

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospital.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

PROGRAMA CIENTIFICO:

Ciencia española.—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Clínica quirúrgica, por el Dr. José Blanc Fortacin.—Amaurosis unilateral histérica asociada á otras manifestaciones oculares de la misma naturaleza, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Notas clínicas sobre meningitis, por el Dr. Suñer.—Ectima terebrante ó gangrenoso, por el Dr. Sicilia.—Saneamiento é higienización de España, por el Dr. Luis Muñoz Antuña.—**Periódicos médicos.**—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Por la ciencia médica española.—Donativos recibidos hasta el día 7 de Febrero, para el homenaje al Dr. D. Antonio Espina y Capo.—**Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Ginecológica Española.—Sociedad Española de Higiene.—**Sección oficial:** Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

CLINICA QUIRURGICA

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACIN

Cirujano de número por oposición, del Hospital de la Princesa.

La movilización en las resecciones articulares.

Varios han sido los casos de resección de codo, practicados en el presente curso. Las fracturas intraarticulares dan gran contingente en las clínicas hospitalarias, porque es muy frecuente que esa clase de traumatismos, además de complejos, sean defectuosamente tratados. Y así han llegado, unos con anquilosis en extensión y otros con posiciones viciosas en fuerte pronación, á buscar el remedio por un brazo inútil, que quedó así después de larga inmovilización en un apósito mal colocado.

En todos ellos hemos practicado sistemáticamente una resección típica reglada, pero poco extensa en sacrificio óseo, economía como dicen algunos. Nada hemos de decir respecto á técnica; la conservación de elementos ligamentosos y tendinosos, la disección cuidadosa de los nervios y la hemostasia más atenta, son elementos fundamentales en esta clase de operatoria. Y ya terminada la intervención, un problema se ha planteado, cuya resolución es el motivo de la nota presente.

¿Cómo conservar en ese codo la movilidad relativa, complemento de la rectificación de posición? El asunto es importante cuando se trata de una resección, practicada por una lesión traumática. Tratándose de procesos tuberculosos crónicos, el problema no debe plantearse por el momento;

anquilosar el codo en flexión que permite una función relativamente útil del brazo, y nada más; ello es, á mi juicio, toda la cuestión. La cinematización del codo vendrá más tarde, cuando se esté seguro de que todo peligro de reinfecciones latentes haya desaparecido. Pero el individuo joven, y aún viejo, que se rompió el codo, debe exigir más á la Cirugía. Y debe exigir que ésta le devuelva la flexión y extensión del codo, si no completa, la suficientemente amplia para realizar movimientos que le permitan trabajar.

De los enfermos operados, á unos les hemos hecho interposiciones de bandas musculares pediculadas entre los extremos óseos resecados. A otros les hemos recubierto esos mismos extremos con láminas aponeuróticas, tomadas de la fascia lata; á otros les hemos recubierto esos mismos extremos con almohadillas de grasa, tomadas en el tejido llamado celular subcutáneo de brazos ó muslos. Y á otros, en fin, les hemos dejado los extremos óseos sin revestir, fiando á la movilización precoz, la futura función articular.

En sucesivas reuniones clínicas he mostrado á mis oyentes el resultado de unas y otras modalidades de técnica. Todos ellos recordarán á una mujer de unos sesenta años, que operé por tener su brazo, á consecuencia de una fractura y de unas maniobras de reducción desdichadas, en un estado de impotencia funcional completo. A esta enferma la resequé su extremidad humeral y las superficies articulares de radio y cúbito. Le coloqué el codo en extensión; á los diez días se lo flexioné en ángulo agudo, á los quince empecé á hacerle movimientos, cada vez más extensos. Al mes y medio, con asombro de los que asistían á mis lecciones, y que habían visto el lamentable estado de aquel brazo, la mujer, en cuestión, flexionaba activamente el codo, se san-

signaba, se llevaba la mano á la nuca, todo lo cual hacía esperar una regeneración funcional casi completa que hoy día tiene. Y esa misma normalidad de movimientos ha adquirido después de la intervención, con movilización precoz, un muchacho carretero, que hoy, á los seis meses de operado, ha vuelto á su oficio, que hubo de abandonar un año, por una fractura intracondílea, sufrida en una caída. Y semejante á ellos, el joven guarda, herido por un disparo, con fractura de codo, y que hoy se dedica á la caza, á los cuatro meses de su intervención.

En ninguno de ellos se hizo, como he dicho antes, interposición de tejido alguno entre las superficies resecaas. Era ya la experiencia adquirida suficiente para llegar á una conclusión. Pero en clínica hospitalaria no hay que proceder nunca sistemáticamente; hay que contrastar; hay que hacer la contraprueba.

Y á ella hemos procedido practicando las interposiciones de tejidos á que antes hemos hecho referencia. La interposición muscular, con segmentos pediculados, es dolorosa; los enfermos á quienes se la hemos aplicado han tolerado muy mal los movimientos pasivos precoces que en los enfermos antes mencionados eran factibles, sin protesta, á los pocos días de comenzados. Y estos enfermos, con segmentos musculares intercalados entre los huesos, han conseguido un resultado funcional muy inferior á los anteriores.

Los operados con interposición de grasa han seguido una odisea hasta la eliminación de su injerto libre. A uno de ellos he de volver á researle porque la herida se abrió y los segmentos óseos se hicieron procidentes. Trabajo me ha costado el que no se desarrollara una infección de importancia. Otro eliminó su injerto, se cerró su herida y conserva movimientos, porque he tenido buen cuidado de movilizar el codo, á pesar de la abertura de la incisión.

No está en mi ánimo censurar á nadie, ni menos criticar la conducta de eminentes maestros extranjeros que se proponen con el injerto de grasa elaborar una especie de sinovial. Pero si mi experiencia me dice que sin necesidad de ese injerto mis enfermos mueven su codo en los términos que antes he expuesto, he de creer que si con la grasa se puede crear una sinovial, también con el movimiento precoz se forma un elemento articular que permite el movimiento. Es principio de fisiología que la función hace al órgano. Esa función ha creado en mis enfermos ese órgano en un espacio conjuntivo. Los partidarios de las transplantaciones han conseguido *transformar* un tejido en un órgano de movimiento. El último caso de eliminación de injerto, que hoy conserva movimientos, á pesar de esa eliminación, parece decirme que en este punto le es más fácil al organismo *crear* que *transformar*.

Traumatismo cerebral con hemiplejía.

En los últimos días de Noviembre del año último ingresó en mi clínica un herido de cabeza. Había sido golpeado en la nuca con una gruesa estaca, y á ese intenso traumatismo siguió inmediatamente un estado conmocional, con pérdida absoluta del conocimiento y del movimiento en las cuatro extremidades. Pocos días después se iniciaba una rehabilitación motora en el brazo y pierna derechos que se completaba rápidamente. A los quince días el traumatizado ingresaba en la clínica, presentando al reconocimiento las siguientes lesiones y trastornos funcionales: hundimiento en la región temporoparietal derecha, con lesiones cicatriciales de piel; integridad de la inervación facial en toda su extensión; parálisis de la extremidad superior izquierda y de la inferior del mismo lado, con abolición de reflejos rotuliano

y plantar. Todo ello indicaba la existencia de mecanismos patológicos intensos en la zona motora cerebral derecha.

La intervención comprobó estos extremos. Trazado un colgajo de piel elipsoideo de base inferior, descubrimos una bóveda fracturada en forma estrellada, con un fragmento del tamaño próximo del de un duro; empotrado en la perforación ósea, resultante de la fractura. De esa ventana situada en la región parietal central partían diversas fisuras, una de ellas más larga que dividía todo el hueso hasta la sutura media.

Agrandada la brecha ósea, con la pinza gubia elevamos y extrajimos el fragmento parietal hundido. Una intensa hemorragia venosa nos obligó á ensanchar todavía más la abertura de craniectomía hasta la línea media, donde tras algunos coágulos apareció el seno longitudinal herido. El ojal del mismo fué cerrado con dos puntos de catgut.

Siguiendo la regla de conducta que observamos siempre que existen grandes compresiones de meninges y al notar que éstas no latían después de eliminada la causa de dicha compresión, incidimos la duramadre en colgajo de base superior y descubrimos el hemisferio cerebral; toda la porción del mismo subyacente á la compresión se encontraba deprimida como conservando la huella del hueso hundido; en la parte superior correspondiente al surco interhemisférico, región alta de la zona rolándica donde radican los centros motores de las extremidades inferiores, la corteza, además de deformada, se hallaba equimótica y presentando los caracteres de una contusión sufrida en el momento del traumatismo. Volvimos á suturar la duramadre, y como quedara una brecha ósea grande, resultante de la escisión ósea practicada para descubrir la zona cerebral contundida, pusimos en práctica un procedimiento utilizado otras veces para cubrir estas brechas óseas cuando no ha sido posible trazar colgajos osteoplásticos.

El método consiste en utilizar esos fragmentos hundidos ó levantados para descubrir zonas cerebrales. En nuestro caso el fragmento era de diámetro muy inferior á la ventana craneal y presentaba caracteres de vitalidad, hallándose en condiciones asépticas.

Para sostenerlo, sin que pudiera hundirse nuevamente, lo sujetamos mediante dos amplias asas de catgut grueso, verdaderos lazos fijadores á la cara profunda del colgajo cutáneo aponeurótico, en cuya cara profunda existían extensas porciones de periostio; así quedó convertido dicho colgajo que en el momento de la intervención era sólo de partes blandas, en un colgajo osteoplástico. El resultado en este y en otros casos ha sido perfecto. Se trata de utilizar el hueso compresor como un injerto óseo.

Aparte estos detalles técnicos, enseña este caso otras cosas. Es bien evidente viendo al enfermo andar y mover su brazo derecho al cabo de un mes, que aquí se ha operado una regeneración funcional que en determinadas zonas de la región cerebral traumatizada no cabía esperar teniendo en cuenta el aspecto de la corteza cerebral. La rapidez con que se ha operado la restitución de funciones, induce á pensar que no ha habido suplencias funcionales por otra parte difíciles, dada la sistematización de localizaciones motoras en la corteza. Es que indudablemente los grupos celulares corticales tienen una vitalidad grande, y suprimida la causa que las inhibe vuelven á desplegar sus actividades que parecían perdidas. Lo vemos esto en el orden de los agentes tóxicos ó medicamentosos narcóticos; lo vemos también en los mecanismos traumáticos conmocionales. El caso presente demuestra que esas células pueden soportar hasta límites extremos agresiones mecánicas sin perder su virtualidad funcional.

Punción lumbar en fracturas de la base del cráneo.

Cuando ingresa uno de estos enfermos en nuestra clínica, sistemáticamente practicamos la punción lumbar al día siguiente del traumatismo ó antes si los accidentes apremian por su gravedad. De 50 casos observados, sólo dos han muerto, á pesar de la punción lumbar.

De la gravedad de los curados dan idea los siguientes cuadros clínicos. Enfermos en estado comatoso con hemorragias timpánicas, unos nasales y subconjuntivales otros, y muchos con ambas á la vez. Pulso lento, de 50 ó 45 por minuto, respiración lenta, irregular en unos casos, rítmica en otros, y recordando el Scheyne Stokes. Resolución muscular; en algunos parálisis de esfínteres.

