

REVISTA  
DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
DE BARCELONA

Redactada por los Doctores

ERMANGUE J., ARRÓ F., AZUÁRETA V., BARRAQUER JOSE A., BARTUMEUS A.,  
BALSOLS Y PRIN J., BERTRÁN Y RUBIO E., POTY R., CAMPO L. DE, CARDENAL S., COLL  
Y PUJOL R., COMENIE H., ORMINAS D., DOLSA L.,  
DURÁN VENTOSA M., ESQUERD P., QUERD M., FARGAS M., FREIXAS J.,  
GÓNGOLA J., JIMS MOGAS J., MARTÍ JULIA R., MASARÓ J., MASIP J.,  
MEJASO M., RIBA M., ROBERT B., ROCA J. M., TOIG BOFILL E., SENTIÑÓN G.,  
SOLO F., SUTY Y MOLIST F., TORP J., GUAN J., TOUS BIAGGI F.,  
VIÑETA J., VIURAS J., MARIQUEY R.

Director-propietario

AQUÍN DURÁN TRINCHERÍA

AÑO XXV

BARCELONA

IMPRESA DE HENRICH Y COMPAÑIA, EN COMANDITA  
Calle de Córcega



## Artículos originales

## EL OPORTUNISMO EN TERAPÉUTICA

El oportunismo en su acepción más justa, lleva consigo el secreto del arte de curar; es, por decirlo así, el alma de la Terapéutica. Aquel concepto clínico sanísimo de la escuela hipocrática significado en las palabras *ocasio praeceps*, en rigor, viene á dar una idea bastante aproximada de lo que hemos de entender por *oportuno*; pero no lo completamente, porque á la cabecera del enfermo gran cosa es saber elegir el momento de una intervención, mas importa al propio tiempo aquilatar las condiciones y particularidades de la intervención misma. No debe echarse en olvido que la enfermedad es un proceso que constantemente evoluciona, y que por tanto cada una de sus sucesivas fases ofrece exigencias distintas que obligan también á actos curativos diversos, útiles hoy, peligrosos mañana. No es menos cierto que dentro la especificidad que manifiestan esas desviaciones de la vida normal que llamamos enfermedades, se desarrollan variantes infinitas que, á menudo, dependen más del individuo receptor, que del mismo elemento patógeno. De ahí que si por un lado la *ocasión* para intervenir es mudable y *hasta fugaz*, como sentenciosamente se expresa en el primero de los aforismos, por otro no siempre será indiferente la elección de los medios curativos. Sólo en términos generales puede admitirse la afirmación de que de un buen diagnóstico surgen las indicaciones. La clínica racional está necesitada de algo más; y este algo consiste en la apreciación del momento en que se ha de obrar y en la elección de armas para combatir: en esto consiste el verdadero oportunismo. Si las enfermedades, como un trazado en la pizarra, se extendiesen en línea



recta del principio al fin ó hasta, si se quiere, en una curva parabólica, pero continua y uniforme; si las enfermedades no hubiesen de ser el retrato fiel de cada uno de los individuos que las padecen, la labor del médico sería por todo extremo fácil, bastándole un diagnóstico y el recuerdo de los medios de acción. Entonces bastaría decir: contra la sífilis, mercurio; contra la pneumonía, digital; contra la difteria, suero equino; contra la anemia, hierro; contra la apendicitis, laparotomía; y así de los demás casos. Mas, por desgracia, no se trata de operaciones mentales y terapéuticas de tamaña simplicidad, sino de actos más elevados, pero en cambio accesibles á todos, si se atiende al principio anteriormente establecido: de que los procesos, como cosa viva, evolucionan sin cesar y de que en cada individuo tienen su característica.

Desde luego es preciso convenir que, si cabe, la tarea es más hacedera al médico que al cirujano, cuando á éste le toca escoger el momento para una intervención cruenta, sobre todo en los casos de patología visceral. A fuerza de práctica y de reiteradas observaciones la Clínica médica ha establecido ya sus corolarios; y conoce con bastante certeza cuándo ha llegado la ocasión de emplear un determinado fármaco ó cuando ya se ha traspuesto la oportunidad. Sabe, por ejemplo, que en los primeros días de la infección eberthiana una medicación purgante enérgica podrá tal vez enfrenar la violencia de las autoinfecciones consecutivas; pero no desconoce que, á medida que el tifódico se aleja del punto inicial, los evacuantes van progresivamente perdiendo su eficacia y que entonces casi lo ha de fiar todo al sostenimiento de fuerzas para que la infección haga su ciclo hacia el agotamiento y á la eliminación de toxinas por los emuntorios. Sabe que á un cardíaco compensado no se le debe maltratar con cardiomotores; y que sólo cuando asoma la disistolia llegará el momento de excitar la contractilidad del miocardio. Sabe que un nefrítico, ínterin tenga el riñón hiperemiado y que en su orina naden en abundancia los hematies, no ha llegado el momento de forzar las funciones secretorias á fuerza de diuréticos; y que sólo más tarde las sales potásicas, la urotropina, la teobromina y demás medicamentos de la serie podrán desarrollar efectos provechosos. No desconoce la contraindicación de la terpina, en tanto una bronquitis

atraviesa su período acrínico y que en esos catarros secos del aparato respiratorio ningún beneficio proporcionan los expectorantes. Interminable sería la lista demostrativa de todas esas oportunidades en el obrar que tienen por muy sabidos los internistas.

Pero el terreno que pisa el cirujano es más movedizo, sobre todo cuando, tratándose de patología visceral, se ve solicitado por un médico que desconfía ya de la bondad de sus propios recursos. Y no es ciertamente lo más arduo para el operador la formación de un diagnóstico seguro, porque si bien hay casos de relativa ó absoluta obscuridad — más en las afecciones abdominales y cerebrales que en las torácicas — no es pretencioso alarde suponer que sobrepuja el número de los casos llanos al de los dificultosos. Otro es el escollo que se ha de sortear, apenas sin brújula, y consiste en penetrarse del momento en que puede darse ya como descontada la terapéutica ordinaria, dietética y farmacológica, para fiarlo todo al bisturí; y resulta que no hay norma segura, que no hay líneas de demarcación, una vez que de una manera gradual y progresiva se pasa de uno á otro estado. Sucede á veces que á favor de un esfuerzo medicamentoso más, ó por la misma tendencia equilibrante del organismo y hasta por ese factor ignoto que se llama lo imprevisto é inesperado, se resuelve el problema por sí solo, cuando tal vez estaba ya todo dispuesto para una función operatoria. He ahí entresacados de mis recuerdos, dos apuntes clínicos que hacen buenas semejantes posibilidades:

Por virtud de una crotosis infectóse en una enferma el ciego y el apéndice; con la tiflitis y apendicitis prodújose una oclusión total; no pudo restablecerse en manera alguna la circulación de los materiales hacia el colon; los vómitos, casi incoercibles, de materias biliosas y fecaloides, y la distensión de la cavidad abdominal ponían ya á la paciente en un estado comprometido; y vista la ineficacia de la serie de recursos recomendados por la terapéutica clásica y de que habían ya transcurrido seis días, siempre en progresión ascendente, determinóse practicar la laparotomía, como recurso extremo, antes de que se iniciase aquel colapso preludio de la muerte, que hace estéril una operación de tanto *shoc*. Se tomó el acuerdo al anochecer; pero como el aposento en donde se había de operar estaba mal alumbrado y con baja temperatura, aplazóse el acto quirúrgico hasta la mañana siguiente; y dispusimos, entre tanto, para mantener vivas las energías cardíacas, una solución concentrada de cafeína y ergo-

tina. En aquella misma noche logró la enferma abundantes deposiciones, deprimióse rápidamente el vientre, borráronse los fenómenos ceco-apendiculares y no tardó en iniciarse una franca y feliz convalecencia.

Otro enfermo, como consecuencia de una enteritis, presentó una infección peritoneal. La peritonitis, al principio difusa, fué después circunscribiéndose, ocupando sin embargo una gran zona en la parte izquierda del abdomen, limitada hacia dentro por la línea alba, hacia fuera por el vacío, hacia arriba por la curvadura del estómago y abajo por una línea extendida desde el ombligo á la cresta iliaca. Ese gran foco peritonítico no tardó en denunciar todos los fenómenos locales y generales de una supuración vasta, y como la colección parecía estar limitada y en el enfermo habiase establecido cierta tolerancia después del período trabajoso de una peritonitis difusa, se puso sobre el tapete la necesidad de una laparotomía, mejor que de una simple punción y aspiración consecutiva, por juzgarla de un éxito más seguro, para el desague y desinfección del foco. Preparóse todo para operar al día siguiente; y sin embargo, durante aquella noche el pus abrió una vía por el intestino, produjose una intensa evacuación purulenta, desapareció el enorme absceso, cerróse el trayecto fistuloso sin que los materiales entéricos produjesen una autoinfección séptica, y el enfermo, tras un período breve de desórdenes del aparato digestivo, se salvó y continúa aún viviendo sin rastro de su tremenda crisis.

Estos casos y algunos más que á este tenor podría ir extractando, no tienen por objeto la menor oposición á la cirugía visceral, de la que soy entusiasta; pero vienen á cuento en este instante para demostrar cuán difícil es en el ejercicio práctico de la medicina indicar el momento preciso de una intervención. En tales instantes no cabe otra cosa que un cálculo prudente de probabilidades en uno ó en otro sentido, y sobre todo abrigar el convencimiento de que dentro del humano cálculo sólo resta el recurso del auxilio quirúrgico, sin esperar, empero, aquel período angustioso de un enfermo que agotado y mísero no podría ofrecer garantías de resistencia.

Otra consideración debe tenerse muy en cuenta para excogitar el momento oportuno de una intervención quirúrgica. Ocurre en determinadas evoluciones morbosas viscerales que, á igualdad de lesión y hasta de una manera desproporcional, según el período que el enfermo recorre, muéstrase tolerante ó intolerante al daño. En la peritonitis y en la apendicitis, bien sabido es que á veces después de una fase grave de concentración, de peritonismo ó de difusión de lesiones, se establece una especie de adapta-

ción, de hábito, de tolerancia—dígase como se quiera—y sólo por esta circunstancia el enfermo recobra parte del caudal de energías que había perdido; y entonces, repuesto y con la lesión tolerada, puede ser operado con relativa confianza. Todos los cirujanos están contestes en que las probabilidades de curación, en un afecto abdominal, aumentan á medida que el enfermo se adapta á la lesión. Hasta en las mismas lesiones del aparato respiratorio, sobre todo en las pleuritis exudativas, si la operación ha de ser de cuantía, es preferible aguardar que se establezca la citada tolerancia. Pero claro es que estos preceptos relativos á la oportunidad en el obrar no rezan con los casos de verdadera urgencia, porque las circunstancias pueden ser tan premiosas y tan grande el peligro que el enfermo corre, que sin dilación debe realizarse al acto quirúrgico para cumplir una indicación vital.

Pero el oportunismo, según queda indicado, no se refiere tan sólo al *momento* en que deben cumplirse las indicaciones, sino que se relaciona también con las variantes que han de imprimirse á los recursos terapéuticos en cada caso clínico y hasta en cada instante de la evolución morbosa. Respecto del particular resulta más difícil la acción del médico que la del cirujano, sin que esto quiera significar que en medicina operatoria no deban variar los métodos y los procedimientos para ajustarlos á cada modalidad morbosa.

Cuando en Clínica médica quiere prescindirse de esta clase de oportunismo y se admite un criterio cerrado, fijo é invariable para todos los casos, la terapéutica resulta, más que racional, empírica... Y cada vez que se entroniza un nuevo método curativo y cada vez que el arsenal se enriquece con un nuevo fármaco, muchos se apresuran á emplearlos á tontas y á locas sin calcular que toda la bondad de las nuevas adquisiciones no autoriza á elevarlas á la condición de una panacea. Cuando, v. gr., sin calcular su alcance, administraban los médicos altas dosis de anti-pirina para lograr la defervescencia de toda fiebre, hicieron un despropósito, que después la experiencia se ha encargado de demostrar. Precisamente á estas exageraciones puede achacarse á veces el injustificado descrédito en que han caído algunos medicamentos. ¿Por ventura aquella substancia de la serie aromática, á pesar de sus

inconvenientes y hasta de sus peligros, deja en momentos dados de ser provechosa en las pirexias? Nada más sorprendente que la acción del suero antidiftérico sobre las pseudomembranas de las fauces y de la laringe, y sin embargo puede estimarse una exageración y hasta una imprudencia su empleo contra *toda* difteria, simple ó asociada, sin calcular antes la distinta violencia del caso y sin tener en cuenta el grado de piréxia, el funcionalismo cardíaco y renal y tantas otras circunstancias que pueden mediar para que el clínico utilice ó no las virtudes del suero equino. Nadie desconoce tampoco los extraordinarios beneficios de la balneación en el tratamiento de las infecciones agudas y de una manera especial en la fiebre tifoidea, y sin embargo ni siempre está indicado el baño, ni estándolo lo hemos de emplear siempre á igual temperatura y de una misma duración y en los mismos espacios de tiempo. Enfermo hay que tolera á maravilla el agua á 30 ó á 32 y más grados, y se horripila y siente congoja y se amorata cuando se le sumerge en un baño á 20° ó á menos temperatura todavía; en cambio, en otro caso la sacudida que imprime una balneación fría puede provocar una reacción salvadora. No hay ninguna de las llamadas *grandes medicaciones* que no sea susceptible de producir efectos los más encontrados, según sea la oportunidad de su empleo y el manejo de su dosis. Ya se dijo con harta razón en tiempos pasados: «los medicamentos activos son un bálsamo en manos del prudente y una espada de dos filos en las del furioso.»

