

## De periódicos.

Estado actual de la teoría de la epilepsia—Acerca de tan discutido asunto ha dado una interesante conferencia el reputado neurólogo doctor Alzheimer, en la sección médica de la Sociedad Silesiana de Cultura Patria (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*).

El ataque epiléptico puede observarse como síntoma en diversos estados patológicos. En el 50 por 100 de los casos de la forma más frecuente y más importante, o sea la epilepsia *genuina*, se encuentran en el asta de Ammon, de un lado o de los dos, alteraciones, las cuales, esto no obstante, no son la causa de la epilepsia: esclerosis atrófica de las fibras nerviosas, degeneración de las células ganglionares y, al mismo tiempo, proliferaciones dispuestas de un modo sistemático. También se encuentra una gliosis marginal muy acentuada, con destrucción notable de los elementos nerviosos de la corteza cerebral. Obsérvase, asimismo, un desarrollo, en cierto modo patológico, del cerebro, por cuanto se encuentran células ganglionares en determinados sitios, que sólo en la infancia se encuentran en condiciones normales. Al parecer existen también determinadas relaciones con procesos tóxicos. En cambio, no se puede afirmar con seguridad que la enfermedad tenga relación con la espasmofilia de los niños pequeños.

En la epilepsia *tardia* se trata de alteraciones arterioescleróticas que afectan los grandes vasos, o bien, bajo la forma de focos cuneiformes, cuya base se encuentra en la corteza cerebral, y en que se ven células destruídas, como consecuencia de alteraciones en vasos de pequeño calibre. La endarteritis sifilítica de estos últimos vasos puede ser también causa de ataques epileptiformes; se observan también ataques muy semejantes en algunas ocasiones, a consecuencia de excesos en la bebida en individuos muy poco tolerantes al uso del alcohol: es la llamada epilepsia alcohólica. Igualmente hay que incluir en este grupo la epilepsia saturnina, que se puede provocar experimentalmente en el perro envenenándolo con plomo.

Otra variedad de epilepsia es la llamada *narcolepsia*, en que no se presentan ataques convulsivos propiamente dichos, sino accesos momentáneos de sueño, los cuales, a pesar de sobrevenir a veces con grandísima frecuencia, no afectan ni la salud de los sujetos jóvenes en que se presentan, ni tampoco su inteligencia. En cambio, y a diferencia de lo que sucede con los ataques propiamente epilépticos, son completamente refractarios a las preparaciones de bromo. Estos estados no deben interpretarse tampoco como histéricos: más bien hay que relacionarlos con trastornos del desarrollo.

Por el contrario, la epilepsia llamada *afectiva* tiene relaciones indudables con el histerismo, tan íntimas a veces, que las formas de transición son frecuentes y de muy dudoso diagnóstico. Se trata en estos casos de individuos muy irritables, inquietos, a quienes gusta la vida vagabunda, de caballeros de industria, etc., y en los que sobrevienen ataques epilépticos en determinadas ocasiones: excesos en la bebida, reyertas, prisión.

Forman grupo aparte los *dipsómanos*, por tratarse de degenerados a quienes su misma predisposición psicopática conduce a excesos en la bebida.

Por último, existen determinados *trastornos del desarrollo cerebral*, tales como la esclerosis hipertrófica, la macrogiria cortical y el estado verrugoso de la corteza cerebral, en los que se observan ataques epilépticos de un modo casi regular, sobre todo cuando dichas lesiones han adquirido cierta extensión. En cambio hay otros casos que es preciso atribuirlos a una *encefalitis fetal o infantil*.

Preguntado el autor por el doctor Kuttner cómo se explica que en los casos de epilepsia traumática (por cuerpos extraños) la operación, así como va seguida a veces de la curación, hay casos en que el mal sigue una marcha progresiva a pesar del acto operatorio, contestó el doctor Alzheimer que como no ha habido ocasión de examinar los cerebros respectivos, no era posible resolver la dificultad hoy por hoy; pero que bien pudiera suceder que en esos casos el foco local afectara al cerebro de un modo general, y de esa suerte cree una predisposición a la epilepsia.