Unas veces están los enfermos comatosos, deprimidos, con trastornos rítmicos de pulso, con parálisis faríngeas, con estertor traqueal; estos casos son los peores y terminan casi todos fatalmente. Otros, en cambio, están excitados en delirio furioso algunos, sobre todo, los alcohólicos. Generalmente el herido se presenta en una semisomnolencia de la cual le arranca una cefalea intensísima que es el síntoma más frecuente en ellos.

Al practicar la punción extraemos siempre un líquido fuertemente teñido de rojo. Algunas veces parece sangre pura, tanto, que nos ha hecho dudar acerca de si habíamos penetrado en el espacio subdural aracnoideo ó si habíamos herido un vaso vertebral. La tensión de ese líquido casi siempre es grande; no hemos podido medirla por no disponer del manómetro de Claude; pero como lo importante es el problema terapéutico, dejamos salir ese líquido hasta que ya no se derrama en chorro como generalmente empieza á salir, sino gota á gota lenta; cuando á eso se llega se han evacuado ya unos 50 ó 60 gramos.

El efecto de la primera punción es en ocasiones definitivo. El herido se despeja, su cefalea desaparece y poco á poco va recuperando sus movimientos é inteligencia hasta una rápida reparación funcional. Pero en la mayoría de los casos se necesitan dos, tres ó cuatro punciones; nosotros no hemos tenido que insistir más, repitiéndolas cada cuarenta y ocho horas.

El color del líquido va aclarando; pero generalmente tarda en volver á adquirir esa limpia transparencia normal; las punciones realizadas á los doce días todavía dan un líquido amarillento.

La punción es el remedio soberano para esas cefaleas atroces que padecen los traumatizados de cabeza. Este efecto es indudablemente debido á la descompresión que se opera en unas meninges donde los fenómenos exudativos se han acentuado con motivo del traumatismo. Pero es que además debe influir sobre la reabsorción rápida de coágulos, y sobre la detención y regeneración de focos de contusión cerebral. El último caso puncionado es el de un muchacho que cayó por un terraplén. A la entrada en la clínica presentaba cuadro comatoso; al día siguiente se apreciaban hemorragia auditiva, equimosis subconjuntival derecho y oftalmoplejia del mismo lado, con cefalea atroz; fué puncionado dos veces; á los cuatro días los sufrimientos del herido eran nulos. A los quince días salió de la clínica con su oftalmoplejia muy aliviada. Al mes conservaba solamente un ptosis de párpado superior.

Hay que suponer que en este caso la lesión contusiva que afectó entre otros centros al del motor ocular común, sufrió una progresión, reducción en parte espontánea pero favorecida indudablemente por los fenómenos fagocitarios que toda punción despierta en una serosa.

He ahí, pues, un método práctico y fácil que puede utili-

zarse como intervención de urgencia en cualquier medio y por todo práctico que debe saber realizar una punción lumbar. Con ello aliviará á muchos enfermos, curará á otros y aun en aquellos casos en que la naturaleza de la lesión imponga una trepanación, preparará al cerebro de modo muy conveniente para dicha intervención.

Amaurosis unilateral histérica, asociada á otras manifestaciones oculares de la misma naturaleza

FOR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Académico C. y laureado de la Real y Nacional de Medicina
(Madrid)

Hace unos años, publicamos en los *Archivos de Oftalmología Hispanoamericanos*, un artículo titulado «Amaurosis total histérica de ambos ojos con recidivas» (1), y un año después, el Dr. Pacheco Luna (2), profesor de Oftalmología de Guatemala, publicaba con el mismo epígrafe un caso parecido, en *La Juventud Médica*, de aquel país; dedicándonos un ejemplar de su trabajo, atención que en extremo le agradecemos.

En nuestro referido artículo exponíamos la poca fecha de la bibliografía sobre manifestaciones del aparato visual en el histerismo, de Graeffe (3) (1865), Charcot (4) (1870, 1884 y 1885), y más tarde Galezowski (5) (1870), Parinaud, Landolt, Babinski, Lapersonne (6) y Dejerine (7), en Francia; á cuya honrosa lista habría que añadir, por lo que respecta al caso concreto de amaurosis pithiática, los nombres españoles de García Mansilla (8-9), Cayetano del Toro (10), Leoz Ortín (11), R. del Valle y Aldabalde (12) y M. Guijarro (13), y los extranjeros de Jacovides (14), Valude (15) y Cerqueira (16); que son los que hemos encontrado en la literatura oftalmológica, que nos ha sido posible consultar.

Pues bien; es sabido que los trastornos del aparato de la visión, en la gran neurosis, son de naturaleza distinta: motores, sensoriales, sensitivos y secretorios; y que frecuentemente se asocian entre sí, constituyendo formas clínicas un tanto complejas, que la perspicacia del clínico pone en evidencia, y que son de un positivo valor en el diagnóstico de estas enigmáticas afecciones y especialmente por lo que al pronóstico se refiere.

Por desgracia para la humanidad, las manifestaciones generales y locales del histerismo son muy frecuentes, y no hacen excepción á esta regla general, sino que, por el contrario, tienen cierta predilección especial por el aparato visual. Y dentro de estas perturbaciones, las de orden motor (espasmos, parálisis de función) y sensitivo (anestiasias, hiperestesias), parecen ser más frecuentes, que las de naturaleza secretoria y sensorial.

Los trastornos sensoriales ó visuales propiamente dichos, se refieren á las distintas modalidades de la visión: agudeza visual (ambliopía, amaurosis); al campo visual (escotoma central, reducción concéntrica, hemianopsia homónima, espirales de fatiga de Wilbrand, de reposo de Fuchs, curvas de desplazamiento de Foester); al sentido cromático (acromatopsia, discromatopsia, inversión del campo visual del rojo, visión coloreada) y al

sentido luminoso (excitación ó disminución del minimum diferencial).

Los que interesan la agudeza visual llaman más poderosamente la atención, como no podía menos de suceder, y son frecuentes las ambliopías de esta naturaleza, y bastante escasa la amaurosis absoluta en ambos ojos, y aun más raras todavía, como puede verse por la corta bibliografía que se acompaña y por la mencionada en la *Encyclopedie Française d'Ophtalmologie* (17), la ceguera total de un ojo solo, con integridad visual del congénere.

El caso que motiva esta publicación, pertenece á esta última categoría de amaurosis monocular, si bien acompañada de otros síntomas oculares de tal modo imprecisos y oscuros, que solamente con una buena exploratoria clínica y con la intuición que da la experiencia, nos fué posible sorprender, por decirlo así, el verdadero diagnóstico de la afección.

Observación.—A. P., de veintiséis años, soltera y natural de la provincia de Almería, nos fué presentada en nuestra consulta por su médico, Dr. Compani, el día 8 de Octubre de 1920.

Se trata de una joven alta, fuerte y de constitución casi atlética, y en la que no existen antecedentes patológicos de familia que merezcan consignarse.

La señorita P. padeció de gripe en la epidemia de 1918, quedando con una bronquitis sospechosa (tuvo también una hemoptisis), que nuestro compañero y amigo trató convenientemente.

La enfermedad que la hace consultar comenzó diez y seis días antes por un fuerte acceso doloroso en la mitad izquierda de la cabeza, que le duró seis días, sin interrupción, perdiendo la visión totalmente desde el primer momento en el ojo izquierdo, a la vez que se le cerró dicho ojo, sin que pudiera abrirlo por más esfuerzos que hacía.

Los dolores hemicráneos se exacerbaban por la tarde, y fueron acompañados de vómitos continuos y de estreñimiento pertinaz, si bien no hubo la menor reacción térmica. Una punción lumbar hizo desaparecer los dolores de cabeza, continuando en el mismo estado la imposibilidad de abrir los párpados y la falta de visión en el ojo izquierdo.

Reconocimiento.—Ojo derecho: Visión = 1. Tensión = 20 milímetros de mercurio. Musculatura intrínseca y extrínseca normal. Ligera dilatación de las venas retinianas.

Ojo izquierdo: Párpado superior, caído, tocando al inferior, y ceja más baja que la del lado derecho (observación que también había hecho la familia desde el comienzo de la enfermedad). El párpado superior no está flácido, como en el ptosis paralítico, sino con cierta tonicidad (pseudoptosis).

Levantado el párpado superior apreciamos: el ojo ligeramente desviado hacia el lado nasal (estrabismo convergente); pequeña limitación en los movimientos oculares de abducción, sin sacudidas nistagmiformes; ligera vasodilatación periquerática, estando la pupila ligeramente contraída con relación á la del ojo derecho y reaccionando á la luz, directa y sinérgicamente, y

á la acomodación y convergencia; visión = 0; tensión = 15 milímetros de mercurio; igual dilatación en las venas de la retina que en el otro ojo; ausencia de dolor á la compresión del globo hacia la órbita y en los movimientos oculares; anestesia total de la córnea, de la conjuntiva y de la piel en toda la zona correspondiente á la primera rama del trigémino (oftálmico de Willis), tanto á la sensibilidad, cuanto al dolor y á la temperatura.

Diagnóstico.—La diversidad de síntomas presentados por la enferma eran de tal modo incongruentes, que nos pareció prudente caminar con gran habilidad para descifrar el diagnóstico. Por de contado, nos pareció tratarse de una afección de pronóstico benigno, al menos por lo que á la visión se refería, y así lo manifestamos al compañero y á la familia, y á la interesada le dimos toda clase de esperanzas, ofreciéndole que en breve plazo recobraría la visión á pesar de las dificultades que la enfermedad ofrecía; había que ganar la confianza de la paciente.

Tratamiento.—De acuerdo con nuestra impresión, dispusimos un tratamiento exclusivamente de sugestión que, al menos, nos indicaría la verdadera naturaleza del padecimiento y le prescribimos una poción antiespasmódica, al interior, anunciándole que con su uso volvería la visión poco á poco.

Diario de observación.—Día 11 de Octubre de 1920. —A las cuarenta y ocho horas de estar tomando tan sencilla medicación y de oír de nuestros labios en cada visita de que iba mejor, en este día ve pasar la mano delante del ojo, estando de espaldas á la luz, y distingue perfectamente un solo color, el rojo; confirmándose entonces nuestras sospechas de tratarse de una amaurosis histérica; ocurriéndonos, entonces, continuar la sugestión por intermedio de la medicación más á propósito para el caso: inyecciones de sulfato de estriquina, poniéndole en el acto una de un miligramo de medicamento.

Día 12 de Octubre.—Sigue en igual estado y se le pone la 2.^a inyección de estriquina á la misma dosis.

Día 13 de Octubre.—Ve los dedos á 15 centímetros. Se le inyectan 1 $\frac{1}{2}$ miligramos de la misma sustancia.

Día 14 de Octubre.—Distingue los dedos á tres metros, y percibe además del rojo, el amarillo y el verde. Se le ponen 2 miligramos de sulfato de estriquina en la inyección.

Día 15 de Octubre.—Ve los dedos á 5 metros. Otros 2 miligramos del mismo medicamento en inyección.