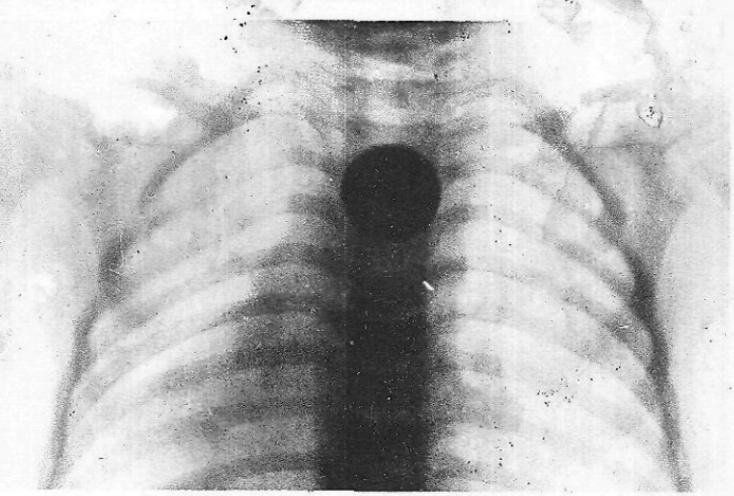
Véase, pues, cómo en el ejercicio práctico de la medicina no queda el problema terapéutico encerrado en el círculo estrecho de un diagnóstico y de una suma de recursos de mayor ó menor actividad, sino que el complemento de la discreta misión del médico debe encontrarse en el *oportunismo*: en la apreciación del momento en que ha de intervenir y en la elección y manejo de los medios terapéuticos.

B. ROBERT.

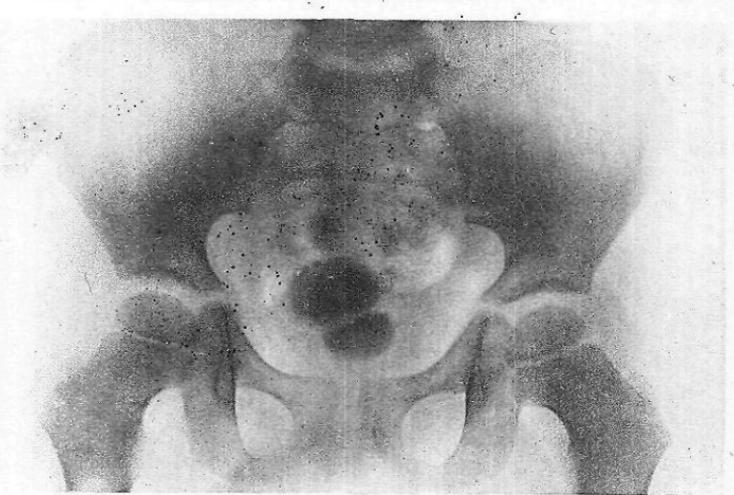
I



II



III





## PROYECTIL ALOJADO EN LA CABEZA

## HISTORIA CLÍNICA.—RADIOGRAFÍA

La localización de un cuerpo extraño alojado en el interior del organismo constituía, hasta el presente, un problema de difícil resolución en muchas ocasiones. La Radiografía, viniendo en auxilio del cirujano, facilita extraordinariamente su tarea en estos casos, siendo rarísimos los objetos que una vez introducidos en el cuerpo no puedan ser encontrados, después de ser sometido el paciente á la exploración radiográfica. Es cierto que algunos cuerpos, sea por lo reducido de su volumen, sea por su naturaleza, parecen escapar á este nuevo medio de investigación; pero sobre ser muy raros, basta en la mayor parte de los casos una detenida exploración, repetida cuantas veces sea precisa, para alcanzar el más feliz de los éxitos.

Estas dificultades desaparecen cuando el cuerpo buscado es un proyectil, y á este caso nos proponemos hacer referencia, especialmente en la presente historia clínica.

Las heridas del cráneo por arma de fuego constituyen un accidente muy frecuente, no sólo en las guerras, sino también en la práctica civil, á lo menos las debidas á balas de revólver ó de pistola. Puede suceder que la bala no interese más que los tegumentos, que forme surco ó se aloje en el espesor de los huesos del cráneo, ó que penetre en la masa cerebral. En los primeros casos no ofrece dificultades el diagnóstico, y con rareza se presentará la necesidad de una exploración radiográfica; pero si la bala ha penetrado por una de las aberturas naturales (boca, nariz ú oído), ó se ha introducido profundamente en la cabeza, es imposible, las más de las veces, poder afirmar dónde está el proyectil, á menos que se presenten síntomas cerebrales característicos, pues nada lo indica, ni siquiera la exploración con el estilete por atenta y delicada que sea. Este es el caso en que la radiografía puede prestar insustituibles y brillantes servicios.

No deja de ofrecer serias dificultades la localización de un proyectil alojado en la cabeza, utilizando para ello el procedimiento de Roentgen; siendo preciso, para salvar-

las, emplear, hoy por hoy, aparatos de inducción potentes y perfeccionados, pues dejan mucho que desear las radiografías obtenidas con las máquinas electro-estáticas. Pero, aun en el primer caso no está resuelto el problema, y prueba de ello son los diversos y múltiples procedimientos aconsejados por varios autores, los que han llevado á cabo pacientísimos y notables estudios, entre los que podemos citar los de Foveau de Courmelles, Dupraz, Obici y Bollici, Remy y Contremoulin, Davidson, etc., etc.

Muchos de estos procedimientos adolecen de serios inconvenientes, constituyendo los principales la complicación de los aparatos empleados, lo engorroso de la técnica y la duración del tiempo de exposición, duración que exige el uso de métodos poco prácticos, si los aparatos que se utilizan son de tal naturaleza que necesitan horas para que las radiaciones sean suficientes para atravesar la cavidad cefálica, una de las partes del cuerpo que ofrece más serias resistencias, no sólo por la naturaleza ósea de las paredes, sino también por la resistencia intrínseca de su contenido. Este inconveniente exige la inmovilización mecánica de la cabeza, ó el empleo de un aparato que, como el de Contremoulin, no sufra dislocación al compás de los movimientos que involuntariamente pueda realizar el enfermo. La rapidez con que se obtienen actualmente las radiografías, gracias al empleo de aparatos de inducción potentes y de tubos focos perfeccionados, es tal, que bastan exposiciones de dos á cinco minutos para obtener un buen cliché, ventaja inapreciable si se tiene en consideración que raro es el enfermo que no pueda sostener la cabeza en una posición determinada durante tan breve espacio de tiempo, contando con buenos puntos de apoyo, ó que no sea fácil sujetársela por medios sencillos y ordinarios.

Esta brevedad en la exposición, unida á la facilidad con que se determina el foco en los tubos ya mencionados, permiten seguir un sencillo procedimiento para localizar los proyectiles intracraneales, cual es el que consiste en la obtención de dos clichés, uno lateral y otro antero-posterior, los que nos proporcionarán, por medio de puntos de referencia ordenados, las tres dimensiones necesarias para poder fijar la situación de un cuerpo. Es verdad que no está exento de causas de error tal procedimiento; pero éstas pueden fácilmente subsanarse ejecutándolo con método y

cuidado, y verificando algunos tanteos con la pantalla fluoroscópica antes de proceder á la obtención de los clichés. Como la explicación del procedimiento en todos sus detalles exigiría un largo y minucioso artículo, vamos á relatar tan sólo un caso, notable por los accidentes provocados por el proyectil. Se trata de un joven dirigido por el doctor D. José A. Barraquer á nuestro Gabinete, con el objeto de que se procediera á la exploración radiográfica. A la amabilidad de nuestro ilustrado y distinguido colega debemos la historia que reproducimos íntegra á continuación:

En Octubre de 1894 examiné al joven N. N., de 21 años, quien me refirió que, á consecuencia de un tiro de revólver que recibió diez días antes de antes en la sien derecha, quedó en el acto completamente ciego. Decía que perdió el conocimiento durante algunas horas y tuvo hemorragia nasal poco considerable y algunos vómitos con sangre; no tuvo fiebre. Dejó la cama á los ocho días, y al siguiente emprendió el viaje trasladándose de Gerona á ésta.

El reconocimiento por medio de la iluminación oblicua y el oftalmoscopio demostraron la integridad de la mayor parte de los tejidos y humores que constituyen el globo ocular; la córnea, cámara anterior, cristalino, iris, esclerótica y humor vítreo estaban normales, y las pupilas dilatadas é inmóviles. El reconocimiento de las retinas llamaba la atención por el gran número de extensas placas hemorrágicas que las cubrían; la papila de ambos nervios ópticos invisible, tanta era la cantidad de sangre que las cubría y se extendía por los alrededores en las retinas. Sólo en la periferia ó entre dos placas sanguíneas veíase algún fragmento de los vasos centrales. La imagen oftalmoscópica consistía, pues, sencillamente en su fondo rojo oscuro, con algunos intervalos ó intersticios rojo claro, en los cuales se divisaba alguna que otra imagen de los vasos retinianos.

No existía la menor percepción luminosa, ni fosfenos, así como tampoco reacción luminosa eléctrica.

En la región temporal derecha veíase una herida semicicatrizada, y en la izquierda, hinchada, una tumefacción dura. La conjuntiva izquierda algo equimótica y el ojo un poco saliente.

Se diagnosticó «herida de las fosas temporales y nasales y de las órbitas con arrancamiento de la extremidad periférica de ambos nervios ópticos y proyectil enclavado en la pared externa de la órbita izquierda. Ligeró hematoma de la órbita izquierda».

Repetí el examen oftalmoscópico durante siete ú ocho días sin que se presentasen cambios notables en la imagen, y luego dejé de ver al interesado.

En Mayo de 1893 habiéndome ofrecido los doctores Comas y Prió su excelente gabinete de aplicación de los rayos Roentgen y constándome desde muchos años la rara competencia de dichos señores en cuanto al arte fotográfico se refiere, mandé llamar á nuestro anti-

guo herido que en otro tiempo me había manifestado deseos de ser reconocido por medio de los rayos X. Antes de proceder á tal reconocimiento examiné el fondo de los ojos observando la región posterior cubierta por una gran placa blanca, falsa membrana que tapa la papila óptica y una parte vecina de la retina en la extensión de unos seis diámetros papilares en el ojo derecho y cinco en el izquierdo. El borde inferior de esta membrana forma eminencia en el vítreo adelantándose en él unos 7 milímetros (6 ó 7 dioptrías) moviéndose con los cambios de mirada. En las demás regiones de su contorno se adelgaza y adhiere á la retina coroides y esclerótica adquiriendo los caracteres de la atrofia de la coroides: vese un borde liso, blanco, brillante y sembrado de masas pigmentarias. La región ecuatorial del fondo de los ojos tiene su aspecto normal, habiéndose absorbido las masas sanguíneas que á ella llegaron.

La observación de la imagen oftalmoscópica en este caso verificada con un intervalo de cerca cuatro años es interesante porque prueba el origen de las falsas membranas que observamos en ciertos casos de traumatismos ó hemorragias internas espontáneas: en los sitios en que la sangre queda retenida en las mallas de la retina y coroides se absorbe produciendo á lo más la atrofia más ó menos graduada de los tejidos infiltrados; pero cuando la sangre queda retenida en cantidad algo considerable entre la retina y el cuerpo vítreo, el coágulo sufre una decoloración y se convierte en falsa membrana blanca que goza de nutrición propia y duración indefinida.

JOSÉ A. BARRAQUER.

Esta es la historia del caso, y hacemos especial mención de él por la rareza de la lesión que presenta y por ser el primero en que tuvimos ocasión de aplicar, prácticamente, el método anteriormente citado. Con anterioridad al mismo habíamos verificado algunos estudios en cráneos, introduciendo un cuerpo extraño en diversos puntos de los mismos, pruebas que nos dieron un feliz resultado. Al emplear el procedimiento indicado en el enfermo del Dr. Barraquer, tuvimos que luchar con algunas dificultades, especialmente para obtener el cliché antero posterior, sin el cual no podía localizarse exactamente el proyectil.