Interrogado en otra sesión por el doctor Tietze, sobre los límites del tratamiento quirúrgico en la epilepsia y los resulta-

dos que se pueden esperar de ella, contestó el autor que la operación está indicada en todas las epilepsias de causa local, inclusive en las de naturaleza sifilítica, en que ha fracasado el tratamiento específico, así como también en los casos de residuos cicatriciales. En cambio se debe abandonar el tratamiento operatorio en la epilepsia genuina, que algunos cirujanos han empleado también en estas circunstancias.

**Las inyecciones hipodérmicas de oxígeno en las enfermedades nerviosas y mentales**—Acerca de este asunto ha publicado el doctor M. Dardel, en la *Revue Médicale de la Suisse Romande*, un artículo que, en síntesis, viene a decir lo siguiente :

El oxígeno aumenta la presión diferencial, disminuye la viscosidad de la sangre, aumenta la hemoglobinemia, hace más lento el pulso, aumenta la amplitud de los movimientos respiratorios y en general proporciona cierto grado de euforia. Toulouse lo emplea en inyecciones hipodérmicas en las afecciones mentales y con muy buenos resultados. Cuatro psicosis agudas cedieron rápidamente; calmó la agitación, favoreció el sueño, disminuyó la frecuencia de los ataques epilépticos y siempre proporcionó algún beneficio.

El autor hace mérito de doce casos tratados con este procedimiento, inyectando el oxígeno por medio de un aparato de Martinet, que enlaza mediante un tubo de goma con una jeringa de Pravaz cuya aguja introduce en la parte externa del muslo. La inyección hay que practicarla con mucha lentitud, en unos diez a quince minutos; la piel se abulta, y se presenta una sensación de punzada, de resentimiento o de dolor bien marcado, aunque pasajero. Al cabo de cuatro horas el gas es absorbido, pero aun al día siguiente es lo más común que pueda percibirse un poco de crepitación subcutánea. Conviene variar el sitio de la inyección cada día, y también es de aconsejar que el paciente permanezca echado por lo menos media hora después de la inyección.

Este tratamiento no ha acarreado jamás el menor inconveniente: se ha conseguido con él, como efecto más constante, mejoría en el sueño, lo mismo durante el tratamiento que después de él; sueño natural, profundo y exento de las molestias que suelen dejar en pos de sí los narcóticos e hipnóticos. También

se presenta euforia. Aun en los casos de afecciones cerebrales crónicas e incurables se consigue con el oxígeno que mejore el sueño y que se tranquilice el paciente. Respecto a la posible influencia de la sugestión, no la niega el autor, y hasta reconoce que no siempre es fácil descartarla.

Las dosis de oxígeno empleadas por el autor han sido de 200 a 300 centímetros cúbicos, que se inyectan al principio diariamente o cada tercer día, aumentando poco a poco la cantidad inyectada hasta llegar a 400 ó 500 centímetros cúbicos. Un muchacho de once años, pálido, delgado y enclenque, soportó perfectamente la inyección, en días alternos, de 300 a 400 centímetros cúbicos; los demás enfermos eran adultos de veintiséis a cincuenta y nueve años de edad. Entre los casos tratados los ha habido de neurastenia, epilepsia, psicopatía constitucional con depresión crónica, ideas de persecución con accesos violentos de angustia, locura circular, gastritis crónica con insomnio pertinaz, demencia catatónica con remisiones, y una joven catatónica que presentaba dificultad para coordinar sus ideas, para hablar y para hacer lo que tenía necesidad de ejecutar.

**Efectos de las sustancias radioactivas y de las radiaciones sobre los tejidos normales y patológicos, por el doctor L. Barlo (de Londres)**—Voy a resumir los trabajos de mi laboratorio acerca de los efectos de las dosis variadas de radio sobre los tejidos, y en particular sobre los cancerosos.