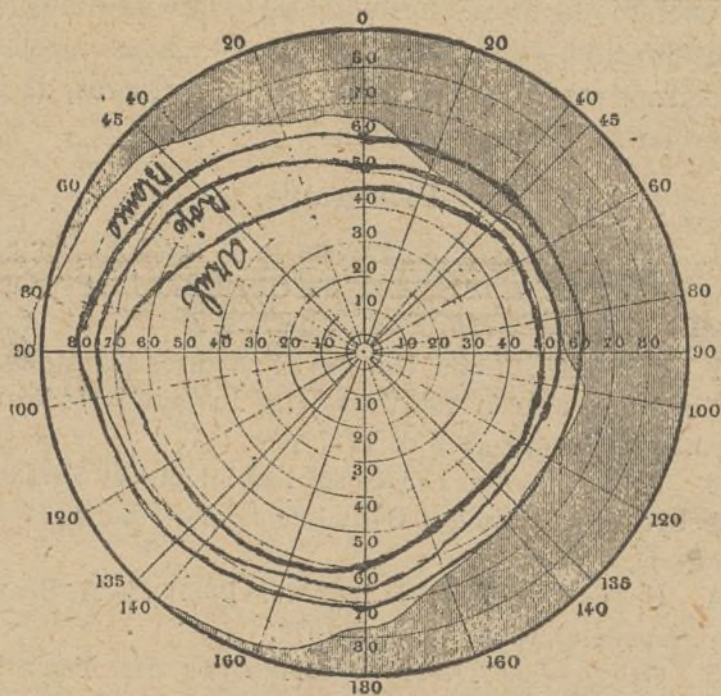
Día 16 de Octubre.—Visión = $\frac{1}{5}$. La anestesia de la córnea y conjuntiva ha desaparecido totalmente. Otra inyección á igual dosis.

Día 18 de Octubre.—Visión = 1. Distingue, además de los tres anteriores, el color azul. 7.^a y última inyección de estriquina de un miligramo.

El tratamiento demostró ser debido á contractura del recto interno en vez de la parálisis del recto externo, comprobándose plenamente el origen también histérico del estrabismo.

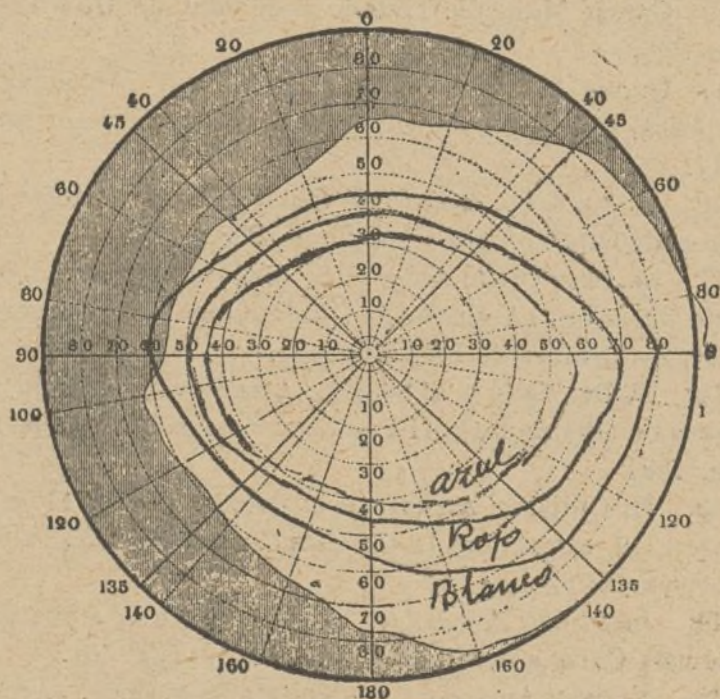
En este día se observa que el ligero estrabismo y

blefarospasmo han desaparecido totalmente, cuya mejora se había iniciado al comenzar el tratamiento y se investiga el campo visual de ambos ojos, con el perimetro de Foester (véase la gráfica) comprobándose una reducción concéntrica y regular, en ambos lados para



O. D.

el blanco y los colores, pero más acentuada en el ojo izquierdo; en cambio, el campo del rojo es casi tan grande en ambos ojos como el del blanco y más que el del



O. I.

azul; es decir, que existe una inversión del rojo, con respecto al azul. Además, el campo visual es más extenso del lado que se comienza la exploración excéntricamente, que del lado que se termina; ocurriendo lo contrario para cada meridiano si se procede en sentido opuesto (tipo de desplazamiento de Foester).

Para dar más importancia al tratamiento ante los ojos de la enferma, se le tiene todavía una semana en observación, poniéndole cada día una inyección de cacodilato de sosa de cinco centigramos; dándosele de alta el 25 de Octubre de 1920, conservando normal la agudeza visual, el sentido cromático, la convergencia y demás movimientos oculares y palpebrales, y la sensibilidad.

Pasaron algunos días y se nos presenta de nuevo el

12 de Noviembre del mismo año, diciéndonos que otra vez se le ha cerrado el ojo izquierdo y que no puede abrirlo.

Reconocida, encontramos el mismo blefarospasmo que en la vez anterior, con sus caracteres especiales de ceja más baja que la del lado derecho, presencia de arrugas transversales en los párpados, y al querer levantar el párpado superior se nota cierta resistencia; es decir, que no se trata de un verdadero ptosis paralítico, sino de pseudoptosis, por contractura del orbicular. En cambio, la agudeza visual continuaba perfectamente normal.

Igualmente nos valimos de la sugestión como único tratamiento, y le dispusimos un colirio de clorhidrato de cocaína al 2 por 100, dos gotas tres veces al día, y le ofrecimos que con él curaría completamente en tres ó cuatro días, haciéndole volver todos los días a la consulta, para comprobar los buenos efectos de la medicación!

En efecto, al cuarto día todo había entrado en orden, habiendo desaparecido totalmente el espasmo del orbicular, dándole otra vez de alta por curación.

Suponemos que desde entonces no ha debido presentar trastornos de esta naturaleza, porque á buen seguro su médico Sr. Compani nos lo hubiera participado, y además porque á poco contrajo matrimonio que antes no había podido realizar por la enfermedad postgripal que padeció y que seguramente contrariaron su ánimo, produciendo la intensa conmoción nerviosa originaria del padecimiento.

A tres clases de consideraciones se presta esta observación. Es la primera referente á la etiología, que si bien no aporta dato nuevo alguno, en cambio ratifica plenamente cuanto hasta ahora se sabe sobre el particular: y es, que las grandes contrariedades, especialmente las referentes á casamiento en las mujeres, motivan la aparición de trastornos de naturaleza histérica, aun en sujetos exentos de la neurosis, en los que no existen antecedentes familiares neuropáticos y que residen lejos de los grandes centros de población, donde el *surmenage* cerebral y los contagios nerviosos son tan frecuentes.

La segunda consideración es de mayor interés científico y se refiere al diagnóstico de naturaleza de una afección que presentaba síntomas tan discordantes, que era necesario analizarlos con cuidado, para comprender su verdadera significación.

Así, de una parte teníamos: violentos dolores en forma de hemicránea acompañados de vómitos y seguidos de disminución de la abertura palpebral y de anestesia en la zona inervada por la primera rama del trigémino; síntomas que, á un examen ligero, hubieran hecho pensar en una jaqueca oftalmopléjica, que á la vez presentase, como síntoma accesorio, la amaurosis. Pero en primer lugar, la disminución de la abertura palpebral no era debida á parálisis del 3.º par, sino á espasmo del orbicular (excitación del 7.º par); tratándose por consiguiente de un pseudoptosis y no de ptosis verdadero; y en segundo término, cuando en dicha afección se presenta la amaurosis es en los pe-

rilodos finales (como hemos observado en un caso ^(*)) y siempre es consecutiva a la atrofia del nervio óptico; mientras que aquí, la pérdida de la visión no era explicada por ninguna lesión oftalmoscópica, y fue tan primitiva en su presentación, como la neuralgia del trigémino.

De otro lado teníamos: disminución de la abertura palpebral, limitación de los movimientos en la zona de acción del músculo recto externo ^(**), miosis é hipotensión; y se pudo pensar en síndrome oculosimpático por lesión de este nervio en la base del cráneo; pero este diagnóstico también era inaceptable; en parte, por algunas de las razones aducidas anteriormente para el pseudoptosis, y además, porque la ligera miosis desaparecía con la cocaína, dilatándose las pupilas por igual en ambos ojos y porque no se trataba de parálisis del 6.º par, sino de contractura del 3.º (rama del recto interno y del esfínter de la pupila).

No podía, pues, interpretarse esta compleja afección, ni como una parálisis recidivante dolorosa del 3.º par, ni como la parálisis del simpático. Los síntomas motores eran de carácter espasmódico y no paralítico, y como además se habían acompañado de trastornos dolorosos de forma neurálgica y de vómitos, más bien pudiera colocarse dentro de la afección denominada por Feré *jaqueca oftalmoespasmódica*. Ahora bien; esta última entidad morbosa, reverso de la *jaqueca oftalmopléjica*, no debe presentar amaurosis y sus espasmos no deberían desaparecer por sugestión, á menos de considerarla como una de tantas manifestaciones del histerismo.

Por consiguiente, no nos queda otro recurso que asignar á los trastornos presentados por la enferma, un origen francamente pithiático, que por otra parte el tratamiento confirmó; si bien nos asalta la duda, por lo que respecta solamente á uno de ellos, á la fuerte hemicránea que sufrió, que ésta no sea de origen histérico, sino somático (quizá consecutiva á una lesión meníngea de base, de la misma naturaleza que la bronquitis postgripal que padeció), y sobre la cual, la neurosis histérica se hubiere superpuesto, consorcio que ocurre frecuentemente en la clínica (superposición de manifestaciones histéricas sobre trastornos somáticos).

Y, por último, la tercera consideración que se nos ocurre está relacionada, no con el tratamiento que se ha de emplear, en lo cual todo el mundo está conforme, sino en el modo de realizarlo.

La sugestión, única terapéutica de estos trastornos, es un arma de dos filos, que bien manejada se acompaña de éxitos verdaderamente ruidosos, y en la que cualquier imprudencia nos lleva al fracaso y hasta al descrédito profesional.

(*) M. MARIN AMAT: Jaqueca oftalmopléjica seguida de oftalmoplejía sensorio sensitivo motriz del mismo lado, de atrofia óptica del contrario y de muerte. *Archivos de Oftalmología Hispanoamericana*, Marzo de 1921, pág. 122, y *Revista Cubana de Oftalmología*, Abril á Septiembre de 1922, pág. 392.

(**) El simpático envía al 6.º par ramas anastomóticas en el seno cavernoso (Testut, *Anatomie Humaine*, t. II, pág. 601, 8.ª edición) y en algunos animales como en el perro, la sección del simpático se acompaña de estrabismo divergente. (Landois, *Tratado de Fisiología Humana*, t. II, pág. 192, traducción española).

En el tratamiento por la sugestión, toda discreción será poca, no sólo por lo que al mismo enfermo se refiere, sino también por lo que respecta á la familia. No todas las personas que rodean á estos pacientes tienen la suficiente ecuanimidad para guardar con el médico el secreto de la medicación; así como también para conservarlo á posteriori, dado que esta clase especial de enfermos son muy propuestos á las recidivas, de iguales ó parecidas perturbaciones.

Bibliografía.