El cliché lateral se obtuvo sin la menor dificultad; acostado el enfermo con la cabeza apoyada en el chasis fotográfico, de manera que guardara un riguroso paralelismo con el mismo, bien sujeto en esta posición, y colocado el tubo convenientemente á la distancia de cincuenta y cinco centímetros de la superficie de la placa, después de una exposición de tres minutos se obtuvo la radiografía que acompaña esta historia, en la que puede observarse la proyección de la bala en el sitio ya indicado por el Dr. Barra-

quer, confirmándose así una de las partes del diagnóstico que ofrecía más dudas. Para no perder las relaciones se habían colocado, con anterioridad, algunos puntos de referencia constituídos por trozos de plomo, pegados á la piel, á los que se les había dado una forma conocida para que no pudieran ser fácilmente confundidos con el proyectil. Los tres puntos que formando un triángulo encierran en su área la proyección de la bala, están colocados respectivamente en la apófisis orbitaria externa izquierda el superior, y en el ángulo inferior del malar y á tres centímetros por encima del orificio del conducto auditivo externo del mismo lado los dos inferiores. Los tres puntos restantes colocados sobre la placa en el extremo de las perpendiculares á la misma que pasan tangencialmente por el mentón, parte más superior del cráneo y occipucio, tienen por objeto determinar el sentido en que resulta deformada la proyección de la cabeza, evitando así los errores en que pudiera incurrirse por tal hecho. (Figura I.)

No fué tan sencillo obtener el cliché antero-posterior, siendo preciso para conseguir nuestro objeto repetir la sesión radiográfica, alcanzando el resultado apetecido en esta segunda prueba después de una exposición de seis minutos y hallándose el tubo colocado á cuarenta y nueve centímetros de la placa. Este segundo cliché nos proporcionó la tercera de las dimensiones buscada, permitiéndonos la localización exacta del cuerpo extraño. Nada tuvimos que modificar del diagnóstico establecido á *priori* por el Dr. Barraquer.

Las dificultades que presenta la obtención del cliché antero-posterior, han desaparecido gracias á algunas modificaciones introducidas en la técnica primitivamente empleada. Prueba de ello es la rapidez y seguridad con que hemos localizado posteriormente proyectiles alojados, no sólo en la cabeza sino en otras partes del cuerpo, y que no referimos para no prolongar indebidamente esta historia.

Nada tan fácil, pues, como alcanzar con este sencillo método la localización de un cuerpo extraño cuya situación sea desconocida para el cirujano. Para el profesor que cuente con una buena instalación radiográfica y con tubos focos perfeccionados, ninguno de los procedimientos indicados hasta el presente reúne las ventajas del aquí citado,

tanto por no necesitar aparatos especiales, complicados en su mayor parte, como por la rapidez con que puede alcanzarse el resultado que se desea.

C. COMAS.—A. PRIÓ.

\*

Paréceme que podría ser útil añadir, á manera de nota, al trabajo que precede una breve explicación de dos casos en que he utilizado para diagnóstico los rayos Roentgen. De ambos pudieron obtener los Dres. Comas y Prió, excelentes actinografías, de que dan idea las figuras II y III de la adjunta lámina.

Fué acompañado á mi dispensario de pediatría en el Hospital de la Santa Cruz un niño de 3 años, quien quince días antes había tragado una moneda de cinco céntimos. Desde el primer momento se emplearon cuantos medios son del caso para obtener la expulsión ó arrastre del cuerpo extraño ingerido. Se agotaron los eméticos, los purgantes, sin otro resultado que asustar al infeliz y dejarle en el último grado de inedia. Pasados algunos días se abandonaron las medicaciones y el niño comía sin dificultad sopas y papillas de patata, probando con ello que el trayecto esofágico se hallaba, cuando menos relativamente, expedito. No aquejaba más molestia que dolor en el nivel de la orquilla esternal y, libre ya de la cura evacuable, presentábase en bastante buen estado.

Como á pesar del examen diario y cuidadoso de los excrementos no se había encontrado en ellos la moneda ingerida, era casi seguro suponer que se encontraba todavía en algún punto del tubo digestivo. Pero aunque el dolor retro-esternal abonaba la idea de que debía de hallarse enclavada en el esófago, el paso libre de los alimentos hacía que surgieran muchas dudas acerca de tal localización. El examen por medio de un catéter esofágico parecióme difícil dada la indocilidad del niño, y peligroso hasta cierto punto empujar hacia abajo un cuerpo que en su camino hasta el ano podía, dado su tamaño y la edad del enfermo, encontrar obstáculos á su descenso.

Remité el enfermito á los Dres. Prió y Comas, quienes pudieron desde el primer momento observar la sombra producida por la moneda, tan perfectamente circular que revelaba su posición vertical, casi paralela á la pared anterior del tórax, y al nivel de la primera pieza esternal. Dada esta situación se comprendía que no cerrando la luz del esófago, pudiera continuar sin grande dificultad la ingestión de alimentos blandos ó que la masticación hubiese reducido á papilla. La actinografía que el grabado II reproduce, da una idea clara del estado de las cosas. Inútil es decir que, seguro ya de la posición y sitio en que se encontraba el cuerpo extraño, pude extraerlo

á la primera tentativa por medio de la cestita de Graefe y sin tener que vencer otra dificultad que la resistencia del niño.

Es bien conocida la extrema dificultad de la investigación por medio del catéter en niños en quienes se encuentran todos los síntomas racionales de cálculo vesical. Para que el examen conduzca á un resultado seguro, positivo ó negativo, es casi siempre preciso cloroformizar el niño, ya que solamente durante el sueño anestésico es posible introducir el catéter y tantear hasta encontrar la piedra. Como, por otra parte, no es la cloroformización tan absolutamente inocente para que sea lícito emplearla en investigaciones diagnósticas no del todo precisas, me he acostumbrado desde hace tiempo á tener preparada la talla para todo niño que se presenta con síntomas probables de cistitis calculosa. Así, cuando de la investigación bajo cloroformo se desprende la existencia de un cálculo, puede aprovecharse la misma anestesia para proceder inmediatamente á su extracción. Pero esto que es hacedero en el Hospital, no es posible en la visita particular, donde las familias menos exigentes quieren saber antes, de una manera segura, si habrá que apelar ó no á una operación. Para estos casos, sobre todo, ha de ser de gran utilidad el examen radiográfico, capaz de fijar el diagnóstico previamente á toda intervención y dejando para el momento de la operación la comprobación por medio del catéter.

La figura III reproduce una actinografía en que se ven bien claros dos cálculos alojados en el fondo de la vejiga, debiéndose notar que nuestras reproducciones, por su reducción de tamaño, dejan mucho de tener la claridad de la actinografía original.

DURÁN.

## PSEUDO-ESCLEROSIS EN PLACAS

## I

Cuando, merced á la muchedumbre de brillantísimos estudios modernos realizados en los seis postreros lustros por las grandes figuras de los Duchenne (de Bolo-  
nia), Charcot, Erb, Westphal, Frerichs, Leyden, Marie, Raymond, Cajal y tantos otros de inacabable enumeración, pudo sacudir la Neuropatología el yugo que la esclavizara renaciendo esplendorosa hasta alcanzar el señalado lugar que le correspondía en la ciencia de curar; cuando por la incontrastable fuerza de los hechos sagazmente depurados se fueron desgajando del informe tronco común para lograr individualidad nosológica, enfermedades del sistema nervioso que largos años habían vivido englobadas con un apellido que las hermanaba á despecho de las radicales diferencias que entre ellas existen; cuando una vez izado el radiante pabellón de soberanía, todas las escuelas médicas, en aras de ardoroso afán progresivo, hubieron de rivalizar en aportar lozanos frutos de observación y experimentación, cada día más valiosos por la mejor dirección que presidía al estudio, engrosando así por modo incesante la falange de conquistas alcanzadas; cuando tras de acrecentar su adelantamiento con vuelo extraordinario, se hubo afirmado irrefragablemente la realeza de la Neurología, fué entonces cuando el estudio del simple detalle, al principio poco considerado porque lo fundamental todo lo absorbía y avasallaba, comenzó á obtener las preferencias de los clínicos y los grandes grupos nosológicos empezaron á fraccionarse á su vez para dar nacimiento á nuevas entidades morbosas, en las que, aun dentro la general analogía, ha hallado el estudio nimio, extremado, de sutil disección, las suficientes discrepancias para separarlos y clasificarlos al cabo como tipos nosográficos de entera personalidad. Se diría que se ha entrado en una era de selección morbosas, como en busca de los prototipos más genuinos de las enfermedades del sistema nervioso, procurando arrancar la máscara á aquellas afecciones que similares ó idénticas á la grosera apreciación de sus gran-

des síntomas, no resisten el análisis minucioso que llega á su esencia peculiar.

De entre las varias enfermedades del sistema nervioso que los trabajos modernos con tanta fortuna han edificado, es sin disputa la Esclerosis en placas una de las que más acabado conocimiento poseemos en la actualidad. Entre vista y estudiada con admirable clarividencia por Cruveilhier en su magistral *Tratado de Anatomía patológica*, más de 20 años transcurrieron sin que llamara la atención de los clínicos (sólo Carswell se hizo eco de los estudios del autor francés, pero sin aportar nuevas observaciones que esclarecieran el problema), hasta que en Alemania primeramente Türch (1855), Leyden, Frerichs, Valentiner y luego Rindfleisch y Zeuker, y en Francia Charcot y Vulpian principalmente, fijaron su vista en el síndrome especial que la caracteriza, y después de los hermosos estudios que estos autores sobre ella hicieron, menudearon tanto las investigaciones, ora de orden puramente clínico, ora de anatomía y fisiología patológica, que á no tardar se pudo dar por conocida en sus más salientes líneas, en su todo aspecto fundamental. Bouchard, Ordeustein, Bourneville y Guerard, Ferrier en Inglaterra, y sobre todos Charcot, acabaron de señalar la peculiar individualidad de la esclerosis en placas. La descripción que el gran maestro de la *Salpêtrière* diera de la enfermedad en sus memorables lecciones, ha hecho época en los anales de la ciencia médica. Posteriores trabajos de Ebstein, Leube, Bucwald, y particularmente las investigaciones de Uhthoff y Oppenheim en el Norte, como asimismo las de Hammond y Freund, y en Francia las de Magnan, Joffroy, Lionville, Marie, y muy singularmente los brillantes estudios patogénicos y anatomo-patológicos de Babinski, con los que ha impulsado sobremanera el conocimiento del mecanismo generador de las lesiones esclerógenas; gracias á tan copiosa bibliografía sobre esta afección cerebro-medular se ha esclarecido á la hora presente á tal grado su estudio, que bien puede afirmarse que nos es familiar en todas sus manifestaciones.

Conocida ya universalmente y estudiada en los modernos tratados de enfermedades internas como entidad clásica, como dolencia de sello propio que se separa por manera terminante de la enfermedad de Parkinson con que

durante tanto tiempo se confundiera, nada es de extrañar ciertamente que á medida que la observación se ha parado con preferencia sobre ella, y el estudio de cada caso se ha realizado con atentísima escrupulosidad, hayan podido los autores descubrir variantes y modalidades que en cierto modo se apartan del tipo genuino, lo cual ha originado una nueva corriente de trabajos encaminados sobre todo á descubrir las relaciones que la esclerosis en placas pueda tener con el histerismo. El capital problema de hoy es esclarecer si la histeria puede simular en parte ó enteramente una esclerosis multilocular, ó si cabe en un histérico el establecimiento de aquélla, la sobreposición de la esclerosis con toda su fatal evolución; ó si el histerismo despierta por su propio impulso la esclerosis cerebro-espinal, ó, contrariamente, si es la esclerosis en placas la que mueve los dormidos resortes que hacen estallar el histerismo al modo que lo provocan una intensa emoción, un traumatismo, un padecimiento infectivo, etc., etc. En estos últimos tiempos se han prodigado observaciones de casos de esclerosis diseminada que han curado con relativa ó gran facilidad, cosa que está en abierta contradicción con la idea, desventuradamente cierta, que reza, según frase de Charcot, que el pronóstico de esta enfermedad es siempre de tintas sombrías ya que no completamente negras, porque las lesiones de la esclerosis generalizada jamás se reparan, tienden á un continuo progreso esclerógeno, para llegar á la destrucción completa del cilindro-eje, postrer baluarte que sostiene con impertérrita fiereza la lucha. Es cierto, sin embargo, que Charcot mismo modificó últimamente tan cerrado criterio, y afirmó que en algunas formas de esclerosis en placas llegábase á obtener una mejoría notable y quizá también, aunque á título de rareza clínica, una curación total y absoluta. Pero á pesar de la opinión del maestro francés, no es ésta la creencia más generalizada, sino que la gran mayoría de patólogos tiende á interpretar tan insólitos hechos de curación ó de mejoría muy acentuada y duradera, como simulación de enfermedad que la multicolor histeria ha representado.

Buzzard ha dado repetidas veces la voz de alerta sobre esta simulación que la histeria provoca, hecho á su entender frecuentísimo, como tampoco es raro asimismo que se tomen por tipos de temblor histérico con abundosos tras-

tornos sensitivos, verdaderos casos de esclerosis en placas, insistiendo en las dificultades de distinción que ofrecen semejantes procesos, sobre todo en sus principios, cuando el cuadro sindrómico no se delinea con los signos de mayor característica.