Se ha demostrado que los rayos ejercen una acción enérgica sobre el agua y el amoníaco, que pueden ser reducidos a sus componentes, y hasta es posible hacer la síntesis. Los leucocitos, los glóbulos rojos, las opsoninas, las encimas, los complementos, son descompuestos. Los fermentos del jugo gástrico, de la saliva, del jugo pancreático, son destruídos; pero las tirinasas, las oxidadas, los extractos no son afectados lo más mínimo. De todas las radiaciones, los rayos x son los más enérgicos. Si las dosis empleadas son muy pequeñas para destruir las células, éstas experimentan, sin embargo, modificaciones funcionales.

El radio existe en la mayor parte de los tejidos en proporciones infinitesimales; pero estas proporciones aumentan en los tejidos cancerosos y en las metástasis cancerosas. He inoculado silicato de radio en la axila de un ratón, observando disminución

de peso del radio a las pocas semanas, lo que prueba que desaparece en los tejidos normales.

El hecho de existir siempre cálculos en el cáncer de la vesícula biliar, me ha inducido a averiguar la proporción de radio de los cálculos en los casos de cáncer y en los de litiasis ordinaria, y he visto que mientras que en las litiasis simples apenas hay indicios de radio, en los casos de cáncer de la vesícula la proporción es ochenta y cinco veces mayor, y aunque el cáncer no esté localizado en la vesícula, los cálculos contienen siempre más radio.

El radio de una solución radifera en presencia del estafilococo dorado, se localiza en el cuerpo de los bacilos. Como de ordinario, el núcleo de los cálculos está compuesto de bacterias; creo que quizás éstas son las que concentran el radio a su alrededor, lo que determina el cáncer de la vesícula. He conseguido, gracias a un aparato ingenioso, ensayar las radiaciones sobre los huevos de *ascaris megalcephala*: he observado la división rápida de estos huevos, llegando a determinar la dosis más apropiada para conseguir semejante división. Creo que ciertas dosis de radio son estimulantes y que las dosis fuertes, según está ya demostrado, producen trastornos.

**Nævocarcinomas**, por el doctor G. Darier (de París)—Los nævi y nævocarcinomas son tumores de naturaleza epitelial y merecen figurar entre los epiteliomas de la piel; esta afirmación se funda en numerosos hechos histológicos que no dejan duda alguna sobre el particular.

El pigmento, muy común en estos tumores pero no constante, se localiza en los elementos epiteliales y algo en los mesodérmicos. Su papel es accesorio; no hay relación alguna entre su abundancia y la evolución de la neoplasia.

Los tumores malignos proceden de los nævi celulares o de lesiones idénticas, y afectan la estructura de carcinomas alveolares o reticulares. Muchas veces, en parte al menos, se asemejan de una manera notable a los sarcomas fasciculados. Algunos hechos demuestran que aun en este caso sus elementos son de naturaleza epitelial y de origen epidérmico directo o indirecto.

Existe una transición gradual entre los nævi fijos, los nævi progresivos y los nævocarcinomas. Puede comprenderse cuál es

la verdadera causa del crecimiento y de la malignidad de estos tumores; esta malignidad varía bastante, según los casos.

El modo de evolución y generalización de los naevocarcinomas es especial y difiere por algunos caracteres del de los sarcomas por una parte y del de los epitelomas-carcinomas por otra.

La malignidad de los naevocarcinomas se revela por la formación de neoplasias secundarias pigmentadas, o por la producción de tumores no pigmentados o por la aparición de neoplásicas.

Esta melanosis secundaria puede revestir tres formas: localizada, metastática o generalizada. Los tumores naevocarcinomatosos secundarios tienen distinta estructura que el tumor primitivo.

El tratamiento propio de los naevocarcinomas difiere del que es aplicable a los tumores malignos de la piel. El agente más eficaz es la electrólisis, y en ciertos casos, la escisión quirúrgica. Conviene intervenir antes de que se produzca la generalización.