1. M. Marín Amat: Amaurosis total histérica de ambos ojos con recidivas, *Archivos de Oftalmología Hispanoamericana*, Marzo de 1916, pág. 149.
2. R. Pacheco Luna: Un caso de amaurosis total histérica de ambos ojos con recidivas, *La Juventud Médica*, de Guatemala, Septiembre de 1917, pág. 117.
3. A. de Graeffe: Leçons sur l'ambliopie et l'amaurose, pág. 209 de la *Clinique Ophtalmologique*, édition française, París, 1867.
4. Charcot, Bouchard y Brissaud: *Patología Médica* (edición española), tomo VII, pág. 672.
5. Galezowski: *Traité des Maladies des Yeux*, París, 1870, pág. 562.
6. F. Lapersonne y A. Cantonnet: *Manuel de Neurologie Oculaire*, pág. 323.
7. J. Dejerine: *Sémiologie du Système nerveux*, tomo II, pág. 1131.
8. García Mansilla: *Tratado elemental de Oftalmología*, pág. 966.
9. García Mansilla: Catarata complicada con amaurosis histérica, *Archivos de Oftalmología Hispanoamericana*, 1917.
10. C. del Toro: Amaurosis histérica doble, *Hojas Mensuales de Oftalmología*, Marzo de 1908, pág. 2.
11. G. Leoz Ortín: Amaurosis histérica bilateral total de corta duración, *Archivos de Oftalmología Hispanoamericana*, Septiembre de 1914, pág. 465.
12. R. Del Valle y Aldabalde: Amaurosis histérica, *Archivos de Oftalmología Hispanoamericana*, Abril de 1912, pág. 189.
13. M. Guíjarro: Amaurosis bilateral histérica, 11 de Enero de 1919, extracto en la *Revista Cubana de Oftalmología*, 1919, pág. 628.
14. Jacovides: Amaurosis histérica en una embarazada, *Revista Cubana de Oftalmología*, 1919, pág. 451.
15. Valude: Amaurose unilaterale histerique. *Archives d'Ophtalmologie*, 1912, pág. 186.
16. Cerqueira: Un cas d'amaurose unilaterale subite, *Archives d'Ophtalmologie*, 1910, pág. 107.
17. *Encyclopedie française d'Ophtalmologie*, tomo VIII, pág. 57.

Notas clínicas sobre meningitis.

CONFERENCIA DADA POR EL DR. SUNER, CATEDRÁTICO DE PEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID, EN LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA EL DÍA 19 DE ENERO DE 1922.
(Apuntes taquigráficos.)

Señores: Sean mis primeras palabras para dirigir un saludo de reconocimiento á todos los miembros de esta Sociedad de Pediatría. Es la primera vez que vengo á ella en calidad de conferenciante y comprenderéis por esto, que yo me

sienta extraordinariamente halagado y honrado con la invitación que su digno presidente, mi antiguo amigo, el doctor Arquellada, me ha hecho con insistencia, que yo nunca estimaré bastante, para venir este día á hablaros sobre un asunto de la Medicina infantil.

Yo necesito vuestra benevolencia, y no lo digo por costumbre de orador; sé que la tengo de antemano y no insisto en pedíroslo, pero sí quiero previamente excusarme, por no traer en este momento una labor suficientemente intensa y más original de la que puedo traer en estos instantes á la Sociedad de Pediatría; las circunstancias un poco accidentadas de mi vida en estos últimos meses, la necesidad de atender á una labor de organización de la Clínica que me está encomendada, y circunstancias análogas á estas últimas que acabo de exponer, me han impedido durante este tiempo emprender un trabajo de investigación importante y serio, que nunca sería lo suficientemente digno de esta Sociedad, tratándose de labor mía, para brindaros unas primicias que lamento, repito, no poder traer en esta ocasión. Pero en mi deseo de corresponder á la amable atención que esta Sociedad tiene conmigo, voy á ver si acierto á encauzar ante vosotros la exposición de las orientaciones modernas en lo que hace referencia principalmente al diagnóstico y á la terapéutica de los procesos meníngeos más fundamentales.

De todas las variedades numerosas de formas meníngeas y de tipos meníngeos que se pueden estudiar, y que se estudian en las obras de Pediatría, en los Tratados generales de Medicina y hasta en algunos de Cirugía, hay tres grandes clases, pudiéramos decir, de meningitis, que constantemente llaman la atención de cuantos médicos y hombres de laboratorio se dedican al estudio de estos problemas.

Estas tres clases de meningitis á que me refiero son: la meningitis meningocócica, la meningitis tuberculosa y la meningitis serosa. Yo voy á limitarme á hablar de aquellos asuntos que creo más interesantes en la época actual sobre estos tres tipos ó sobre estas tres clases de meningitis, y claro es que muchas de las cosas que voy á decir aquí, son con poco esfuerzo, de aplicación á los demás tipos de meningitis, tales como las meningitis óticas, las meningitis estreptocócicas, las meningitis esafilocócicas, etc. Voy á tomar como tipo en primer lugar las meningitis meningocócicas, y tomo esta variedad como tipo porque es aquella en la cual las circunstancias de labor en estos últimos tiempos, la posibilidad de tener un agente específico como es el suero antimeningocócico de una actividad sorprendente, han permitido llevar el progreso en la terapéutica á un grado tan elevado, que quizá puede decirse que hoy la meningitis meningocócica es el ejemplo, el modelo de las meningitis que debemos estudiar, para hacer aplicación de estas enseñanzas á otras variedades de meningitis, particularmente á las dos de que he hablado hace un instante; á la meningitis tuberculosa y á la meningitis serosa.

El tratamiento de la meningitis meningocócica ha pasado por una serie de fases que son análogas á las de las demás formas meníngeas: una primera fase, que podemos llamar antigua, en cierto modo empírica, en la cual los tratamientos son conservadores, dietéticos, fisioterápicos, farmacológicos, como las célebres fricciones mercuriales, que en todas las formas de meningitis en el período que no se diagnosticaban exactamente estos procesos, casi de un modo constante se han venido aplicando. Pasa de esta primera á una segunda fase, de todos conocida, que se desprende del descubrimiento de la punción lumbar, y llega á una tercera fase en que á la punción lumbar se añade el tratamiento específico por el suero antimeningocócico; y hoy se traslada, en los avances más modernos de la terapéutica, á modificaciones de técnica,

—á la punción ventricular me refiero principalmente—, por medio de la cual se pretende resolver algunos de los problemas é incógnitas, sobre todo en el orden de la terapéutica, que esta meningitis ha venido presentando, dificultando con ello el avance y el progreso de la terapéutica y hasta del mismo diagnóstico.

Es indudable, señores, que las estadísticas de todas partes, las de Flexner, Kolle, Dopfer, por ejemplo, demuestran que la punción lumbar seguida de la inyección del suero antimeningocócico ha constituido un enorme progreso en la curación de esta enfermedad. Pero es también cierto que las mismas estadísticas y los estudios dispersos sobre la meningitis meningocócica prueban también que todavía un gran número de casos se resiste á esta misma terapéutica. El por qué de los fracasos del tratamiento de la sueroterapia, es algo de lo que considero de más interés en la exposición que me propongo hacer aquí.

Hace ya mucho tiempo que en una serie de enfermos de meningitis meningocócica bien comprobada, me llamaron la atención hechos como los siguientes que voy á relatar, que por otra parte son—¿por qué no decirlo?—hasta vulgares y conocidos de cuantos médicos tienen alguna experiencia en este orden de asuntos. La punción lumbar en ciertos enfermos meningíticos—me refiero en este momento á las meningitis meningocócicas, pero lo mismo podría decirse de otras meningitis, especialmente de la tuberculosa y de la serosa, aunque en menos grado en estas últimas—; la punción lumbar en ciertos enfermos meningíticos se hace en los sitios de elección sobradamente conocidos—sería ofensivo que yo los describiera aquí—y resulta en blanco, no sale líquido cefalorraquídeo. En los primeros tiempos de mi vida profesional me inclinaba yo á pensar siempre en estos casos, que había cometido, por mi parte, alguna falta de técnica; é indudablemente esta falta de técnica existió en cierto número de enfermos; pero conforme mi experiencia iba siendo mayor en las punciones lumbares, y sobre todo, cuando tuve ocasión de ver trabajar á hombres como Lenhartz, de experiencia enorme en esta técnica, y los veía de vez en cuando también fracasar, llegué al convencimiento de que había causas por las cuales la punción lumbar, aun bien dirigida perfectamente hecha, podía fracasar en ciertos enfermos. Aún, en esta época, no se habían publicado los trabajos notables de Lewy, acerca de las «meningitis tabicadas», pero yo había formado una opinión que era en el fondo igual á este concepto de meningitis tabicada. La opinión que yo formé entonces, era que tratándose de una serosa, como es la aracnoides, podía, por analogía á lo que ocurre con las demás serosas del organismo, las serosas peritoneal y pleural, por ejemplo, ocurrir que se produjera inflamaciones, las unas, con secreción ó con exudación—formas húmedas—y las otras, sin secreción—formas secas—; y así como hay una pleuritis seca, yo pensaba que en estos casos podía existir una aracnoiditis ó meningitis seca. Lewy vino después á aclarar estas ideas, y demostró, por una serie numerosa de autopsias y comprobaciones *in vivo*, que en muchos de estos casos en que la punción lumbar fracasa, efectivamente, había adherencias entre las leptomeninges, particularmente entre la serosa parietal y la visceral aracnoides, que impedían el curso del líquido cefalorraquídeo, y entonces Lewy dió á este concepto una denominación que fué la de «meningitis tabicada». En este tabicamiento meníngeo, de sumo y extraordinario interés, hay muchas modalidades y varios aspectos e ínicos que conviene analizar y separar. Es un aspecto el representado por aquellos casos en que el tabicamiento es tan completo, tan absoluto, que la punción repetidamente hecha entre el sacro y la quinta vértebra lumbar,

la quinta y la cuarta, la cuarta y la tercera, etc., fracasa en absoluto. En estos casos puede suceder que el motivo del fracaso sea, no sólo el tabicamiento meníngeo á que antes me refería, sino que además de este tabicamiento, exista una modificación de las condiciones del propio exudado, que impide su salida por la aguja de punción. Este hecho tuvo la fortuna de demostrarlo hace ya lo menos ocho años, en una enferma de meningitis meningocócica, en la que me ocurrió algo parecido á lo que otras veces me ha sucedido también, y es, que hice una punción repetidas veces y á distintas alturas, resultando completamente blanca, y en la cual días después pude comprobar en la autopsia que existía, alrededor de la medula, en todo el eje raquídeo y más arriba hasta el mismo bulbo, una papilla espesa de pus que rodeaba como un manguito los centros nerviosos y que hacía imposible salir nada de pus por su concreción, por su densidad á través de la aguja de punción. Es decir, que en estos casos en que la punción lumbar falla, tenemos que separar aquéllos en que el tabicamiento es el único motivo de aquéllos otros en que, además del tabicamiento, concurre una modificación en las condiciones del exudado ó del líquido cefalorraquídeo que impide, física, mecánicamente, su salida por la aguja de punción lumbar.

Un autor, Woringer, en estos últimos años ha hecho estudios muy interesantes sobre una forma especial, que considera él autónoma, de meningitis tabicada, que es á la que ha denominado «ventriculitis primitiva». Y voy á hablar de esta forma porque considero que es un hecho de excepcional interés para la terapéutica de estos procesos y para la concepción anatomopatológica y patogénica de los mismos.