Entre otros autores Rendu, Grasset, Cochez, Michel y Thiercelin, Charcot, Maguire, y Westphal ya en 1883, han descrito casos de enfermos que presentando un síndrome atribuible con toda verosimilitud á la esclerosis en placas, — con temblor intencional, espasmo de las extremidades, alteraciones visuales, reflejos tendinosos exagerados, palabra silábica, monótona y cortada, vértigos, cefalalgia, ataques apóplectiformes con inmediata elevación térmica, algunos trastornos sensoriales, etc., — tras de conllevar durante años su afección, con alternativas de mejora y acéntuación de los síntomas, les han visto curar al fin enteramente, ya por modo espontáneo (Maguire), ya á favor del plan terapéutico recomendado corrientemente para tratar la esclerosis. Westphal pudo autopsiar uno de estos enfermos muerto intercurrentemente y nada anormal macroscópica ni microscópicamente halló en los centros del sistema nervioso. Ante tan singulares curaciones la mayoría de los observadores han buscado en el histerismo la clave de esta fenomenología simuladora. ¿No es de toda lógica admitir, se han dicho, que el histerismo con su poder de imitación, en su polimorfismo acaparador, desarrolle en ciertas circunstancias un cuadro sintomatológico por entero análogo al también variadísimo de la esclerosis en placas? Es innegable que la idea arraiga pronto por su intensa fuerza sugestiva, y algunos autores otorgan decididamente el nombre de *temblor histérico* á todo cuadro sindrómico más ó menos completo de esclerosis diseminada que cura y desaparece totalmente.

A mi ver la cuestión es merecedora de un estudio hondo, íntimo, sobre todo patogénico y se me figura que en último análisis la denominación de *Pseudo-esclerosis en placas* que Westphal diera á sus casos ha de prosperar en toda línea, hoy que, gracias á los trabajos de Marie, Babinski, Oppenheim y otros autores, es aceptada la causa infectiva de las alteraciones anatómicas, y se cree que las lesiones son el resultado de actos vitales de defensa contra el microbio y sus secreciones, alteraciones histológicas que no puede

negarse sean susceptibles de reparación cuando el elemento orgánico tiene suficiente energía para guerrear con ventaja. Quiero decir que el problema ha de estudiarse con acendrado empeño para no caer al primer impulso en la amanerada interpretación que conduce á hacer del histerismo una eterna causa de todos los trastornos nerviosos hasta hoy indescifrables, y puestos en la pendiente atribuirle cosas que acaso están de él enormemente distanciadas. Sabiendo actualmente que la histeria tiene dentro su inmenso polimorfismo ciertas leyes patológicas que la señalan con caracteres fijos, propios, exclusivos, y conocida asimismo la fisonomía clínica de la esclerosis en placas en todos sus aspectos, etiológico, sindrómico, anátomo y fisiopatológico, bien se puede intentar un estudio de análisis, que nos conduzca al esclarecimiento de cuales sean las relaciones que entre ambos padecimientos existan, si es que en realidad algún vínculo las ata, ó si alguno de los pretendidos casos de esclerosis de causa histérica pertenecen á un tipo nosológico del histerismo independiente, forma de carácter especial que reclama descripción aparte, si no por su matiz clínico, por su patogenia y modo de evolución.

Desde luego han de eliminarse del examen aquellas formas de esclerosis diseminadas que Charcot llamó *frustradas*, caracterizadas por presentar algunos pocos síntomas que permiten recordar la afección, pero que en modo alguno llegan á sistematizarse y constituir el hecho morboso en plena evolución.

Mi objeto en esta comunicación es presentar la observación de un enfermo que siguiendo la denominación de Westphal titularé afecto de Pseudo-esclerosis en placas, el cual me servirá de base de estudio para demostrar, en lo que cabe á la hora presente, que existe bajo toda probabilidad un tipo clínico de esclerosis diseminada provocada por una enfermedad infecciosa, susceptible de perfecta curación y que seguramente es independiente del modelo morboso que algunos autores han apellidado *Temblores histérico del tipo de la esclerosis en placas*. En una palabra, trataré de sentar la ciudadanía nosológica de la Pseudo-esclerosis en placas de Westphal.

## II

La historia del caso que he observado, base del presente estudio, se resume en estos términos:

Trátase de un enfermo que al ofrecerse á mi observación debía considerarse en estado convaleciente de una infección gripal, pues si bien hacia ya tres meses que había dejado de sufrir reacciones febriles, no alcanzó á verse libre de síntomas desde que sintiera las primeras molestias despertadas por la infección del microbio de Pfeifer. El estado agudo de la enfermedad duró un mes aproximadamente. Se inició de un modo brusco, sintiéndose acometido de intenso quebrantamiento general, con fuerte cefalalgia, estado vertiginoso, escalofríos repetidos, temperatura alta, y sin un determinismo que localizara marcadamente el foco infectivo. Persistió el cuadro unos días, apareciendo sólo como síntomas salientes que el enfermo recuerda con precisión y fijeza, una raquialgia insistente que abarcaba toda la espina dorsal, la cefalalgia y gran excitación general, como un estado de ataxia que parecía indicar la principal participación que los centros nerviosos tenían en el proceso. Ligera ocupación bronco-pulmonar y algún fenómeno de auto-intoxicación gastro-intestinal se aparejaban á aquellos síntomas. Siguió su marcha el proceso y preguntado con insistencia sobre los hechos de más bulto que durante su curso se manifestaran, resulta que hacia la mitad de la enfermedad tuvo fenómenos cerebrales con delirio, insomnios pertinaces, alucinaciones (zoópsicas y de otras clases), contracturas fugaces, etc., y tras varios incidentes de menor cuantía pudo entrar en franca convalecencia á los 34 días.

Todo marchó bien durante los primeros días; comía ya con satisfactorio apetito y tenía fácil digestión, empezaba á deambular con regular energía, cuando hubo de notar, á los 12 ó 14 días, que en vez de ir adquiriendo gradualmente mayor vigor en el andar, se sentía al contrario más débil de remos inferiores, á la par que le molestaba tenaz cefalea y experimentaba tendencia al vértigo. A los 25 días se acentuó todavía el estado parético de las piernas, y los brazos participaban también de cierto desfallecimiento; llegó á tener vértigos completos que le ponían en inminencia de caer como cuerpo inerte al tiempo que empezó á sentir entumecimientos y hormigueos, sobre todo en las extremidades inferiores. Más tarde, á los 35 días, ó cosa así, notó que sus miembros, particularmente los superiores porque los usaba más, eran presa de temblor cuando hacía algún esfuerzo muscular, como comer, lavarse, etc. Luego la vista fué á su vez invadida, perdiendo un tanto la agudeza visual de que siempre gozara. Tuvo una crisis dolorosa en el estómago, con vómitos alimenticios y biliosos, atribuída entonces á mera indigestión. Así, poco más ó menos, fué estableciéndose la dolencia, siempre acentuándose, hasta llegar al momento en que le vi.

He aquí el síndrome que al ofrecerse á mi observación presentaba, tres meses después del ataque gripal.

Al entrar en mi consultorio el enfermo noté en seguida una gran dificultad deambulatoria: el infeliz pegaba los pies en el suelo con extraordinaria fuerza, arrastrándose más bien que caminando, con elevación del talón primero y luego la punta como en estado normal, dando á sus pies un movimiento circular como festoneando la línea de dirección; las piernas estaban muy juntas, como atadas y en firme contractura. A esto se sumaba cierto temblor del cuerpo y la cabeza; el enfermo se fatigaba, venía sudando, como si en el acto de andar realizara un trabajo superior á sus fuerzas, en el que consumiera grandes energías. Había *temblor intencional y masivo* de los brazos, sobre todo el derecho; al decirle yo que tomara un tabaco del *fumoir* que le presenté, se inició un temblor de todo el miembro superior hasta con alguna participación del tronco y la cabeza, que fué poco á poco acentuándose, adquiriendo las oscilaciones mayor amplitud á compás que la mano se aproximaba al objeto reclamado, hasta que, jadeante y visiblemente agotado, y apoyando el brazo contra su pecho, como en busca de amparo, logró lanzarse sobre la presa. Cesado el esfuerzo muscular, quietud absoluta del miembro, ni un recuerdo del temblor. La lengua participaba también de movimientos oscilatorios.

Si por adoptar una posición algo inestable se veía obligado á un esfuerzo muscular que le afanzara, desarrollábase en el acto un temblor que no cesaba hasta que los músculos tornaban al reposo, á la relajación.

La palabra era característica: lenta, monótona, bradilálica, silábica, espasmódica, costándole enorme esfuerzo y mucho tiempo emitir las sílabas, que eran como explosivas; pero que, no obstante la palmaria dificultad, no omitía una sílaba, decía toda la palabra y la frase sin pasar en confusión ó atropelladamente de uno á otro sonido articulado.

No había atrofia de las extremidades. Ausencia del síntoma de Westphal y del de Romberg; al contrario, los reflejos rotulianos estaban exaltados y se manifestaba con cierta intensidad el fenómeno de *clonus del pie*.

Había enflaquecido en conjunto por la infección gripal, pero desde que entró en convalecencia nada habían menguado sus masas musculares. Experimentaba hormigueos, sensaciones de picaduras de agujas, y como adormecimiento de los miembros; pero no continuamente, sólo fugaces, bien que en ocasiones con alguna intensidad. Descubríase cierta hipoalgesia diseminada, sin perfectas líneas de demarcación, sin llegar á la anestesia completa de zonas cutáneas ó placas insensibles, ni constituyendo tipo de hemianestesia. A veces experimentaba sensaciones de frío en una pierna, en una mano, ó llamaradas de calor momentáneo, pasajero; en ocasiones como pinchazos fugaces, instantáneos.

Había vértigos y cefalalgia casi continua. Sin elevación térmica. Libre por entero de ataques apoplectiformes ó epileptiformes.

Existían alteraciones del aparato de la visión, consistentes en sa-

curadas nystagniformes, no espontáneas, provocadas al imprimir á los globos oculares movimientos forzados de lateralidad; verticalmente no llegaban los ojos á vibrar ú oscilar con regular presteza, aun forzando mucho los movimientos. Diplopia. La pupila estaba miósica y reaccionaba á la influencia lumínica con bastante regularidad. Ausencia del signo de Argyll-Robertson. La agudeza visual estaba un tanto baja; había ligera *discromatopsia*, pues estaba conservada la percepción de la mayoría de los colores, los que distinguía con apreciable exactitud. El examen de la papila óptica acusó una ligerísima decoloración, una mayor palidez, aunque de poca monta.

La inteligencia libre y despierta. La deglución estaba un tanto alterada, como laboriosa. Anestesia de la faringe, exenta de reflejo. La digestión se realizaba hídicamente. Paresia intestinal, en ocasiones harto durable, y algunos dolores abdominales, como recordando los de cinturón. Ligera hepato y esplegnomegalía. Orina limpia, amarilla, tirando á naranjada, de densidad normal, exenta de sedimentos, libre de albúmina y azúcar, y con señales de urobilina y pigmento rojo-moreno. Ningún trastorno de los aparatos y sentidos; sin alteraciones tróficas. Corazón, pulmones, riñones, etc., sin cambio morboso apreciable; pulso regular, de pobre impulso y algo frecuente, batiendo 96 veces por minuto.

La cohorte sindrómica positiva era, en resolución, la siguiente: paresia y contractura de las extremidades inferiores (signo de Schultze); reflejos rotulianos exaltados y *clonus* del pie; bradilalia, palabra monótona, de tono bajo, silábica, espasmódica; sacudidas nystagniformes de los ojos, sin alcanzar por entero el tipo del verdadero nystagmus; diplopia, miósis, escasísima discromatopsia, conservándose bien la percepción del rojo, el azul y el verde; papila óptica ligeramente decolorada y algo acentuada la vascularización retiniana; sin atrofia de los miembros; sensaciones de hormigueos, entumecimientos, pinchazos, á veces de frío ó de calor, y de raro y en raro constricción circular del abdomen; zonas de hipoalgesia que no llegan á la anestesia ni afectan el tipo hemianestésico clásico. Anestesia faríngea completa. Vértigos circulares, experimentando la impresión de que todo da vueltas á su alrededor; cefalalgia que remite y acrece, adquiriendo en ciertos momentos bastante intensidad. Disfagia y paresia intestinal. Nada vesical y las funciones sexuales en plena sedación.

Los antecedentes del enfermo y los de sus ascendientes representan aquí principalísimo papel. Tenía á la sazón 32 años de edad, casado, y había sido siempre vigoroso, aunque de temperamento excitable, pronto á enfurecerse por el menor contratiempo. De niño aprendía con facilidad sus lecciones, y se mostró siempre despierto de entendimiento y hasta vivo é ingenioso; pero en toda ocasión, de harta susceptibilidad moral. Sólo había sufrido, á los 12 años, una viruela de poca monta. Libre de sífilis, asegura no haber tenido jamás hábitos alcohólicos de consideración. Ninguna clase de ataques nerviosos.

Su padre murió hemipléjico á los 69 años, y había sido reumático y gotoso (artritis) desde joven. La madre vive hoy sujeta, desde larga fecha, á paroxismos nerviosos, seguramente histéricos, y es de tipo flaco, muy sentimental y susceptible como su hijo. Un hermano murió joven, caquetizado, tosedor, muy probablemente tuberculoso. Tiene dos hijos sanos, libres de estigmas morbosos. Una tía materna es histérica.