**Alopecia areata y enfermedades similares**, por el doctor C. Pellizari (de Florencia) —Creo que la alopecia areata debe ser considerada, según los experimentos clínicos, anatomopatológicos, biológicos y experimentales más recientes, no como una entidad nosográfica única, sino como un síndrome sintomatológico de patogenia nerviosa y cuya etiología varía según los casos.

Creo también que la misma hipótesis puede explicar las múltiples y variables formas clínicas que, con nombres diferentes, indican, sin embargo, estados muy análogos a la alopecia: tales son los que invaden en foco la piel en su totalidad, provocando trastornos tróficos precoces, o los que principian en los aparatos foliculares y después, en procesos inflamatorios de caracteres algo especiales, originan también la atrofia cicatricial.

Admito que algunas formas clínicas, aunque presenten entre sí gran semejanza, pueden ser producidas por procesos morbosos completamente distintos, aunque pertenecientes a un mismo grupo, y que el mismo proceso morboso es capaz de determinar tipos clínicos diferentes, según la fase de su desarrollo y el terreno.

El doctor Sabouraud (de París) ha dicho: «En Francia, desde los trabajos de Jacquet, no se admite el contagio de la pelada. Jacquet, aplicando las investigaciones de Head a la pelada, la cree de

origen reflejo, muchas veces gingivodentaria. Esta teoría sólo es aplicable a las peladas unilaterales, pequeñas o medianas, que son las más graves. Para mí el proceso de depilación, en la pelada, es específico, y la marcha de las grandes peladas corresponde, al parecer, a una enfermedad general, con alteraciones diversas de la piel, de las uñas, con concomitancia frecuente de vitiligo, de lupus eritematoso de las orejas, de psoriasis, etc.

«La pelada es familiar y hereditaria en la tercera parte de los casos, y recidiva en la mitad. Es, al parecer, más frecuente en los heredosifilíticos y los tuberculosos, sin que sea una lesión sífilítica ni tuberculosa. Puede presentarse después de los grandes traumatismos físicos o nerviosos. Mis últimas investigaciones prueban su frecuencia en la mujer, en la menorragia, y su relación frecuente con los trastornos tiroideos en ambos sexos, y con los tiroováricos en la mujer.»

Patogenia y tratamiento de los eczemas, por el doctor Gougerot (de París) - El eczema es un síndrome anatómico debido a causas diversas. No hay diferencia esencial entre el eczema diatéptico y el debido a una causa extrema. En efecto, en ambos casos, en diversos grados, se encuentran el mismo terreno e igual predisposición del tegumento.

El eczema, sea cual fuere su causa, es en su origen una reacción de defensa contra una causa irritante tóxica interna (diátesis) o externa (agente irritante), una reacción inflamatoria aséptica contra estos agentes tóxicos.

Entre los elementos de esta reacción inflamatoria, el edema (que figura muchas veces en primer término, y que se revela por la formación de vesículas y la exudación epidérmica, por el edema de la dermis y a veces de la hipodermis) sirve para diluir estos tóxicos a fin de que disminuya su acción nociva local.

Los tóxicos endógenos se eliminan por la piel, porque los otros emunctorios funcionan imperfectamente, porque la piel es frágil por predisposición hereditaria o adquirida y se deja atravesar por las toxinas. Los tóxicos exógenos atraviesan también la piel porque es porosa.

«El terreno especial *eczematizable*, de determinismo oscuro, consiste por lo tanto, al parecer, en una especie de fragilidad cutánea, cuyo carácter principal es la porosidad.

Esta teoría patógena confirma : 1.º, la eficacia del tratamiento antiflogístico del eczema en su primer período, por las curas húmedas y las pulverizaciones ; 2.º, la necesidad de un tratamiento interno apropiado a los trastornos orgánicos y al terreno de cada enfermedad.