Según Woringer, sobre el fundamento de las observaciones de varios enfermos de esta clase se puede dar el siguiente caso: el de un sujeto afecto de meningitis meningocócica en el cual la punción lumbar da salida á un líquido claro, en el que no se encuentran meningococos, y en el que ni siquiera la reacción citológica ni bioquímica de este líquido cefalorraquídeo permiten hablar del diagnóstico de una meningitis y mucho menos de una meningitis meningocócica. En estos enfermos se hace una punción ventricular y ésta permite obtener de los ventrículos laterales un líquido más ó menos purulento, en el cual el microscopio y los medios de cultivo confirman de una manera segura la presencia de los meningococos. Las autopsias hechas por Woringer en alguno de estos casos, le han permitido á su vez confirmar que en estos enfermos existía, con una lesión completa de los ventrículos laterales y en algunos casos con una infección de las cisternas ó confluentes aracnoideas de líquido cefalorraquídeo inferiores, una absoluta asepsia, tanto del eje medular como de la superficie de los hemisferios. Y Woringer crea una concepción, que es la de la «ventriculitis primitiva», concepción que se basa en un conocimiento elemental de la fisiología del líquido cefalorraquídeo. El líquido cefalorraquídeo desde los trabajos de Mestrezat, sobre todo después de su famosa monografía se sabe que es un producto de secreción de los plexos coroides. Estos plexos segregan aquel líquido en los ventrículos laterales y de allí se difunde por los espacios subaracnoideos. Claro que esta secreción se hace también en el ventrículo medio y en el ventrículo cuarto, allí donde hay plexos coroides. Pues bien, admite Woringer, fundándose en los trabajos de Mestrezat y en los conocimientos fisiológicos del líquido cefalorraquídeo, que la sangre cargada de meningococos vierte por los plexos coroides ó en los ventrículos los meningococos y estos meningococos se fijan allí y rápidamente se producen una serie de reacciones en las mismas leptomeninges que aíslan las comunicaciones supra-aracnoideas de los ventrículos la-

terales, del ventrículo medio y del ventrículo cuarto, tanto con los espacios subaracnoideos de la medula, como con los espacios subaracnoideos de la corteza de los hemisferios. No se puede demostrar sobre la superficie de los hemisferios ni sobre la medula un solo meningococo. De aquí surge este nuevo aspecto, esta moderna concepción de las ventriculitis primitivas; por cierto que ha sido muy discutida recientemente por un autor á quien considero quizá como la persona que actualmente en Europa ha hecho el progreso más grande en el orden del diagnóstico y de la terapéutica de las meningitis en general y particularmente de la meningitis meningocócica; me refiero al profesor Leukowicz, de la Universidad de Cracovia. Leukowicz, conocedor de los trabajos de Woringer y de su concepto de las ventriculitis primitivas, ha opuesto á esta opinión algunos reparos que se derivan de algunos hechos vistos por él y que pueden tener una explicación sin acudir á la ventriculitis primitiva.

Dice este autor, Leukowicz, que en algunos enfermos de meningitis meningocócica ha podido observar que en los primeros días la punción lumbar da salida á un líquido opalino, en el que se encuentran los meningococos, pero, con ó sin tratamiento específico, este líquido se va aclarando en los días sucesivos y llega á estar completamente aséptico. En algunos enfermos que han muerto y en los cuales se han hecho autopsias, se ha visto que las membranas meníngeas medulares estaban íntegras y que existían en los espacios subaracnoideos una asepsia completa.

Al estudio de Leukowicz le falta, para ser un argumento completamente decisivo, contra la concepción de Woringer, una comprobación, y es la existencia ó no de un estado aséptico de los espacios subaracnoideos de la superficie cortical de los hemisferios cerebrales. Leukowicz fundándose en estos hallazgos cree que algunos de los casos de Woringer (porque se da la circunstancia de que en la mayor parte de los enfermos de este autor se trata de sujetos en los que las investigaciones se han realizado á la cuarta semana de enfermedad) se refieren á sujetos que tuvieran primero una meningitis meningocócica, en la cual, por circunstancias que se nos escapan, se llegó á una asepsia de los centros nerviosos, probablemente porque se establecieron adherencias, que tabicaron los espacios subaracnoideos; se hizo una reabsorción consecutiva de los meningococos por las venas y linfáticos, dejando aséptica aquella zona; únicamente las regiones correspondientes á los ventrículos y particularmente de los laterales sirvieron de medio de cultivo de estos gérmenes y dieron lugar al desarrollo de la enfermedad de manera parcial, limitada única y exclusivamente á los ventrículos laterales.

Sea exacta la concepción de Woringer ó no, sea verdadera ó no la opinión de Leukowicz, es lo cierto que desde el punto de vista de la anatomopatología y por su transcendencia para las aplicaciones terapéuticas, tiene importancia extraordinaria saber que en el curso de las meningitis meningocócicas puede llegarse á tipos de enfermos, en los que la infección queda limitada única y exclusivamente á los espacios ventriculares y quizá al epéndimo.

No es el tabicamiento meníngeo el único motivo mecánico ó anatómico que impide obtener por la punción lumbar, en cierta clase de meningitis, un líquido cefalorraquídeo séptico; existen también otras razones, que me llevan á tratar de dos problemas de extraordinario interés, de importancia grande en el estudio de las meningitis, como son el problema de la hidrocefalia y el del edema cerebral.

Hay casos (y esto, más que en las meningitis meningocócicas, se observa en otros tipos de meningitis, como, por ejemplo, la serosa, y á veces también en la tuberculosa) en

los cuales la interrupción en la circulación del líquido cefalorraquídeo se realiza al cabo de varios días ó semanas de enfermedad; pero en estos casos no es el tabicamiento meníngeo lo que determina esa imposibilidad ó, por lo menos, esa dificultad en la circulación del líquido cefalorraquídeo, sino la existencia de una hidrocefalia ó de un edema cerebral.

La hidrocefalia hace que el encéfalo pese más y que este encéfalo, por su gravedad, caiga sobre el agujero occipital. En el agujero occipital se hunde la parte más elevada de la región bulbar y contra el agujero occipital se comprime, en parte, la pared inferior del cerebelo. Esta compresión mecánica, producida por el agujero occipital en las regiones de los centros nerviosos, hace imposible la circulación del líquido cefalorraquídeo. Tiene, por lo tanto, un enorme interés, para comprender este aspecto de la cuestión, el estudio de la existencia de estos posibles obstáculos mecánicos.

A su vez, la hidrocefalia, ¿por qué se determina? Es este un asunto muy debatido, aunque, á decir verdad, no del todo aclarado. Lógicamente, en la producción de la hidrocefalia hay varios caminos. Es uno de ellos el del aumento de la secreción, el de la hipersecreción. Se habla también del aumento de la exudación, de la trasudación y, por último, de la retención. Si en un sujeto con una secreción normal de líquido cefalorraquídeo, ó con una secreción ligeramente aumentada, por el hecho de su proceso flegmático, se produce un obstáculo en la circulación del líquido cefalorraquídeo hacia los espacios subaracnoideos medulares, sucederá de un modo fatal que el líquido cefalorraquídeo acumulado en los ventrículos, y particularmente en los ventrículos laterales, irá dilatando éstos poco á poco, ó de una manera rápida, según la naturaleza del obstáculo y la cantidad de la secreción. Claro es que alguna reabsorción del líquido se verifica, sobre todo en la superficie de los hemisferios, si es que no está también interrumpida la circulación en estos sitios.

De modo que existen dos causas, dos mecanismos que pueden dar lugar á esta hidrocefalia interna: el mecanismo del obstáculo, ó sea el de la retención, y el de la hipersecreción.

La hidrocefalia aumenta el peso del encéfalo, y el encéfalo va á aplastarse, digámoslo así, sobre el agujero occipital.

Pero no son éstos los únicos mecanismos que pueden permitirnos comprender la otra complicación, á la cual aludía hace un momento, ó sea la del edema cerebral. El edema cerebral es algo que se observa en todas las formas de meningitis en ciertos tipos clínicos, que yo he podido comprobar en la meningitis serosa, de una manera extraordinaria, que se ve también con mucha frecuencia en la meningitis tuberculosa, y que aparece también, aun cuando con menos frecuencia, según mi experiencia personal, al menos, en la meningitis meningocócica.

El edema cerebral, como complicación de esta enfermedad, es un tributo que pagan los niños de pecho, y constituye probablemente la causa de muerte más importante en estos enfermitos.

El edema cerebral no sólo es el producto de un aumento en la secreción del líquido cefalorraquídeo, aun cuando quizás sea una de las causas originarias; es, según demuestran los estudios de Leukowicz, algo que, de una manera muy especial, se refiere á la constitución anatómica, y probablemente química, de los protoplasmas neuronales en estos enfermos.

Es verdaderamente curioso el hecho que Leukowicz presenta en uno de sus últimos trabajos acerca del edema cerebral en los meningíticos. Tomando como tipo el niño de pecho, en el cual con tanta frecuencia se da esta complica-

ción, se observa que en los niños lactados naturalmente la mortalidad por meningitis y, particularmente, por meningitis meningocócica, es menor que en los lactados artificialmente. Es tan enorme en estos últimos que, según las estadísticas de Leukowicz, y otras más recientes, de las cuales recuerdo ahora la de un autor italiano, el Dr. Angelis, la mortalidad asciende al 100 por 100.

También mi estadística personal referente á la mortalidad de niños de pecho afectados por meningitis meningocócica, es desconsoladora. Verdad que yo, por razón del sitio en que ejercía, he tenido la desgracia de tratar la inmensa mayoría de estos enfermos en un período avanzado, y, la mayor parte de las veces, tardío.

Para comprender tan gran mortalidad hay una razón que se deduce de las mismas estadísticas, referente á las condiciones generales de estos enfermos y á la calidad de la alimentación á que están sometidos. Tanto es así, que la estadística mejora extraordinariamente cuando se trata de niños lactados al pecho exclusivamente, y empeora en el momento en que se les añade una alimentación complementaria, sobre todo si esta alimentación es precoz.

Por lo tanto, resumiendo, diré, que en las condiciones del edema cerebral, que es una de las complicaciones más temibles y cuyas consecuencias directas para el tratamiento procuraré ahora mismo deducir, tenemos que, no solamente influyen las razones mecánicas de la hipersecreción del líquido cefalorraquídeo, de la posibilidad de su retención, sino, además, las modificaciones de constitución anatómica y, probablemente, bioquímica, de las células nerviosas.

Si es cierto que la hidrocefalia y el edema cerebral á veces se reúnen, también lo es que, cuando se presentan como síndrome puro, tienen algo que los separa, y que es anti-tético.

La hidrocefalia alarga, ensancha los ventrículos laterales; la hidrocefalia adelgaza las circunvoluciones cerebrales, pero no constituye un obstáculo. Por el contrario, vaciado bien, por la punción ventricular, el líquido contenido en los ventrículos laterales, permite la introducción, todavía en cantidades mayores que las corrientes, de suero antimeningocócico.

En cambio, el edema cerebral ensancha las circunvoluciones mismas, disminuye la amplitud de los surcos y reduce de una manera considerable los ventrículos, particularmente los ventrículos laterales, dificultando, por tanto, la introducción de cantidades suficientes de suero antimeningocócico.

He aquí una de las razones posibles del fracaso de la sueroterapia, específica en estos casos: el estrechamiento ó la disminución de la capacidad de los ventrículos laterales.

Todas estas observaciones que brevemente y de un modo sumario acabo de exponer, nos permiten, á mi juicio, sacar algunas deducciones en el orden de la terapéutica.

En los casos en que la comunicación de los espacios subaracnoideos medulares con los superiores, especialmente con los espacios ventriculares, se encuentra interrumpida, la sueroterapia específica hecha por vía raquídea seguramente debe fracasar, pudiéndose dar en estos casos un hecho curioso que yo he comprobado y publicado hace tiempo, teniendo, por cierto, la fortuna de que esta publicación fuera objeto de comentarios harto benévolos fuera de España.