El diagnóstico se me ofrecía á la primera impresión con singular transparencia. La esclerosis en placas de forma cerebro-medular, con alteraciones esparcidas en los centros del sistema nervioso, se revelaba por manera tan ostensible, que casi casi, sutilizandó un tanto el concepto, se hubiera podido afirmar que lejos de tener que exprimir el síndrome buscando los caracteres clínicos que los autores dan como clásicos de la dolencia, como en no raras ocasiones sucede, antes bien la presencia de algunos síntomas holgaba aquí, haciendo harto copioso el cuadro sintomatológico. Refiérome á los trastornos de la sensibilidad que el enfermo acusaba decididamente, síntomas que al decir de la mayoría de tratadistas son más bien extraños que peculiares de la esclerosis multilocular, fundando en gran parte en este carácter la distinción entre esta neuropatía y el histerismo (Marie). Veremos pronto que siguiendo los modernos estudios de Freund y otros autores, hemos de aceptar las alteraciones de la sensibilidad sin cortapisa alguna como pertinentes de la esclerosis diseminada.

La causa infectiva palmaria y la predisposición que á los trastornos de los centros nerviosos el enfermo mostraba, ya por vía hereditaria evidente, de un lado, y el síndrome á todo ser rebosante y completo de la enfermedad, de otra parte, alejaban del ánimo la menor duda, y con entera seguridad diagnosticué para mis adentros una esclerosis multilocular clásica, que iba minando á pasos agigantados el tejido nervioso central, vislumbrando para el enfermo una lontananza preñada de densas tinieblas.

No me entretuve entonces en buscar mayores perfiles semiológicos, pues holgaba de momento un diagnóstico diferencial llevado á la cima de lo minucioso. Distanciado patentemente mi enfermo de las enfermedades de Friedreich, de Parkinson, de Landry, de Charcot, y de la corea, solamente al histerismo podía incriminarse la simulación de tan vasta sintomatología nerviosa. De todas suertes era el problema, al primer momento, de harta difícil dilucidación, y á decir verdad la idea de la esclerosis en placas se apoderaba tan intensa y sugestivamente de mi ánimo, que dejé en suspenso el esclarecimiento de las pocas dudas que sobre semejante diferenciación me asaltaban.

Recomendé á mi enfermo la hidroterapia en forma de ducha de impresión, la quina y los glicerosfosfatos al interior, no olvidando el cloruro de bario (15 centigramos al día), en que tanta confianza tiene Hammond. Alimentación reparadora, vida á la luz y al aire, etc. No me sentí tentado de aconsejar la suspensión que tanto preconiza Gosselin; sobre ser práctica pesada, creo con Lépine que es un tratamiento de capricho, sin fundamento racional; ¿cómo ha de obrar la suspensión sobre la lesión esclerógena, ni qué beneficio puede repor-

tar al enfermo semejante posición, tratándose aquí sobre todo de que los medios de defensa orgánica se desplieguen poderosos para contrarrestar y aniquilar el microorganismo desorganizador del tubo nervioso?

A los 15 días se había determinado una mejoría sensible. Andaba el enfermo con más holgura, hasta con relativa facilidad al compararse con las supremas dificultades de antes, y la contractura había disminuído notablemente. Era asimismo menos acentuado el temblor de los brazos y del cuerpo, sintiéndose el enfermo más dueño de sus movimientos musculares voluntarios. La palabra se emitía con más soltura, con mayor rapidez, sin tanto esfuerzo. El nystagmus había menguado, quedando reducido á algunas sacudidas al obligarse al globo ocular á realizar violentos movimientos laterales; la agudeza visual era mayor también. En conjunto, cuanto había de patológico en su sistema nervioso estaba en estimable remisión.

Pasmado de esta mejoría, hasta cierto punto extraordinaria, pues aunque la esclerosis en placas, como han dicho Charcot, Erb y cuantos autores les han seguido, tiene períodos de alivio á veces muy notables,—nuevas fluctuaciones de atenuación y exacerbación que hicieron exclamar á Charcot que la enfermedad es cambiante y móvil en extremo,—jamás se logran con tanta prontitud y á tal grado como en mi enfermo, hube de regocijarme en la consoladora idea de que siguiendo tan llano camino acaso se alcanzaría un alivio de tanta monta que la palabra curación se vendría á los labios insensiblemente. Suspendí el cloruro de bario por ver si era él el poderoso agente que modificaba la alteración nerviosa, dejando en plaza los demás factores del plan terapéutico. No he de decir que la sombra del histerismo tomó mayor cuerpo, y la duda de que toda la enfermedad de él emanara apareció en mi mente con alguna tenacidad, pensando que la infección gripal había movido los resortes de un histerismo ya inminente en el enfermo.

A los 24 días veo nuevamente al enfermo, y la mejoría se había pronunciado con tan señalados caracteres, que no se podía dudar ya de un porvenir riente. Del triste síndrome quedaban vigentes únicamente cierta tendencia al vértigo, ligera cefalea, alguna dificultad en la expresión, parestesia en las extremidades inferiores y un temblor remiso del brazo derecho, pues el izquierdo estaba ya libre por entero; la diplopia desaparecida en absoluto, y la agudeza visual en completo estado normal. Persistía además la hipoaesthesia y unas ligeras sensaciones de estiramiento y adormecimiento de las piernas. El tubo digestivo funcionando con hígidez envidiable. Continúa el tratamiento.

A los 50 días el enfermo ya no debía ser considerado tal. Andaba con libertad, se expresaba correctamente, maniobraba y dirigía sus brazos con perfecto dominio, nada le molestaba y sintoma ninguno había en él que recordara la terrible enfermedad que antes se señoreaba de su organismo, amenazando inutilizarlo hasta la ruina más completa.

Roguéle que más tarde se presentara á mi observación, y á los 4 meses primero, y á los 10 meses por última vez le vi, y puedo

asegurar que está libre de estigmas nerviosos, debiendo aceptar como completa é indiscutible su curación.

Ahora bien: ¿era esclerosis en placas su enfermedad? ¿Era histerismo? ¿La infección gripal provocó el desarrollo de ciertas alteraciones diseminadas en los centros nerviosos, que bajo el amparo de un determinismo histérico se agruparon, remedando el síndrome de la esclerosis en placas, para al cabo desaparecer como episodio de mera fantasmagoría morbosa? ¿O es que el microbio de Pffeifer y sus tóxicas secreciones fueron á anidar en los centros nerviosos del enfermo, llevados por la corriente sanguínea, y alterados primero los vasos nutricios de la substancia nerviosa, arteritis y periarteritis infecciosas, se determinaron en la médula y en el cerebro algunos focos de alteración neurógica, con espesamiento de las trabéculas del reticulum y ligera atrofia de las vainas de mielina, é hipergénesis de fibrillas conjuntivas, hasta que desarrollada vivaz y enérgica la acción fagocitaria, pudo dar cumplida cuenta del elemento perturbador, y tras la victoria alcanzarse un compensador renacimiento, quizás *ad integrum*, de los malbaratados elementos nerviosos? Si el enfermo era un predispuesto, un predestinado á las alteraciones del sistema nervioso por merced de la herencia patológica que sobre él pesa, ¿no es lógica esta dirección de los últimos ejemplares de la legión infectante al encontrar en los centros del aparato de la inervación un verdadero *locus minoris resistentiæ*? Creo que este problema es de grandísimo interés y merece detenido estudio.

J. TARRUELLA.

(Continuará.)

## Literatura extranjera

### TRATAMIENTO DE LOS SARCOMAS INOPERABLES

POR MEDIO DE LA COMBINACIÓN DE TOXINAS (1)

POR EL DR. WILLIAM COLEY

La cuestión del valor de la combinación de las toxinas del micrococo de la erisipela y del bacilo prodigioso en el tratamiento del sarcoma inoperable, no ha de esperar su resolución de una alta autoridad ni de argumentos *á priori*, sino de hechos esmeradamente observados y de amplia experiencia clínica. Nadie podría observar un gran número de sarcomas inoperables, fuera ya del período de toda esperanza, confirmado el diagnóstico por los patólogos más hábiles, sin quedar convencidos de que algo muy valioso debe de haber en las inyecciones de dichas toxinas, cuando después de ellas los sarcomas desaparecieron por completo. Esos casos de éxito, algunos de los cuales datan ya de más de tres años, hacen más que compensar los fracasos.

Me he decidido á hablar en esta comunicación casi exclusivamente del sarcoma para rectificar en lo posible la mala inteligencia de aquellos que, leyendo el asunto sólo de paso, han llegado á creer que las toxinas se recomiendan indiferentemente tanto en los casos de carcinomas ó de sarcomas inoperables. Los éxitos en el carcinoma, hasta ahora, han sido tan pocos, y aun ellos casi todos solamente temporales, que creo prudente restringir el empleo de las toxinas al sarcoma, y por supuesto, al sarcoma inoperable. Nunca he aconsejado este tratamiento en los sarcomas accesibles á la operación, y solamente en unos pocos casos he recomendado este tratamiento con el fin de ver si podía prescindirse de una amputación, pues cuando el tumor está situado en las partes blandas y es de células fusiformes, me parece justificable y aun aconsejable hacer una tentativa de salvar el miembro. Tengo ahora mismo un paciente, casi desde hace dos años y medio, afecto de un sarcoma fusiforme, rápidamente recidivante en la mano derecha, en el cual se habría efectuado la amputación del brazo si la neoplasia no hubiese desaparecido con el empleo de las inyecciones. Este caso no puede todavía considerarse como de curación. Los doctores Mac-Arthur y Owens, de Chicago, han tenido dos casos, uno de sarcoma fusiforme en la pantorrilla y el otro de sarcoma meloide de la tibia, desapareciendo en ambos el tumor bajo el uso de las toxinas y haciéndose innecesaria la amputación. Estos pacientes se encuentran restablecidos desde hace más de dos años. El doctor Mac-Arthur ha observado un tercer caso de sar-

(1) Traducción del *Medical Record*. Núm. 1451.

coma del brazo, rápidamente recurrente, en el cual la amputación fué rechazada; el tumor desapareció bajo el tratamiento y el enfermo ha permanecido sano. No creo que las probabilidades de una curación por amputación resulten menores aplazándola el breve tiempo que se requiere para ensayar el éxito de las toxinas. En los casos de rápido crecimiento de sarcoma de pequeñas células redondas en el hueso, no aconsejaría el uso de las toxinas, sino la amputación inmediata.

En cierto número de casos he usado las toxinas después de una operación, con la idea de disminuir las probabilidades de recidiva. Teóricamente, este uso de las toxinas tiene muchos argumentos en su favor, pero los casos son todavía demasiado pocos para justificar una afirmación positiva. De todos modos, un tratamiento con dosis moderadas durante pocas semanas, no ofrece ningún peligro y creo que merece un ensayo.

La preparación que ahora uso no difiere en nada de la descrita en comunicaciones anteriores, constando de una mezcla de las toxinas no filtradas del estreptococo de la erisipela y del bacilo prodigioso, cultivados juntos durante dos semanas y esterilizados por el calor á 58° C. En niños y pacientes de fuerzas muy reducidas, vale más emplear las toxinas filtradas, siendo la fuerza relativa de este preparado con el no filtrado como 11 : 0. Por mucha que sea la diferencia en las opiniones acerca del papel que el bacilo prodigioso desempeña en la desaparición del sarcoma, lo cierto es que todos mis éxitos, como también los de otros cirujanos, han sido obtenidos con las toxinas combinadas, y estoy plenamente convencido que el proceso de degeneración del tejido del tumor resulta mucho más enérgico por la adición del prodigioso.

Son muchas las opiniones que se han expresado acerca de la naturaleza del proceso en virtud del cual se verifica la cura en los casos de éxito. La más generalmente aceptada, que no deja de descansar más bien en consideraciones teóricas que en hechos prácticos, es que se trata de una simple necrosis ó proceso de esfacelamiento que se parece al que produce una inyección de cualquier escarótico poderoso, como por ejemplo, el ácido fénico. En conformidad con esta suposición, el proceso se ha considerado como enteramente local, mas esto dista mucho de ser la verdad; mientras que en algunos sarcomas blandos de células redondas, la rápida descomposición del tumor parece apoyar aquel modo de ver. Hay muchos casos que refutan en absoluto su exactitud. En un número de casos, el sarcoma ha desaparecido por completo por absorción, sin descomposición alguna, y, por otra parte, en varios casos, las inyecciones se habían hecho á gran distancia del tumor, lo cual prueba que la acción es general á la vez que local. Las toxinas, obrando probablemente á través del suero sanguíneo, provocan una especie de necrobiosis con degeneración grasosa de las células del tumor, dependiendo la ulceración y formación de esfacelos, enteramente de la preponderancia de los elementos celulares sobre el estroma fibroso. En la variedad de células fusiformes, el proceso más común es la absorción sin descomposición, mientras que en el tipo de células redondas sucede lo

contrario. Por regla general, conviene más dar las inyecciones localmente; sin embargo, una cantidad mucho mayor puede sin peligro inyectarse subcutáneamente y éste es un punto de mucha importancia práctica. Un grave escalofrío y la subida de la temperatura á 41° C. se han observado después de la inyección de media gota de la combinación de toxinas sin filtrar, en un sarcoma altamente vascular. La gravedad de la reacción depende en su mayor parte de la rapidez de la absorción.

