizás y ciertamente aun sobre el hecho de que la influencia de nuestra terapéutica hubiera sido nefasta, si se hubiera tratado de una úlcera simple ó de un cáncer.

El diagnóstico de la sífilis gástrica es de los más delicados en razón de la diversidad de las formas clínicas y de sus analogías con las otras afecciones del estómago. Los mejores clínicos se han engañado y no han hecho frecuentemente el diagnóstico sino después del examen histológico de la lesión. Cuando en los antecedentes del enfermo se encuentran accidentes netamente sifilíticos ó cuando coinciden otros síntomas específicos, el diagnóstico se orientará más fácilmente. Ciertas particularidades de la evolución de la gastropatía deben también llamar la atención. En la forma que simula el cáncer del estómago, se verá que los fenómenos caquéticos son menos rápidos, menos netos y de evolución mucho más lenta. En los casos dudosos, la reacción de Wassermann podrá ser de un gran socorro; en la observación de Hepp se mostró positiva. Sin embargo, es preciso saber que los resultados de esta reacción no tiene nada de absoluto, y que deben apoyarse por hechos clínicos.

El antiguo adagio *naturam morborum curationes ostendunt* se aplica admirablemente á la sífilis gástrica. El tratamiento es una verdadera piedra de toque, y sus buenos efectos se manifiestan muy rápidamente. Son tan sorprendentes, que se ha podido creer algunas veces en fenómenos de sugestión y se ha discutido la realidad de ciertas curaciones. Pero cuando se recorre la serie de hechos publicados, se observa que todos los autores están unánimes en registrar la rapidez sorprendente de las mejorías.

Inútil es decir que el tratamiento por ingestión, el solo conocido en tiempos de Andral, debe ser absolutamente proscrito en nuestros días. Es preciso darse prisa, sin hacer correr riesgos á los enfermos. Las inyecciones de sales solubles están pues absolutamente indicadas. La mayor parte de las curaciones han sido obtenidas por las inyecciones de biyoduro, que tienen el inconveniente de ser dolorosas. Pero bastará emplear el *Biyoduro indoloro Midy* para hacer tolerar el tratamiento á todos los enfermos, aun los más temerosos.

En cuanto á las inyecciones de arseno-benzol, están contraindicadas en razón de los efectos vaso-dilatadores de este medicamento. Podrían producirse hematemesis, y M. Jacquet ha publicado hasta un caso de muerte por hemorragia gástrica, á consecuencia de una inyección del « 606 ».

Sección Profesional

Tribunales de oposición.—S. M. el Rey (d. D. g.) ha resuelto nombrar el siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones á las Auxiliares del quinto grupo, vacantes en las Facultades de Medicina de Granada, Zaragoza y Provincial de Sevilla:

Presidente, D. Eloy Bejarano, Consejero de Instrucción Pública.

Vocales: D. Eugenio Gutiérrez, Académico de la de Medicina; Don Ramón Jiménez y D. José Ribera, Catedráticos de la Universidad Central; D. Juan Bravo, competente.

Suplentes: D. Eulogio Cervera, Académico de la de Medicina; Don Luis Guedea Calvo y D. Rafael Mollá, Catedráticos de la Universidad Central; D. Jerónimo Pérez y Ortiz, competente.

S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar el siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones á la Auxiliaría del sexto grupo, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Presidente, D. Eloy Bejarano, Consejero de Instrucción Pública.

Vocales: D. Angel Pulido, Académico de la de Medicina; D. Arturo Redondo, Catedrático de la Universidad Central; D. Antonio Simo:

na, Catedrático de la Universidad Central; D. Vicente Gimeno, competente.

Suplentes: D. Manuel Iglesias, Académico de la de Medicina; Don Ricardo Royo, Catedrático de la Universidad de Zaragoza; D. Eduardo García del Real, Catedrático de la Universidad de Valladolid; Don Rafael del Valle, competente.

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien nombrar el siguiente Tribunal, para juzgar las oposiciones á la Cátedra de Patología quirúrgica, vacante en la Universidad de Valencia.

Presidente, D. Eloy Bejarano, Consejero de Instrucción Pública.

Vocales: D. Ramón Jiménez, Académico de la Real de Medicina; D. José Rivera, Catedrático de la Universidad Central; D. Luis Guedea, Catedrático de la Universidad Central, D. Enrique Isla, competente.

Suplentes: D. Eulogio Cervera, Académico de la Real de Medicina; D. Ladislao Ricardo Lozano, Catedrático de la Universidad de Zaragoza; D. Enrique Díaz Rocafull, Catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz; D. Jerónimo Pérez Ortiz, competente.

(Gaceta 16 Noviembre.)

Sanidad.—*Real orden de Gobernación.*—S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que por V. E. se exija á los Ayuntamientos de esa provincia la justificación de que están consignadas en sus presupuestos las partidas indispensables para cumplir las prescripciones sanitarias vigentes, sobre todo en lo que se relaciona con las medidas de prevención y defensa contra las epidemias que determinan los artículos 109 (letra ñ) y 113 y los anexos 1.º y 2.º de la Instrucción general de Sanidad.

2.º Que para conseguirlo utilice, además de las facultades que le atribuye en conjunto la ley Provincial, señaladamente en su artículo 23, en su caso, las que consigna la Real orden de 17 de Octubre de 1908 mencionada; y

3.º Que dé cuenta á este Ministerio de las deficiencias que observe y no pueda con su autoridad corregir acerca del cumplimiento por cada Municipio de los deberes que le corresponden en el orden sanitario expuesto para que pueda acordarse lo que proceda.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento, inserción en el *Boletín Oficial* de la provincia y debido cumplimiento. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 15 de Noviembre de 1911.

(Gaceta 17 Noviembre.)

Recompensas merecidas.—De acuerdo con Mi Consejo de Ministros; á propuesta del de la Gobernación, y con arreglo á los artículos 6.º y 8.º en relación con el 10 del Real decreto de 29 de Julio de 1910

Vengo en conceder al Doctor D. Rafael Ulecia y Cardona, la Gran Cruz de la Orden civil de Beneficencia, libre de gastos, con distintivo blanco, por sus actos de altruismo y servicios de caridad que constantemente presta á la infancia en el consultorio fundado por él, titulado La Gota de Leche, en esta corte, en cuyo establecimiento benéfico es Director, y por otros trabajos científicos y hechos realizados en bien de la humanidad doliente por distintos conceptos.

Dado en Palacio á ventiocho de Noviembre de mil novecientos once.—ALFONSO.

De acuerdo con Mi Consejo de Ministros, á propuesta del de la Gobernación; previo informe del Consejo de Estado, y con arreglo á los artículos 5.º y 8.º en relación con el 10 del Real decreto de 29 de Julio de 1910.

Vengo en conceder al Doctor de Medicina D. Antonio Muñoz Sanchez, La Gran Cruz de la Orden civil de Beneficencia, libre de gastos, con distintivo negro y blanco, por sus meritorios servicios pestados con motivo del incendio ocurrido en la noche del 29 de Enero de 1909 en la casa números 19 y 21 de la calle de Fuencarral, de esta Corte, iniciando los trabajos de salvamento antes de que las Autoridade tuvieran tiempo de acudir al lugar del siniestro y librando, con peligro de su vida, la de dos personas en medio de las llamas.

Dado en Palacio á ventiocho de Noviembre de mil novecientos once.—ALFONSO.