Recuerdo en este momento una historia clínica personal mía; el caso de un niño en el que la punción lumbar permitió obtener un líquido turbio, casi purulento y con abundantísimos meningococos. Practicada inmediatamente la sueroterapia específica, va mejorando extraordinariamente el aspecto de este líquido, llegando á ser completamente aséptico.

co á la cuarta ó quinta inyección. Sin embargo, este enfermo se muere de meningitis, y en la autopsia compruebo que los ventrículos laterales tienen un exudado francamente purulento.

Estos hechos observados por personas de gran autoridad y comprobados de una manera indudable, son los que han llevado á algunos autores como, por ejemplo, á Lesage, á preconizar la conveniencia de hacer el tratamiento por la punción ventricular en todos los casos, por ignorarse en aquéllos, como el que relato, en los cuales la punción lumbar da salida á un líquido con meningococos, que luego se aclara con el tratamiento sucesivo específico, si, á pesar de ello habremos llegado eficazmente con el suero á las partes superiores del encéfalo.

De aquí que Lesage preconice la punción ventricular en todos estos enfermos, particularmente tratándose de niños de pecho, en los que dicha punción es sumamente fácil, porque la fontanela anterior abierta permite con una técnica sencillísima y al alcance de cualquiera hacer esta punción.

Voy á hablar ahora de la punción ventricular; la punción ventricular, conocida desde que Cushing y Staden la introdujeron en la práctica, ha pasado por grandes vicisitudes. En los primeros tiempos, como sucede siempre con toda adquisición que tiene algo de atrevida, la punción ventricular tuvo grandes detractores. A que no fuera admitida desde el primer momento de una manera amplia ha contribuido la circunstancia de que los casos de meningitis meningocócica sometidos á la punción ventricular eran aquéllos en los cuales pasaban días ó semanas y la punción lumbar, intentada repetidas veces, había fracasado; se trataba, en una palabra, de casos malos, difíciles de curar por cualquier procedimiento.

(Concluirá.)

ECTIMA TEREBRANTE O GANGRENOSO

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

Se trata de un niño de dos años, quien tiene desde hace un mes un desarrollo extenso por tronco y extremidades de lesiones ulcerosas de tamaño vario, oscilando de medio á cinco céntimos, agrupadas en ciertas partes como en caras laterales del tronco, donde en el costado izquierdo se ven muchas en mezcla abigarrada de tamaño, dominando el tipo mediano y grande, siendo de fondo bastante plano y seco, rojizo, pálido, con algún barniz amarillento en los puntos que conserva película de secreción concretada con una altura de bordes de unos cinco milímetros ó poco más, siendo en suave pendiente interna salvo en alguna porción donde es más vertical apareciendo más hondo por consiguiente, pero estando siempre bien unido como labrado el hueco en frío por no haber reacción del tejido inmediato, siendo las escavaduras muy suaves y regulares, algunas más hondas, siendo más pequeñas é irregulares las que están por nalgas, estando cubiertas algunas de costras oscuras bien engastadas en los huecos ligeramente salientes en aconvexado poco marcado, oscuras, pero más negruzcas por el permanganato de los baños aplicados; la aparición fué después de un sarampión que pasó el mes anterior habiendo agudizado el catarro crónico que consecutivo á la tos ferina le había quedado, estando atréptico, apreciándose las lesiones elementales en forma de pústulas como pequeños guisantes por cara anterior de muslo izquierdo y bajo vientre de este lado,

llamando la atención la rapidez y desarrollo de la erupción casi al mismo tiempo, su relación con una enfermedad infecciosa propio de la infancia, su coherencia y agrupación sobre todo en tronco donde se ven unirse con el tabique separador del dermis que delimita los elementos constituyentes, su sequedad, su borde unido más levantado por uno de los lados, las pústulas muy blancas por el pus, hemisféricas, de las cuales aun hay algunas para indicar como ha empezado el proceso, los infartos numerosísimos que hay, el estado de consunción, su extensión hasta en cara donde hay menos elementos más superficiales, todos los datos hacen ver se trata de un proceso piógeno por cocos, de marcha aguda y destructiva llegando en alguna lesión del muslo á ahondar bastante, quedando retraído en el hueco el mamelón esfacélico. Anteriormente hace un año, tuvo una erupción más limitada á extremidades inferiores pero con aspecto más de granos forunculosos, por la profundidad.

Saneamiento é higienización de España ⁽¹⁾

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

No es tampoco un secreto para nadie el estado en que hasta hace muy poco se ha encontrado la Cárcel de mujeres de Madrid, á pesar de que en casi todas las sesiones de la Junta local de Prisiones, durante muchos años, era aprobada alguna moción ó se interesaba del Gobierno que, con urgencia, por decoro, por salubridad elemental y hasta por previsión de que por hundimiento se ocasionara una catástrofe, fnera habilitado ó construido otro nuevo edificio digno del objeto á que se le destina y de la capital de España. La Junta, por fin, haciendo verdaderos imposibles, ha adecentado y saneado el antiguo edificio; pero ya se comprenderá que por mucho que se haya hecho, de una cosa, no mala, sino malísima ó pésima, jamás podrá hacerse una siquiera mediana.

Pero ¿quién hace caso ni se ocupa de semejantes asuntos? Siendo Canalejas ministro de Gracia y Justicia, con la colaboración del Sr. Salillas, persona reputadísima é indiscutible en la materia, publicó la primera información hecha en España de nuestro régimen penitenciario; y dolíase después el malogrado estadista de que dicha publicación, que fué citada con grandes elogios por sabios y gobernantes extranjeros, no lo hubiera sido más que por tres españoles; y suponía, y acaso no le faltara razón, que no habrían leído el libro muchas más personas.

Y el asunto ni es baladí ni debe despreciarse, porque es importante.

Por fortuna, parece que las cosas han cambiado algo, y de ello es un buen síntoma la reciente disposición del vizconde de Matamala, en su última etapa de Gobierno, creando una Asesoría médica, afecta al Ministerio de Gracia y Justicia, para entender en asuntos de higiene y sanidad penitenciarias. Falta hacia, en verdad, si ha de ser efectiva su acción y atendidos sus informes, pues tela abundante tiene cortada ya para empezar, de la cual es buena muestra la siguiente: solamente una cuarta parte de las prisiones españolas tienen enfermerías; unas, muy pocas, encierran entre sus muros un patio ó un local ventilado y de esparcimiento higiénico; y no hablemos de su régimen interior ni de la higiene del preso, porque eso no es un modelo precisamente de la más elemental ó rudimentaria higiene.

(1) Véase el número 3.557.

¿Y qué decir de los niños que se albergan en las Prisiones nuestras? Pero mejor será oír lo que á este respecto decía el Sr. Dato en un admirable discurso pronunciado en la Academia de Jurisprudencia: «48.000 niños abandonados ó *delincuentes* reciben educación en Inglaterra. Las Instituciones de Beneficencia para reprimir la criminalidad en ese país, educan, asisten y enseñan á 190.000 niños aproximadamente cada año». Y añadía en otro párrafo: «Cuéntese que España es quizá el pueblo más caritativo de la tierra; pero para convertir al niño abandonado, *vicioso y criminal*, en laborioso y útil, tanto hace falta el dinero como la organización». Y luego habla de la escuela y del reformatorio, del cual nosotros, y *no oficiales*, tenemos solamente el llamado de Santa Rita y el del Hermano Toribio, el primero en Madrid y el segundo en Barcelona. Si algún otro se ha creado recientemente estará aún organizándose.

También son del citado discurso del Sr. Dato las siguientes interesantes cifras: «En el año 1904 había en España, entre unas y otras cárceles y condenas mayores ó menores, 2.217 niños menores de catorce años; 6.209, de quince á diez y siete años, que hacen un total de 18.426! niños encarcelados.»

No debemos transcribir, á pesar de ser muy interesantes, otras muchas cosas que respecto al asunto se dice en el mencionado discurso.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La autoseroterapia integral de las microbiosis humanas, por el Dr. Edmundo Escomel.** - Raras veces se encuentra una sola bacteria como causante de la infección humana. Al lado del microbio principal se ven muchos accesorios que indudablemente tienen que jugar algún papel, por insignificante que sea, en el ataque al organismo. El *parasitismo colateral saprofítico* es aquél en el que los microbios que viven en el hombre, son contrarrestados en sus efectos por las defensas del organismo humano. Tal ocurre en la vida normal con los microbios que pululan en las mucosas ocular, nasal, respiratoria é intestinal, algunos cutáneos y los de los hemoportadores de gérmenes. El *parasitismo colateral activo* es aquel que entra en juego al lado de la enfermedad principal, ayudando á ésta en su ataque al hombre; tal sucede con el bacilo de Friedlander, el micrococcus catarrhalis, el estreptococo, el bacilo de la gripe, por ejemplo, cuando ayudan á combatir al lado del pneumococo en la pneumonía. Lo mismo sucede con el tetrágono que presta su concurso al bacilo de Koch en su pululamiento pulmonar. Existe además un *polimicrobismo distanciado*; en efecto, no sólo se ve á los microbios asociarse en un mismo sitio para germinar en el cuerpo humano; existen concomitancias frecuentísimas de observación clínica diaria, como por ejemplo, la unión de una disentería con un reumatismo, la sífilis con una gónococcia, el paludismo con un ántrax, etc., de modo que el organismo se ve atacado por varios agentes de localizaciones lejanas, determinando infecciones al parecer independientes, pero cuyos efectos, absorbidos hacia la sangre, se mezclan para demandar al organismo humano una defensa contra ambos gérmenes y coronar con la victoria, si la salud ha de ser la finalidad de esta lucha para el sujeto poli-infectado. Al ataque múltiple, el organismo responde con la defensa integral. En el *estado normal de salud*, el organismo no desatiende ninguna de las puertas vulnerables

que posee para la entrada de la infección. La salud depende, no de que el organismo haga una resistencia parcial dejando claros abiertos á la infección; deriva, al contrario, *de que todas las barreras estén defendidas eficazmente y contra toda clase de atacantes*; es decir, *de la eficiencia de una defensa integral*. En el *estado patológico*, el éxito final depende, asimismo, de la *defensa integral* que el organismo hace. La reacción orgánica contra los microbios es por naturaleza, por obligación, múltiple y total, no puede prescindir de responder á ninguna de las infecciones variadas que prosperan en regiones diversas del organismo: presenta alguna analogía con la acción terapéutica de las aguas minerales naturales. Cada individuo tiene una personalidad patológica como la tiene física, y en el suero de cada individuo se halla el total de sustancias en transformación y el total de sustancias en reacción con que cada individuo se defiende contra todos los microbios que lo atacan, sean cuales fueren sus géneros, sus especies ó sus razas. Sobre este concepto se erige la autoseroterapia integral. La seroterapia fundada en el uso de sueros procedentes de animales de distinta especie zoológica resulta ineficaz, ya que no perjudicial, en muchos casos. Por otra parte, y en vista de lo dicho anteriormente, se comprenderá fácilmente que un suero único no es eficaz para infecciones múltiples, y en este sentido las serobacterinas mixtas han constituido un adelanto. El autor propone el empleo de la autoseroterapia integral para las microbiosis y establece las siguientes conclusiones: 1.ª, La autoseroterapia integral es el método terapéutico que consiste en emplear el suero mismo del enfermo en el momento de su infección, para curarlo; 2.ª, Imita á la naturaleza aprovechán dose de los medios que ésta pone en juego para combatir las microbiosis humanas; 3.ª, Tiende á destruir en el suero las acciones nocivas y dejar sólo las curativas para servirse de ellas con éxito; 4.ª, Es personal para cada individuo, produce sus reacciones propias contra sus propias infecciones; 5.ª, Es integral porque actúa contra todas las infecciones que atacan al enfermo en el momento patológico, en todas sus especies, razas y variedades, sin prescindir de ninguna de ellas; 6.ª, Está libre de todos los fenómenos tóxicos, anafilácticos, etc., de los sueros y de las vacunas de origen exógeno; 7.ª, No exige precisión en el diagnóstico; actuará siempre en contra de todas las infecciones, sean ó no conocidas por el médico tratante. La técnica consiste sencillamente en extraer por punción venosa de 20 á 50 c. c. de sangre del mismo enfermo que se va á tratar; se deja en reposo y á las veinticuatro horas se separa el suero y se calienta á 56°-58° durante dos á quince minutos, según las toxinas que se trata de destruir; se inyecta luego en dosis de 1 á 10 c. c.; calentando el suero á esa temperatura se destruyen las toxinas termolábiles y se atenúan las termoestables, pero en cambio deja intactas las sustancias antitóxicas. (*Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*, tomo V, Noviembre y Diciembre, 1920, y Enero y Febrero, 1921).—LUENGO.