En cuanto á la dosificación, deberá, por regla general, empezarse por una cantidad mínima, por ejemplo, media gota y aumentando cada día hasta obtener la reacción apetecida. Procediendo de esta manera, el peligro es insignificante. Dependiendo la dosis, en gran parte, de la virulencia de los cultivos y siendo sumamente difícil mantener ésta en grado constante, se comprende que la dosis ha de oscilar dentro de ciertos límites y es preciso determinarla en cada caso individual por medio del ensayo y guiándose por la temperatura. La dosis inicial no debe nunca ser mayor de  $\frac{1}{4}$  á  $\frac{1}{2}$  gotas, añadiéndose agua hervida para conseguir la dilución conveniente. El objeto debe ser elevar la temperatura á 38 ó 38.5° C. En algunos de los casos de éxito no se produjeron más de tres á cuatro escalofríos durante todo el tratamiento, ganando el mayor número de los enfermos durante esto tiempo en peso de una manera no interrumpida. En este concepto, pues, he de contradecir á algunos autores que consideran este tratamiento muy deprimente y causa de rápida emaciación. Esto será verdad sólo cuando las dosis se toman demasiado grandes; de la misma manera que la estircina puede causar pronta muerte ú obrar como un excelente tónico, según la cantidad que se administre.

Siempre habrán de tomarse las precauciones más rigurosas contra una infección, porque los pacientes se hallan sumamente propensos á infectarse de otros gérmenes mientras toman dichas toxinas. La piel debe hacerse aséptica y pasarse la aguja por una llama de alcohol, antes y después de usarla.

En cuanto á la duración del tratamiento, resulta posible en la mayoría de los casos, saber en un tiempo relativamente corto si las toxinas han de producir ó no el efecto apetecido. Si al cabo de tres semanas no se nota mejoría, será inútil continuar el tratamiento. En muchos casos, la mejoría es claramente pronunciada antes de terminar la primera semana. Por poca mejoría que se note, debe continuarse el tratamiento hasta que el tumor haya desaparecido ó hasta ver que ya no se produce ningún efecto, ó al contrario, que vuelve á aumentar el volumen del tumor.

Con respecto al peligro del tratamiento, es importante la cuestión de si las toxinas tienen acción acumulativa; ésta no se observa y las toxinas se eliminan rápidamente y no hay que temer nada de un tratamiento prolongado. En un caso, las inyecciones fueron continuadas durante veintisiete meses, dos ó tres por semana, permaneciendo el paciente en perfecto estado general y ganando 4.5 kilogramos. En otro caso, el tratamiento duró casi cuatro años, sin ningún mal efecto. Yo personalmente, he observado dos muertes por

el tratamiento y me constan otras seis en manos de otros cirujanos.

De un número total de 140 casos, 84 eran de células redondas, 21 de células fusiformes, 6 mixtos, 9 melánicos, 2 de condro-sarcoma, 6 de sarcoma en que el diagnóstico clínico no fué confirmado por la investigación microscópica, y 12 en que el diagnóstico fué confirmado, pero no se hizo constar el tipo de las células. De los 84 de células redondas, 35 mejoraron más ó menos; en tres, el tumor desapareció del todo, continuando uno de los pacientes bien desde más de tres años, otro desde año y medio y el tercero se perdió de vista al cabo de un año de seguir bien. De los 21 de células fusiformes, 10 desaparecieron y todos los demás presentaron marcada mejoría. De los 6 mixtos, 3 mejoraron, 2 quedaron en el mismo estado y en 1 el tumor desapareció, siguiendo el paciente bien durante cuarenta meses; al cabo de los cuales hubo una recidiva en el abdomen que acabó con el enfermo á los seis meses. De los 9 casos de sarcoma melánico, solamente 2 presentaron una ligera mejoría, quedando los restantes en el mismo estado anterior al tratamiento. Un caso de condro-sarcoma desapareció para recidivar á los siete meses y terminando fatalmente. En el otro hubo una ligera mejoría. De los 12 casos en que el tipo celular era desconocido, 5 quedaron sin mejoría, 6 mejoraron y en 1 desapareció el tumor. De los 6 casos no confirmados por la investigación microscópica, en 2 el ósteo-sarcoma desapareció, 2 mejoraron y los 2 restantes continuaron igual.

Resulta, pues, que en 8 casos quedaron los pacientes curados más de tres años, en 9 curados de uno á tres años; en 4 casos, de seis meses á un año; en 4 el tumor recidivó después de haber desaparecido, muriendo dos de los pacientes mientras que los otros dos continúan en buena salud después de nuevo tratamiento.

En cuanto á los resultados obtenidos por otros cirujanos, he podido recoger en publicaciones ó comunicaciones privadas 35 casos de sarcoma inoperable en que el tumor desapareció por completo ó poco menos, como resultado del tratamiento. En 26 de ellos, no desapareció del todo. En 10 de los casos el sarcoma era de células fusiformes; en 11, de células redondas (uno gigante); 1 mixo-sarcoma y 1 sarcoma endotelial. En 10 casos no se hizo examen microscópico, pero la observación esmerada de varios cirujanos hacía el diagnóstico clínico apenas dudoso. En los restantes casos el microscopio confirma el diagnóstico de sarcoma, pero no se dice el tipo de la célula. Además, 5 de ellos eran de recidiva después de una operación. Del total, 9 están bien desde hace más de tres años, 9 desde más de un año; en 6 la enfermedad recidivó en otras regiones con intervalos de seis meses á dos años después de la desaparición del tumor primitivo. Este último hecho confirma además el diagnóstico de sarcoma.

Un estudio detenido de mis propios casos, así como de los observados por otros cirujanos, justifica, á mi entender, las siguientes conclusiones que, por lo demás, se hallan casi en acuerdo perfecto con las publicadas recientemente por Moullin.

I. Un número considerable de sarcómas inoperables en que la

exactitud del diagnóstico era indudable, ha desaparecido bajo este método de tratamiento.

II. Una gran proporción de estos casos han quedado libres de recidiva por más de tres años, período que generalmente se admite como suficiente para considerar la curación como permanente.

III. Las diferentes variedades del sarcoma difieren mucho con respecto á la manera como las toxinas obran respecto á los mismos. Los resultados hasta ahora obtenidos indican que el tratamiento tiene más éxito en los de células de tipo fusiforme, habiendo desaparecido la mitad de los sarcomas así tratados. Los de células redondas ceden menos fácilmente, pero cierto número han sido tratados con éxito. En cambio, en ningún caso de sarcoma melánico se ha manifestado más que ligera mejoría.

IV. La acción de las toxinas sobre el sarcoma debe considerarse como una necrobiosis de rápido progreso con degeneración grasosa. Este efecto no es el resultado de una inflamación ni se parece á la acción destructiva de un escarótico local, sino que es más bien específico, ejerciendo una influencia directa sobre las células del tumor.

V. La acción específica queda confirmada por el hecho de que varios tumores desaparecieran por completo, haciéndose las inyecciones subcutáneamente á distancia del tumor.

VI. Este método de tratamiento implica cierto riesgo si no se toman algunas precauciones. Los principales peligros á precaver, son: primero, colapso por una dosis excesiva de toxinas ó por hacerse las inyecciones en un tumor muy vascular; segundo, piemia por insuficiencia de asepsis, especialmente en los casos en que hay una superficie granulante ó esfacelada. Que los riesgos son pequeños, resulta evidente por el hecho de que en más de 200 casos, tratados personalmente, las inyecciones causaron la muerte sólo en 2, de los cuales 1 estaba ya en tan grave estado que no debiera haberse emprendido ningún tratamiento.

VII. El uso de dosis pequeñas de las toxinas por un corto período después de la operación primitiva, á título de medida profiláctica, tiene teóricamente mucho en su favor y prácticamente no puede presentar riesgo, con tal que se observen las debidas precauciones.

VIII. La acción de las toxinas de la erisipela sobre el sarcoma, tal como se presenta en los resultados clínicos, está en estricta concordancia con la conocida acción de los estreptococos vivos. Por esto, el método tiene una base perfectamente lógica y científica.

## NOTAS ACERCA DEL USO TERAPÉUTICO

## DE LAS GLÁNDULAS SUPRARRENALES

POR W. H. BATES

*Comunicación en la sociedad médica de New York*

En 1894, después de una serie de experimentos acerca de las glándulas sin conducto eferente, empecé á usar el extracto acuoso de las suprarrenales en enfermedades oftálmicas. Desde entonces no he dejado de emplearlo con éxito cada vez mayor, y ahora, al cabo de cuatro años, creo haberme hecho cargo de sus ventajas y limitaciones en las enfermedades de los ojos, del oído, de la nariz y de la garganta. Con las afecciones de estos órganos acaba mi observación personal, pero pude deducir que agente tan poderoso (los pacientes lo llaman *maravilloso*) en las inflamaciones de las mucosas de dichos órganos especiales, produciría un efecto similar en las inflamaciones de otras mucosas. Luego, por un estudio de su acción fisiológica y la observación de algunos casos con evidentes síntomas de afección cardíaca que quedaron aliviados por la instilación del extracto en la conjuntiva, me convencí de que se trata de un tónico cardíaco verdaderamente ideal. Como yo no me hallo en el caso de poderlo seguir en enfermedades generales, quiero presentar á los médicos este valioso agente para que otros lo estudien clinicamente.

En Marzo de 1896, publiqué (1) el modo detallado de preparación. Importa tener presente que el principio activo de la glándula es incompatible con la adición de substancias para conservarle y que el calor debilita su eficacia, de modo que ha de prepararse recientemente cuando se necesita. Esto puede hacerse sin gran molestia: yo mezclo 65 centigramos de la glándula desecada con 7 gramos de agua, y filtrando resulta una disolución al 1 por 100 del extracto.

Este constituye el más poderoso astringente que conozco. Si se instila una gota en el ojo, la conjuntura se pone blanca en el espacio de cuarenta segundos á dos minutos. Esta observación publicada en el número mencionado fué confirmada luego por Dor, Howe y muchos otros. El extracto se ha usado más de cinco mil veces en todas las formas de inflamación ocular, tanto traumáticas como infectivas y constitucionales (reumatismo, sífilis, tuberculosis), produciendo siempre el efecto isquémico; la pupila no se contrae ni se dilata. Tampoco se establece tolerancia por el uso repetido. No tiene propiedades antisépticas ni anestésicas. El alivio del dolor y las rápidas curaciones que muchas veces se observan, se deben por entero á su propiedad astringente. También blanquea las granulaciones que se observan en casos de otitis supurativa. En el catarro seco alivia muchas veces la congestión. Podría referir veinticinco casos de sordera en que la audición fué decididamente mejorada después de haber

---

(1) *New York Medical Journal*.

fracasado los medios usuales. Casos de zumbidos han quedado aliviados permanentemente; en la anquilosis del estribo, el extracto no produjo ningún efecto, demostrando este hecho que la verdadera indicación para el uso de esta substancia, es la inflamación ó la congestión. Es precioso para el diagnóstico diferencial y facilita el pronóstico, lo mismo que la terapéutica. Cuando, por ejemplo, el extracto mejora el oído, tenemos un caso inflamatorio de pronóstico favorable cuyo tratamiento debe consistir en remediar la congestión.

En las rinopatías el extracto reduce la congestión de las conchas y hace permeable la nariz, cuando la cocaína y los astringentes se han empleado inútilmente.

He usado el extracto en 200 operaciones en los ojos y notado que disminuye la congestión lo suficiente para permitir la anestesia cocaínica. Como ésta y el extracto son incompatibles, deben usarse alternadamente. Tengo publicados casos de glaucoma inflamatorio, estrabismo, dacriocistitis y otras afecciones en que fué posible hacer la operación indolora tan sólo después del uso del extracto combinado con la cocaína. Dor, Darier y otros han confirmado esta propiedad de la glándula.

Müllen ha referido siete operaciones nasales con que el extracto previno la hemorragia. También en la odontiatría está indicado su uso. Puedo citar un caso en que la cocaína no produjo la anestesia de un nervio hipersensitivo hasta que se aplicó previamente el extracto y luego la cocaína.

**ESTRECHECES.**—Cuando el conducto nasal se halla cerrado por tumefacción de la mucosa que lo tapiza, el extracto inyectado en el mismo reduce la congestión y tumefacción, quedando el conducto permeable inmediatamente, de modo que el agua pasa libremente. El extracto tiene éxito cuando la cocaína fracasa. Naturalmente, cuando la estrechez depende del hueso ó del tejido conjuntivo, ningún astringente puede remediarla, y hay que recurrir á la operación. El hecho es que he curado muchos casos de estenosis del conducto nasal, que sin el extracto hubieran debido operarse.

Este empleo eficaz en las estrecheces nasales sugiere el uso del extracto en las uretrales, esofágicas, pilóricas, etc. En efecto, el doctor Otto refiere un caso de estrechez uretral, en el cual la congestión quedó reducida de modo que resultó posible introducir una sonda gruesa y practicar la uretrotomía interna sin dolor ni hemorragia.

**ENFERMEDADES CUTÁNEAS.**—Velich encontró que el extracto produce anemia local cuando se aplica á la piel, aun no existiendo solución de continuidad de la epidermis. La piel inflamada de una quemadura quedó blanca y no se produjeron ampollas. También se ha usado el extracto para blanquear una chapa eczematosa. En casos de intertrigo, dicho autor ha obtenido la desaparición de la hiperemia mediante compresas empapadas en el extracto. También recomienda su uso en la viruela en los puntos donde conviene prevenir la formación de vesículas y la deformidad consecutiva.

**ANEMIA PERNICIOSA.**—El Dr. Douglas Stanley refiere un caso en el cual el extracto acuoso recién preparado produjo un notable aumento en el número de los corpúsculos rojos.

**ENFERMEDAD DE ADDISON.**—Osler, en su tratado de Medicina, sostiene que el extracto suprarrenal produce buenos efectos en dicha enfermedad y cita una literatura muy extensa sobre este asunto.

**CARDIOPATÍAS.**—Las propiedades fisiológicas del extracto sugieren su utilidad en varias afecciones orgánicas del corazón. Oliver y Schäfer han demostrado que es un tónico del miocardio. La inyección intravenosa aumenta enormemente la tensión, mientras que el efecto de la inyección subcutánea es menos pronunciado y el de la administración por la boca muy inseguro. El extracto suprarrenal es mucho más poderoso que la digital ó la ergotina. Los siguientes casos son instructivos.

I. Una mujer de 87 años fué tratada por una serie de enfermedades. El Dr. Watkins encontró el pulso débil, irregular é intermitente á cada dos latidos. En 1.º de Junio de 1895, se hizo una instilación en los ojos, cada dos horas, para aliviar una inflamación allí localizada. Luego, la paciente misma llamó la atención de su médico sobre el estado de su pulso que entonces era fuerte, regular y sin intermitencias. En vista de esto, se continuó el uso del extracto por más de seis meses con notable beneficio.

II. En una casada, de 19 años, el Dr. Mooney encontró un murmullo mitral regurgitante y otro de estenosis aórtica. El pulso era de 94, de alta tensión, débil, filiforme y regular. Los labios y toda la cara eran pálidos. Al cabo de diez minutos de una inyección subcutánea de cinco gotas de una disolución al 1 por 1000, el pulso era de 82, lleno, compresible, de mediana tensión y ya no filiforme. El semblante había mejorado decididamente de color. Al mismo tiempo, la piel al rededor del punto de la inyección estaba blanca en una área de cinco centímetros de diámetro. Era sensible, y dos días después se encontró hinchada, desapareciendo estos síntomas locales al cabo de una semana.

III. El Dr. Peterson refiere que un hombre de 55 años, de pulso filiforme y 68 pulsaciones, con murmullos mitral y aórtico, padecía grandes dolores anginosos que exigían el uso de la morfina. La circulación pòrtica estaba dificultada y había edema en los pies. Se le dió una inyección de cinco gotas de la solución al 1 por 1000, y al cabo de cinco minutos, el pulso era más regular y más lleno, de 64. También había mejorado la circulación periférica, pero el efecto más notable se observó en la angina de pecho, desapareciendo la opresión angustiosa y el dolor por cinco horas. En vista de esto, se continuaron las inyecciones con beneficio.

IV. Una mujer de 21 años, asistida por el Dr. Schoonover, presentaba murmullo mitral y estrechez aórtica. El pulso era saltón, dicrotíco é irregular. La digitalina, dada cada cuatro horas, á un miligramo, no había producido alivio. Le dieron 70 centigramos de polvo de la glándula á tomar cada cuatro horas. El pulso se hizo

regular y todos los síntomas subjetivos se aliviaron durante dos días. Después, el polvo dejó de producir efecto.

V. El Dr. Milleg trató á una paciente de 43 años por pleuro-neumonía complicada con lesión mitral. El pulso era de 100, blando é intermitente cada cinco latidos. La temperatura era al principio del tratamiento de 39° C. Ocho días después vino la crisis, bajando la temperatura á 37° C. Presentaba *facies* hipocrática, extremidades frías, pulso muy débil y declaraba que se sentía morir. Se le dió una inyección hipodérmica de diez gotas de una solución de 5 por 100. A los pocos minutos, el pulso subió á 120, lleno y fuerte; las extremidades se pusieron calientes, y la paciente se animó. Luego, con gran beneficio, se le hicieron cuatro inyecciones diarias. Milleg cree que sin el extracto suprarrenal, la paciente habría sucumbido á la insuficiencia cardíaca.

BOCIO EXOFTÁLMICO.—El Dr. Cray observó una decidida mejoría en la acción cardíaca y de la fuerza muscular general por el uso del extracto. También desapareció casi por completo el bocio, y quedó un temblor apenas visible. La paciente tomó tres veces al día una tableta que representaba medio gramo de glándula.

A mi entender, la mejor manera de administrar este medicamento, es aplicar sobre la lengua unas pocas gotas del extracto acuoso.

En resumen, hasta ahora no se ha empleado ningún agente terapéutico que pueda compararse con el extracto suprarrenal, como astringente puro en todas las inflamaciones, como hemostático y como tónico de todas las fibras musculares, especialmente del corazón.

## EL EMPLEO DE LA ARCILLA

### COMO MATERIAL ASÉPTICO Y ANTISÉPTICO DE APÓSITO (1)

POR EL DR. JULIO STUMPF

Hace ya dos años aproximadamente, que dirigí á la Unión médica del distrito de Schweinfurt una corta comunicación relativa á la utilidad de la arcilla para los apósitos de las heridas. Durante este tiempo, he continuado mis ensayos y he llegado ahora á un resultado total tan favorable, que estoy en el caso de presentar en detalle mis experimentos.

En Diciembre de 1882, tuve ocasión de concurrir á la exhumación de un cadáver sepultado desde hacía ya dos años. Se trataba de una mujer de unos veinticinco años fallecida durante el parto; á consecuencia del resultado del examen se demostró que era infundada la sospecha de que hubiera podido ser envenenada con arsénico por su marido. Por éste último motivo, hizo en mí una impresión más duradera el conjunto de fenómenos observados en esta autopsia.

(1) Traducido del *Münchener Med. Wochenschr.*—15 Nov. 1898.

En efecto, el cadáver estaba bien conservado de un modo sorprendente; para no mencionar más que un hecho, las paredes abdominales estaban cerradas y el intestino pudo ser extraído como un cordón no interrumpido; en el útero se podía reconocer todavía con claridad el sitio de la placenta, lo que fué consignado de un modo especial en el acta judicial. Los pedazos de vestido que se encontraron en el ataúd, estaban igualmente bien conservados de un modo asombroso.

El terreno donde había sido construido el cementerio estaba naturalmente constituido por tierra arcillosa en toda su profundidad, y debía admitirse que en el cementerio mismo, la capa de tierra arcillosa alcanzaba á una profundidad de algunos metros, porque á poca distancia de aquél se encontraba una profunda fosa, que servía para la extracción de barro. El aspecto de este corte del terreno volvió repetidas veces á mi memoria por la frecuencia con que en aquella comarca se excavan dichas fosas para extraer el barro; cada vez se imprimió en mí, de una manera más frecuente y viva, la opinión de que en estos gruesos lechos de arcilla, dada su homogénea estructura, la vida orgánica ó su posibilidad debía y podía ser extremadamente mínima, y entonces se presentaba la idea de que la arcilla podía ó debía poseer una propiedad especial para oponerse á la descomposición que tal vez se ejercería también en el tratamiento de las heridas infectadas.

Algunos años más tarde, tuve ocasión de tratar una extensa úlcera de la pierna en un hombre que vivía en medio de grandes privaciones y sumamente desvalido, por lo tocante á asistencia. El paciente esparcía por toda la casa y aun por las inmediaciones de ella, un olor cadavérico; las úlceras eran muy extensas y en dos puntos la tibia estaba completamente al descubierto; en una palabra, creí deber proponer la amputación de la pierna al pobre paciente, que desde hacía años soportaba la afección y desde algunos meses estaba sepultado en su miserable cama. Como el enfermo no consintió en ello, recomendé á sus parientes que espolvorearan con arcilla desecada y luego finamente raspada, el miembro enfermo, que hasta entonces había estado cubierto con trapos sucios. El resultado fué desde luego muy sorprendente, ya que inmediatamente se suprimió el mal olor. Por lo demás, se consiguió con este tratamiento el mayor éxito que podía esperarse dada la extensión del padecimiento. Desde entonces, tuve siempre una provisión de arcilla pulverizada, para aplicarla en los casos de úlceras pútridas. Poco después, hace como unos doce años, se dió casualmente el hecho de tener á mi disposición en las farmacias, la arcilla en una forma particularmente apropiada á mi objeto, y desde entonces he hecho uso, cada vez con más frecuencia, de la arcilla ó *Bolas albae*, de este polvo fácil de manejar, inodoro y al mismo tiempo tan barato en todas partes; la he empleado en los eczemas de la cabeza, que son tan frecuentes y en el pénfigo de los niños, pero también de un modo particular en las úlceras superficiales, en las granulaciones perezosas; y en general en las lesiones cutáneas de las extremidades tan frecuentemente descuidadas en la práctica rural, y casi siempre

tuve que quedar muy satisfecho de la eficacia de la acción curativa y desecante. En el caso siguiente, obtuve un éxito sorprendente que me animó de un modo especial á hacer más ensayos.

El 28 de Diciembre de 1896, un joven labrador quedó con la mano izquierda completamente desgarrada á consecuencia de habersele reventado un arma de fuego vieja. A consecuencia de la tentativa de conservar algunos dedos, sobrevinieron flemones sépticos graves del antebrazo; el 3 de Enero, amputación de la muñeca sin sutura; el 7 de Enero, incisión de abscesos sépticos en el antebrazo; después retroceso de los flemones; el 17 de Enero sujeté con un vendaje sobre la superficie de amputación, que supuraba de un modo abundante, como un puñado de arcilla, y dos días después al cambiar el vendaje apareció la piel retraída en forma de pliegues gruesos á manera de rodetes, sobre la superficie de amputación; no había ningún vestigio de pus; la curación completa sobrevino de un modo rápido, completamente increíble.

Desde entonces, empecé á espolvorear con arcilla, al principio sin duda con mucha timidez, las heridas recientes y especialmente las heridas recientemente suturadas. Después de una desinfección tan exacta como era posible y de la hemostasia, la herida era suturada, limpiada de nuevo completamente con algodón y luego espolvoreada abundantemente con arcilla, ó mejor el polvo era aplicado sacudiendo la caja que lo contenía. Sobre el polvo se colocaba luego un pedazo de gasa que era sujetado con algunas vueltas de venda. Este era el único vendaje aplicado hasta la separación de las suturas.

Por lo que se refiere á la aplicación de la arcilla en las heridas tratadas antisépticamente y suturadas, debo advertir lo siguiente. Hoy, en la época del tratamiento antiséptico y aséptico de las heridas, debe contarse en las heridas suturadas, con la curación por primera intención; si esta curación se obtiene también por medio de la aplicación de arcilla ó de algún otro polvo, esto demostraría á lo más, que estos medios no son mejores, ni peores, que los otros medios de apósito empleados hasta hoy. Y sin embargo, debo insistir en el hecho de que antes de la aplicación de la arcilla, no he visto una cicatrización tan ideal de las heridas suturadas. Si al cabo de cuatro ó cinco días se quita el vendaje y se separa el polvo soplando sobre él ó cepillándolo con un pincel de pelo, queda uno asombrado ante el estado de la herida, tan absolutamente libre de reacción. No se pueden calificar con toda verdad de reunión por primera intención los casos en que al separar las suturas, los bordes de la herida son un poco sensibles á la presión ó se puede exprimir aquí ó allí, en una de las picaduras, un vestigio de secreción purulenta; pero todas estas pequeñas reacciones de las heridas no parecen presentarse en la aplicación de arcilla. Los hilos de sutura cortados con las tijeras, siguen como por sí mismos á las pinzas, no están pegados á los canales abiertos por la aguja, como no es extraño observar de ordinario. Este excelente curso de las heridas no se obtenía tan sólo, en los casos en que las heridas eran producidas por el cuchillo, por ejemplo, en la extirpación de ateromas, sino también de un

modo especial en las heridas cutáneas extensas, irregulares, contundidas, por ejemplo las originadas por la caída de piedras.

En los últimos seis meses, he ido más allá y he aplicado la arcilla en heridas recientes, que no podían cubrirse con partes blandas por medio de la sutura, por estar esto contraindicado.

De los casos relativos á esta cuestión, permítaseme mencionar algunos. Un joven albañil sufrió una contusión completa de una uña de la mano, por la acción de una pesada piedra: la uña colgaba unida al dedo tan sólo por algunos filamentos de tejido conjuntivo. Separé la uña con las tijeras, y sin ninguna otra desinfección (el obrero había venido á verme inmediatamente después del accidente), envolví el dedo en una gruesa capa de gasa espolvoreada con arcilla; esta manipulación fué repetida diariamente por el obrero, sin ningún lavado con soluciones desinfectantes, y la formación de la uña resultó tan completa, que el dedo curado no se distingue absolutamente de los demás. Insisto de un modo especial en que el obrero, á pesar de su penosa y poco limpia profesión, no pasó un solo día incapacitado para el trabajo.

Más adelante, se trató de dos casos de amputación de dedos producidos por máquinas. En tales casos, siempre se ha presentado el contratiempo de tener que acortar más todavía la porción ósea de los dedos afectos, á fin de conseguir bastante piel para cubrirla, y siempre he dejado curar tales dedos por granulación, bajo el apósito antiséptico, aunque la cicatrización resulta engorrosa especialmente en los niños de la población rural, en la cual son muy frecuentes el abandono y el ensuciamiento de las heridas.

En dos casos de este género, que se han presentado para ser tratados, hace pocas semanas, se ha desarrollado el tratamiento de un modo muy simple; los muñones de los dedos fueron hundidos en arcilla y luego envueltos en pedazos de gasa, sobre la que se sacudió una abundante porción de arcilla. Este fué el primero y último apósito aplicado por mí; los padres repitieron la aplicación del polvo cada dos días aproximadamente, y con este tratamiento infinitamente sencillo se realizó la epidermización en un tiempo relativamente corto, sin que se viera nunca un vestigio de secreción ó de pus.

Por lo tanto, se había ejercido también en estas heridas abiertas, indudablemente pequeñas, la acción desecante en tan alto grado y absorbente de toda secreción que posee la arcilla; propiedad que más tarde volverá á ocuparme de un modo especial.

Finalmente, debo mencionar todavía un caso de ozena de carácter no específico, en el que las insufflaciones de arcilla por medio de un insuflador de substancias pulverulentas, produjeron una acción realmente sorprendente. Este caso se remonta ya á dos años cabales. Se trataba de una campesina de 45 años, que desde unas semanas antes estaba molestada por una secreción por la nariz, pútrida y altamente fétida. La mujer hizo las consabidas declaraciones; que su presencia era evitada por todos, á causa del mal olor; que no podía ir á la iglesia, porque todo el mundo se apartaba de ella; el padecimiento resultaba también insoportable para sus parientes á causa del olor. Después de haber ensayado sin resultado, durante algunas semanas,

todas las pincelaciones é insuflaciones posibles, pasé á las insuflaciones diarias de arcilla y el resultado fué propiamente sorprendente desde luego, respecto al olor y á la secreción. Las insuflaciones, que eran diarias al principio, no debieron hacerse sino con intervalos cada vez más raros, y desde hace cerca de un año, han llegado á ser completamente superfluas; he visitado repetidas veces á la enferma en los últimos tiempos y he tenido que cerciorarme de una curación completa.

Después de haber obtenido durante los últimos meses con el tratamiento por medio de la arcilla, un resultado tan favorable en la unión de heridas completamente recientes, impropias para la sutura, como lo había obtenido antes en la herida supurada, y después de haber podido observar también en dichas heridas recientes, la propiedad tan eminentemente desecante, me interesó vivamente el problema de la modificación que experimentaría un tejido animal vivo, por ejemplo, substancia glandular, carne, etc., convenientemente envuelta en arcilla.

Ya con ocasión de mi discurso, pude presentar á los colegas un fragmento de hígado de becerro que había sido introducido en un puñado abundante de arcilla durante cuarenta y ocho horas apenas, y estaba ya desecado con aspecto coriáceo.

Por otra parte, en el curso de las últimas semanas, he practicado una serie de nuevos ensayos, que han demostrado de un modo sorprendente en alto grado, la acción desecante del polvo de arcilla.

Si se coloca un fragmento de hígado del peso como de 15 gramos en una gran cantidad de arcilla seca, digamos en un cajón de cigarrillos lleno de ésta, el fragmento se retrae de día en día de cada vez más, hasta endurecerse por completo al cabo de cinco ó siete días, y adquirir en los siguientes una dureza casi parecida á la del lacre; la superficie de sección es entonces completamente lisa y brillante. Si el mencionado fragmento de hígado ha sido tomado del borde del hígado, y por lo tanto está provisto de cubierta peritoneal, es interesante observar cómo el peritoneo con la progresiva desecación ofrece de un modo cada vez más pronunciado arrugas pequeñas, y se arrolla hacia adentro en dirección á la superficie pulposa. El tejido momificado se endurece finalmente de tal manera, que se rompe.

Lo mismo se nota en la carne. Un pedazo de carne de 30 gramos introducido en uno á dos litros de arcilla, pesaba sólo 23 gramos al cabo de dos días, y después de diez, se ha retraído adquiriendo un aspecto completamente duro, de 10 gramos tan sólo de peso; al probar de flexionar la carne, se rompe, y en la superficie de fractura se presentan haces fibrosos de tejido muscular, unos más finos, otros más gruesos; en la superficie de fractura, así como en los cortes que ofrecen una superficie completamente lisa, el color de la carne aparece de un hermoso rojo pálido.

Si se coloca una partícula del tamaño de medio guisante de este tejido momificado, sea hígado ó carne, en un tubo de ensayo lleno de agua, se hinchán estos fragmentos al cabo de unas doce horas, de tal manera, que llenan por completo la luz del cilindro de vidrio.

Otro ensayo relativo á este punto es el siguiente:

Si se aprieta entre los dedos una pequeña porción de algodón, hasta convertirlo en un ovillo del tamaño de una nuez moscada aproximadamente y se la empapa en un exceso de agua ó en sangre de cerdo desfibrinada, este ovillo húmedo se convierte inmediatamente en una especie de bola; si se le hace rodar de aquí para allá, en arcilla, esta bola aumenta naturalmente de grosor de un modo rápido al principio, mientras hay todavía líquido libre, y luego sucesivamente con más lentitud, hasta que después de unos doce á quince minutos no se manifiesta ya ningún aumento de peso. Si entonces se comprime la bola, el algodón se escapa como el hueso de una nuez, en estado completamente seco. Las superficies de fractura de la cáscara de la bola se presentan entonces en todo su espesor, empapadas de humedad tanto de agua, como de sangre.

Se comprende por sí mismo, que este proceso de desecación se verifica de un modo tanto más rápido, cuanto más seca está la arcilla misma y cuanta mayor sea la cantidad de polvo en que se envuelvan los fragmentos de tejido; á consecuencia de la imbibición, la humedad pasa uniformemente desde las pequeñísimas partículas de arcilla situadas en la proximidad del objeto que se deseca, hasta las más lejanas.

Esta propiedad de la arcilla, en virtud de la cual transmite de una manera continuada toda clase de humedad, parece precisamente la más importante para el objeto del tratamiento de las heridas, pues allí donde no hay ninguna humedad, no hay acción bacteriana, ni reacción inflamatoria. Y como precisamente sólo en el principio del tratamiento, sea de heridas recientes, sea de heridas ya inflamadas ó supuradas, puede constituir un problema la supresión de grandes cantidades de secreción, se recomienda emplear el polvo en el primer apósito en grandísimo exceso, á fin de que no se agote la capacidad absorbente, y se recomienda igualmente además, practicar el primer cambio de apósito en las grandes heridas dentro de corto plazo, como veinticuatro horas más tarde, ó antes en algunos casos. Ahora añadido además, que en estos últimos tiempos me he venido sirviendo para el tratamiento aséptico de las heridas recientes de una arcilla que había sido sometida en la farmacia á unos 150°; como ya se sabe, la arcilla seca pulverizada no varía de estructura, ni siquiera á la temperatura del rojo.

Ignoro por completo hasta qué punto se ha ensayado ó se ha propuesto, durante los últimos decenios, por lo tanto durante la época de la antiseptis de Lister, emplear la tierra arcillosa limpia, no mezclada aún con otros medios antisépticos como material aséptico de apósito. Pero no ha quedado ignorado por mí, que la arcilla ó la tierra arcillosa en general, ha hallado aplicación práctica desde tiempos inmemoriales, en el tratamiento de las heridas. No hace todavía un año, cuando en atención á mis experimentos cada vez más favorables, empecé á investigar la bibliografía, llegué, con sorpresa tan grande como agradable, á la conclusión de que en los siglos pasados y especialmente en la antigüedad, la arcilla desempeñaba un gran papel en el tratamiento de las heridas; que especialmente la tierra blanca de Lemnos era exportada á Oriente, en grandes canti-

dades, con el nombre de *Terra Lemnia* ó de *Terra sigillata*, para usos medicinales y especialmente para el tratamiento de las heridas, así como que aun en el día es enviada á la India. Débese mencionar aquí todavía, que en el conocido compendio de Medicina de Schmitt, en Waldenburg y Simón, y particularmente en la práctica farmacéutica de Hager, se hace una breve mención de la arcilla como de un medio desecante y apropiado á las heridas y úlceras.

Creo que obraremos muy bien si hacemos nuestra de nuevo la antes mencionada práctica de los antiguos, y concluyo mi relación con el deseo de que mis observaciones y ensayos puedan ser considerados dignos de una comprobación exenta de juicios preconcebidos.

## Varia

### ACADEMIA DE HIGIENE DE CATALUÑA

#### RESULTADO DEL ÚLTIMO CONCURSO DE PREMIOS

TEMA 1.º — *Tratamiento á que deben someterse los delincuentes desde el punto de vista de la Higiene social.* — Premio: Dr. D. Arturo Galcerán (Barcelona). — Lema: «La doble naturaleza del organismo social exige el empleo de dos categorías de medios terapéuticos para curar las anomalías sociales: los unos modificadores de la física del hombre; los otros modificadores de sus facultades intelectuales y morales. La Medicina y la Higiene toman á su cargo los primeros; la Moral y la Religión tienen por objeto el alma humana». — (P. de Silienfeld. — La Patología social).

Mención honorífica: D. Antonio Carreras y Hernández (Neira de Rey, Lugo). — Lema: «Al redactar una sociedad un código penal, debe especialmente satisfacer las exigencias de la salud pública moral y material ó económica; pero limitando sus actos por el respeto que merecen deberes ineludibles». (Dr. Nieto Serrano).

TEMA 2.º — *Estudio del sport náutico. Reglas prácticas para estimular su desarrollo individual y colectivo: en forma de cartilla higiénica.* — Accésit: D. Juan A. Inglés (Lérida). — Lema: «Docet experientia nautus melius habere in mari quam in terra».

TEMA 3.º — *La lucha por la existencia.* — Premio: D. R. Rodríguez Ruiz (Barcelona). — Lema: «El criterio higiénico debe fundarse en los hechos naturales».

*Profilaxis de la ceguera.* — Premio: D. Antonio Pi y Sunyer (Barcelona). — Lema: «Propender á aminorar las desdichas y las imperfecciones que afligen al hombre, es hacer obra de alto sentido higiénico».

*Sobre un punto de higiene matrimonial.* — Mención honorífica: D. Pelayo Vilanova y Massanet (Barcelona). — Lema: «..... á

mesure que la Médecine prophylactique prend conscience de ses facultés et de son rôle, on se rend de mieux en mieux qu'il est facile d'empêcher de se produire des accidents contre lesquels une fois produits on demeurera impuissant». (F. Sabouraud.)

*Valor profiláctico y etiológico de la combustión, la oxidación y la nitrificación.* — Mención honorífica: D. Francisco Carbonell Solés (Barcelona). — Lema: «Fuego flamígero; fuego obscuro; fuego obscuro y frío».

Tema del Dr. Queraltó. — *Condiciones higiénicas que debe reunir la primera enseñanza.* — Accésit: D. Enrique Salcedo (Madrid). — Lema: «En la escuela todo es cuestión de higiene». (Trelat).

Accésit: D. Diego Ruiz Rodríguez (Barcelona). — Lema: «Todo lo que no sea hacer á los hombres sabios, fuertes, ó dichosos, es inútil en materia de educación». (Cristina de Suecia).

Tema del Dr. Tarruella. — *Estudio del sport velocipedico.* — *Reglas prácticas para facilitar su difusión: en forma de cartilla higiénica.* — Accésit: D. Francisco Martínez y González (Socuéllamos). — Lema: «El movimiento es el alma de la vida general, y la naturaleza no es otra cosa que la materia en movimiento».

Mención honorífica: D. José Irañeta y Rodríguez (Pinto). — Lema: «El movimiento es el alma de la vida».

## Encima la mesa

PATOGÉNESIS DE LA PSORIASIS. — C. SZADEK. — Tirada aparte de la *Gazeta lekarska*. — Echando una ojeada crítica sobre las opiniones manifestadas por los dermatólogos de todos los países, desde el famoso tratado de Rayer publicado en 1835 hasta hoy, y citando noventa trabajos sobre la psoriasis, el incansable especialista kievés llega á la conclusión que el problema de la procedencia ó naturaleza de dicha afección no se halla aún resuelto por completo; pero que en vista de los datos reunidos hemos de inclinarnos á favor de la teoría parasitaria por ser la mejor fundada. La teoría de Ropp, según la cual la psoriasis sería una manifestación sifilítica, debe rechazarse por falta de todo fundamento; contra un enlace estrecho entre la psoriasis y las alteraciones morbosas del sistema nervioso, hablan numerosas observaciones hechas por muchos autores, entre ellos autoridades como Neuman, Kaposi y otros; por otra parte, la teoría del origen nervioso de la psoriasis, fundándose principalmente en consideraciones teóricas y unas pocas observaciones en individuos neurasténicos, carece de base sólida y de pruebas convincentes.