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Contribución al estudio del Isobromil, por A. Champion.**—Un hipnótico perfecto debe llenar varias condiciones: en primer lugar, debe ser completamente inofensivo para el organismo, y en particular, para los órganos de absorción y de eliminación. Además, debe carecer de efecto sobre los cambios respiratorios, sobre la presión arterial, procurar un sueño normal y rápido, sin hábito, y sobre todo, no debe dejar al despertar ninguna sensación de pesadez ni de malestar. El Isobromil ó amonobromisovalerilurada, satisface á esos requerimientos del facultativo. La toxicidad del producto es de-

bilísima, puesto que se aproxima á un gramo por kilo de animal. Aunque es un producto de síntesis, el Isobromil se emparenta estrechamente con los principios activos naturales, cuya toxicidad se ha disimulado con dosificaciones ó combinaciones químicas apropiadas. La base del Isobromil es el ácido valerianico, al que debe su actividad la raíz de valeriana, y cuyas propiedades antiespasmódicas y calmantes son harto conocidas. A este ácido están combinados, por una parte el bromo, elemento sedativo por excelencia, y por otra parte la urea, compuesto existente normalmente en el organismo humano, que une á una acción electiva sobre ciertas células nerviosas, la preciosa ventaja de ser eliminado por el emuntorio renal. Esta composición, juiciosamente establecida por numerosas experiencias fisiológicas, permite afirmar que los productos de desintegración de Isobromil, están completamente desprovistos de toxicidad y que su ingestión no determina ninguna fatiga del estómago ni del riñón. Puede, pues, prescribirse incluso en los casos de lesión renal, cualidad eminentemente valiosa. Las numerosas observaciones publicadas en la prensa médica internacional y las observaciones personales recogidas por el autor en diversos servicios hospitalarios de París, muestran que el Isobromil es susceptible de administrarse á todos los enfermos sin excepción, incluso á los niños y á los viejos, sin que haya que temer ni accidente ni hábito.

La dosis media para producir un sueño tranquilo, seguido sin interrupción por el sueño natural, es de 0,50 á 0,60 gramos, tomada por la noche en una infusión templada. La acción hipnótica se manifiesta rápidamente y sobreviene por etapas progresivas sin ninguna sensación penosa. (*Tesis de París, 1921.*)—LUENGO.

3. Medicamentos nuevos: El paroformo, el citrosalicilato de piperacina, el dipropanoloifosfito tricálcico.—El paroformo es el éter butílico normal del ácido para-amido-benzoico que prácticamente puede considerarse como insoluble en el agua y como de toxicidad nula no provocando particularmente la formación de metahemoglobina. Se emplea como anestésico local y su acción anestésica es muy marcada y superior á la de otros cuerpos que pertenecen á los mismos grupos químicos ó farmaco-dinámicos. De 14 observaciones, el autor concluye que el paroformo merece ser empleado como anestésico sin peligro, siendo su acción durable y muy localizada. Donde principalmente se ha ensayado ha sido en rinolaringología con resultados altamente satisfactorios bajo la mezcla siguiente:

Paroformo.....	20 gramos.
Lactosa.....	80 —

La anestesia así obtenida es extremadamente rápida, ya se emplee sobre la mucosa faríngea, amigdalina ó laríngea, empleándose además en patología gástrica para combatir los dolores de las ulceraciones. (P. Champalbert, *These de Lyon, 1921.*)

El citro-salicilato de piperacina.—Es un compuesto nuevo, definido, estable, soluble á 17° en agua á razón de 3,75 gramos por 100. Según lo que sabemos de la teoría de la uricemia, cada uno de sus componentes juega un importante papel en el tratamiento de esta diátesis. La experimentación farmaco-dinámica demuestra que el citro-salicilato de piperacina (uzarina) aumenta la excreción de ácido úrico en el animal hecho artificialmente uricémico.

Los resultados clínicos obtenidos con su empleo son los siguientes: mejoría del estado general; en la sangre, disminución y aun desaparición del ácido úrico; en la orina, al principio de la administración del medicamento descarga de urea y de ácido úrico, después disminución notable.

El citro-salicilato de piperacina ha sido siempre bien tolerado hasta la dosis de 1,40 gramos por día tomado durante ocho. El autor no ha observado ningún trastorno digestivo, ningún accidente urinario, ni aun en los nefríticos.

La forma de administración preferida es en comprimidos ó granulados, teniendo esta última forma la ventaja de que al mismo tiempo se le hace absorber al enfermo una cantidad bastante grande de líquido. (Pelissier, *These de Lyon, 1921.*)

El dipropanoloifosfito tricálcico.—Es una nueva sal de calcio inyectable y coloidal descubierta por el profesor Gaucher en colaboración con M. Georges Mollin, cuya fórmula de constitución y modo de preparación han dado á conocer á la Academia de Ciencias de París. Viene siendo ensayada desde hace dos años en diversos hospitales de París y de provincias y sus resultados clínicos permiten sacar las siguientes conclusiones:

1.^a El dipropanoloifosfito tricálcico es un medicamento perfectamente tolerado en inyecciones hipodérmicas, no provocando reacción dolorosa ni elevación de temperatura.

2.^a Despierta el apetito de un modo muy marcado y se acompaña generalmente de una sensación de vigor y euforia que empujan al enfermo á solicitar por sí mismo la continuación ó la repetición del tratamiento.

3.^a El aumento de peso es habitual.

4.^a Las curvas oscilométricas muestran ordinariamente un mejoramiento del estado circulatorio.

5.^a El número de glóbulos rojos y de mononucleares aumenta en tanto que se ve paralelamente disminuir la cal y los fosfatos urinarios, restableciéndose el equilibrio de la nutrición general; los mononucleares pasan de 12 á 25 ó 30 por 100 y la tasa de cal baja de 0,70 á 0,35 ó 0,25 por día.

6.^a Su acción es manifiesta en las hemofilias graves que permite yugular rápidamente.

7.^a Este es, en fin, un agente muy activo de reparación y regeneración ósea.

Esta nueva sal cálcica parece, pues, llamada á ocupar un lugar preferente en la terapéutica de la recalcificación. (Communication de la Société Médical des Hopitaux, 25 de Noviembre de 1921.)—T. R. I.

APARATO RESPIRATORIO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Valor práctico del examen citológico y químico de los esputos para el diagnóstico del asma y de los estados asmáticos, por F. Bezançon y S. I. de Jong.—

El examen citológico de los esputos tiene para el diagnóstico del asma un valor casi tan grande como la investigación del bacilo de Koch para el de la tuberculosis. La eosinofilia observada en los esputos de los asmáticos por los autores alemanes, no alcanzó un valor definitivo por la falta de investigaciones comparativas en los estados similares. Sin embargo, la eosinofilia tiene un valor diagnóstico casi absoluto en el asma. En esta enfermedad, el aspecto citológico de los esputos tiene mucho más valor que su aspecto exterior, no hay que creer que el esputo «perlado» de Laennec representa únicamente la expectoración de los asmáticos; en esta clase de enfermos, se pueden observar al lado del esputo perlado, esputos líquidos, mucosos ó serosos claros, espumosos, presentando el aspecto de clara de huevo batida, ó hasta mucopurulentos como en las bronquitis banales. Pero en todos estos casos, el examen citológico muestra la fórmula característica que luego diremos. *Técnica:* para los eosinófilos basta la coloración por la hemateína-eosina; previa fijación en alcohol y éter; la coloración por el azul poli-

cromo con fijación en alcohol, es necesaria para la investigación del exudado seroalbuminoso. *Aspecto microscópico:* el fondo está formado por moco hialino más ó menos espeso; sobre este fondo destacan dos elementos celulares; uno, que se ve en los esputos perlados, pero que falta en los mucopurulentos, es la célula bronquial, no degenerada, sino conservando su forma típica, su núcleo y á veces hasta sus pestañas. El otro elemento es la célula eosinófila, que es siempre el elemento predominante; aparece intacta, ó alterada, con las granulaciones diseminadas á su alrededor. Los autores describen varios tipos; el tipo clásico de los polinucleares eosinófilos de la sangre; algunos presentan un núcleo multilobulado picnótico, muy diferente del núcleo claro de la sangre normal; la mayor parte son mononucleados semejándose á mielocitos eosinófilos ó á linfocitos cargados de granulaciones eosinófilas; á veces se observa una célula llena de granulaciones con el núcleo pequeño, opaco y periférico; otras tienen el aspecto alargado de una célula conjuntiva, llena de granulaciones. Los autores no conceden ninguna importancia á los cristales de Charcot-Leyden y á las espirales de Curschmann, que son aspectos macroscópicos. Desde el punto de vista químico, los esputos de los asmáticos verdaderos están desprovistos de albúmina, la cual aparece en los asma complicados. La fórmula citológica antes indicada, se observa igualmente en las formas larvadas de asma, tan difíciles á veces de descubrir; en un enfermo con tos quintosa, espasmódica, nocturna, que se atribuye á una adenopatía traqueobronquial, el examen de los esputos muestra la fórmula típica del asma y permite el empleo de una terapéutica que triunfará de los accidentes hasta entonces rebeldes. En ciertos tuberculosos disnéicos, la presencia de eosinófilos en los esputos permite relacionar el asma con la disnea, que no se explicaba ni por la extensión, ni por la gravedad de las lesiones; por una parte, la disnea no es un síntoma habitual de la tuberculosis pulmonar, y por otra, centenares de exámenes han mostrado á los autores que no se encuentran eosinófilos en los esputos de los tuberculosos no asmáticos. Aunque rara, es posible la asociación de una tuberculosis fibrocásica y el asma; se encuentra en los esputos el bacilo de Koch y la fórmula citológica de asma. En los esclerosos pulmonares con bronquitis crónica y enfisema, presentando crisis de disnea ligadas á brotes bronquíticos, ó más bien á brotes congestivos broncoalveolares, no se encontrarán eosinófilos, si el asma no es la causa. Sobre todo, en los hombres mayores de cincuenta años, con crisis disnéicas nocturnas de carácter asmático, es donde el examen de los esputos adquiere un gran valor semiológico; de estos enfermos, unos son asmáticos verdaderos; otros son cardiorrenales, etc. En los enfermos de edad, el asma puede tomar la forma húmeda de los autores antiguos; estos enfermos arrojan una expectoración mucosa más ó menos abundante, y si acaso se trata de un clorurémico hipertenso, se hace con gusto el diagnóstico de edema del pulmón. En el edema agudo del pulmón, el fenómeno primordial es la presencia en los esputos de albúmina en abundancia; el examen microscópico muestra numerosas gotitas espesas de exudado seroalbuminoso; no se ven más que raras células pulmonares y faltan los eosinófilos. En los esputos abundantes de los asmáticos «húmedos», falta la albúmina; no se la encuentra químicamente, ni por el examen microscópico; en cambio, se ven numerosos eosinófilos en medio de una gran cantidad de moco poco espeso. En los catarrros pituitosos de los esclerosos pulmonares con bronquitis crónica, que comienzan á hacerse cardiorrenales, se encuentra moco en abundancia, pocos elementos celulares y una cantidad mínima de albúmina. En otros casos más raros

que los anteriores, el examen de los esputos muestra al lado de la presencia química de albúmina, la presencia al microscopio de células cardíacas, macrófagos llenos de pigmento sanguíneo fáciles de ver y que prueban la existencia de congestión crónica de las bases. (*Bull. de l'Acad. de Med.*, núm. 38, 30 de Noviembre de 1920).—LUENGO.

ELECTROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La termopenetración en el tratamiento de la gonorrea femenina, por el Dr. I. Büben.**—Sabido que los gonococos mueren á los 41º, surge la idea de emplear el calor para destruirlos dentro de los tejidos, y esto con tanto más motivo cuanto que por medio de la diatermia podemos llevar el calor á cualquier profundidad del cuerpo. El autor lleva diez años empleando la diatermia; pero sólo ha sometido á este tratamiento los casos en que había fracasado el tratamiento exclusivamente médico. Refiere 110 casos tratados, en los que obtuvo 86 curaciones. Da dos sesiones á la semana, de quince á veinte minutos de duración. Después de cada menstruación, practica un análisis microscópico del pus para ver si contiene gonococos, y sólo cuando en tres análisis seguidos ha resultado negativa la investigación es cuando considera á la enferma como curada. Emplea como electrodos una placa de plomo de un milímetro de espesor y de cuatro dedos de anchura, que aplica sobre el vientre entre el ombligo y la sínfisis, teniendo gran cuidado de que quede muy bien adaptada. Como electrodo vaginal emplea una oliva de metal de unos 2 centímetros de diámetro, que lleva en su centro un hueco para colocar un termómetro. De este modo, estando el electrodo aplicado, puede leerse en la escala del termómetro, que queda fuera de la vagina, la temperatura á que se encuentran los órganos. Esta temperatura la gradúa entre 46º y 47º. La curación se obtiene al cabo de cinco á diez sesiones, lo cual, suponiendo que se administren dos sesiones por semana, equivale á cuatro ó cinco semanas. Comoquiera que el número de sesiones por semana se puede aumentar, cabe la posibilidad de abreviar todavía más la duración del tratamiento. Comparando los resultados de esta forma de tratamiento con otras, resulta que la curación es mucho más breve, pues hay que tener en cuenta que se trata casi exclusivamente de casos crónicos que resisten al tratamiento médico. Además, es muy notable el tanto por ciento tan elevado de casos en los que se consigne la curación. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 24 de Noviembre de 1921.)

2. **Progresos del tratamiento de las enfermedades mentales en el primer semestre de 1921, por el doctor H. Becker.**—En psiquiatría, la fisioterapia como calmante y como remedio curativo ha dado muy buenos resultados; tanto, que en la literatura de los dos últimos años apenas si se señala alguna novedad. Desgraciadamente, las circunstancias actuales hacen poco menos que impracticables algunos de estos procedimientos, como son el baño caliente prolongado, las envolturas húmedas calientes, y en muchas ocasiones los médicos se ven en la necesidad de recurrir al empleo de los narcóticos, con perjuicio de los enfermos. Se han propuesto nuevamente los rayos X para el tratamiento de las psicopatías; por ejemplo: Strauss los aconseja en la epilepsia, con la diferencia de que ya no dice que se irradie el cerebro, sino que propone la irradiación con dosis excitantes, del timo, del bazo y del hígado. El uso frecuente de los narcóticos ha dado lugar á una literatura extensa acerca del asunto. Hoppe afirma que el bromkalzirl es de acción más lenta, pero más segura, que los demás preparados de

bromo; en cambio, el spasmosan da buenos resultados en el pequeño mal nada más. Donath dice que el luminal es un remedio excelente contra las poluciones. Se aconseja el empleo del acetil-nirvanol en sustitución del nirvanol, que produce exantemas. En los casos de encefalitis letárgica, en el período de insomnio que se presenta después del de somnolencia, se aconseja la hioscina, ya bien conocida como hipnótico. Se ha discutido mucho el tratamiento quirúrgico de las enfermedades mentales, y en cuanto á esto hay que pensar ante todo en la extirpación de una cápsula suprarrenal. Son bastantes los autores que han puesto dudas acerca de las probabilidades de éxito que pueda ofrecer este procedimiento, pues han visto recidivas. La trepanación sigue proporcionando buenos resultados en los casos de epilepsia jacksoniana. En lugar de la punción del cuerpo calloso se propone la punción occipital; pero se ha afirmado que la punción occipital no puede ser nunca un remedio contra la epilepsia, sino contra la hidrocefalia. Dice Læwen que, puesto que el líquido cefalorraquídeo se produce á nivel de los plexos coroides, lo que se debe hacer es una craniectomía extensa é ir á extirpar los plexos coroides atravesando los dos hemisferios. Los ensayos hechos en perros le animan á practicar la operación en el hombre. En cuanto á la psicoterapia, se han aconsejado las inyecciones de oxígeno en los estados depresivos; el estupor catatónico se puede hacer desaparecer durante unas horas por medio de inyecciones de cocaína. Se discute la eficacia del tratamiento antipalúdico en las parálisis producidas por la malaria. Siguen ensayándose vacunas diferentes en el tratamiento de las afecciones mentales que se presentan en el curso de las correspondientes enfermedades infecciosas. (*Deut. Med. Wochenschrift*, 24 de Noviembre de 1921.)

DERMATOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Los trastornos cutáneos mucosos de origen nervioso ó reflejo, por L. Prón. — La *pelada* se considera actualmente como una trofoneurosis, ligada en la mayor parte de los casos á lesiones ó anomalías de evolución de los dientes, en un terreno especial, hipocloruria, hipofosfaturia, hiposulfaturia. En la esfera del trigémino es donde hay que buscar la patogenia de la pelada: una excitación cualquiera, partida de las terminaciones bucales del quinto par, puede manifestarse por este síntoma, como se manifiesta en otros sujetos, por la *eritrosis*, limitada ordinariamente á la mejilla y á la oreja, ó por la hipo ó hipertermia hemifacial. Partida de las extremidades del trigémino, la irritación gingivodentaria gana el ganglio de Gasser, donde impresiona las ramas con función trofopílosa (nervios fronto-palpebrales, nervio aurículo temporal); después pasando por el bulbo ó por otra vía, llega á la substancia gris, origen de los primeros pares cervicales. Además de las afecciones ó neuralgias dentarias, existen otras que pueden constituir también la etiología de la pelada, se han citado casos de esta enfermedad debidos á un simple *tapón de cerumen*, y á ciertas enfermedades de la faringe. Gaston adelantó que todas las lesiones ó irritaciones viscerales ó histológicas, son susceptibles por intermedio del gran simpático, de ocasionar trastornos de la nutrición y particularmente alteraciones trofoneuróticas del cuero cabelludo, describiendo observaciones de pelada al mismo tiempo que aparecía y se desarrollaba un *fibroma uterino*; también se han relacionado algunos casos de pelada con el *estreñimiento*. Las irritaciones gingivodentarias no obran solamente sobre el sistema piloso: se han señalado también varios casos de dermatosis faciales (*eczema*

retro-auricular) sincrónicos con la irritación dentaria, desapareciendo rápidamente sin tratamiento local después de la intervención dentaria. Para Jacquet, la *calvicie*, que ocurre principalmente en los intelectuales y que aumenta á medida que la civilización progresa, se debe á una excitación de los centros nerviosos. Según Brocq, desde que las mujeres se dedican á trabajos intelectuales, la calvicie, que era rara en ellas, tiende á hacerse más frecuente. Las *afecciones pruriginosas*, tales como el *eczema pápulo-vesiculoso*, el *impétigo*, el *prurigo simple*, el *estrófulus*, se observan á menudo en los individuos con nerviosidad exagerada. También ha sido descrito un caso de *psoriasis generalizado* por choque moral. Viendo los resultados que se obtienen por la sugestión en algunos casos de verrugas, cabe preguntarse asimismo si esta afección tiene un origen nervioso. Algunos sudores son de naturaleza francamente histérica, y por Leven se ha insistido en la relación que existe entre las glándulas sebáceas y sudoríparas y la irritación de los centros nerviosos, debiendo atribuirse á esta causa muchos sudores profusos localizados á ciertas regiones de la piel. Otras dermatosis, como el acné y hasta verdaderas deformaciones de la cara, reconocen un origen gastrointestinal, no á fenómenos de fermentaciones, sino á un verdadero traumatismo del estómago por los alimentos mal masticados; esta sobreexcitación de la mucosa obraría sobre el sistema vago simpático y éste último sobre el estado morfológico de la cara. Como otras repercusiones del estómago sobre el epitelio de revestimiento externo é interno, hay que mencionar el abultamiento de la mucosa nasal, la faringitis granulosa, las aftas bucales que se encuentran sobre todo en los niños con gastroenteritis infecciosa y en los dispépticos crónicos adultos. Asimismo, de una manera refleja, ó sea por propagación de la irritación solar, se producen en las dispepsias las *saburras linguales*, y si se prolonga la irritación, la *glositis exfoliativa*. En las *dermitis profesionales*, el sistema nervioso juega también un papel importante, curándose muchas con un tratamiento a la vez antinervioso y antidisépico. La piel y el sistema nervioso tienen un mismo origen, desarrollándose á expensas del ectodermo. Al lado de las dermitis debe hacerse un lugar para las dermatoneurosis. (*Le Concours Medical*, núm. 32, 7 de Agosto de 1921.)—LUENGO,

OTORRINOLARINGOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La prueba neumática del vestíbulo en la heredo-sífilis auricular; el signo de la fistula sin fistula (signo de Hennebert), por J. Ramadier.—La prueba neumática del vestíbulo auricular consiste en producir la compresión ó rarefacción del aire contenido en el conducto auditivo externo. En el individuo normal, esta prueba queda sin efecto objetivo. En ciertos individuos portadores de una afección supurada del oído, en los que existe á la vez una perforación del tímpano y una fistula de la concha ósea del laberinto, la prueba determina una reacción óculo-motriz, acompañada ó no de otros síntomas reaccionales (vértigos, sensaciones de desplazamiento de los objetos, desequilibrio, náuseas, malestar); entonces se dice que el enfermo presenta el *signo de la fistula*. En otros individuos con tímpano normal, sin tener en su historia ninguna supuración auricular, pero con lesiones graves de las funciones laberínticas, la prueba neumática da también una reacción óculo-motriz, acompañada ó no de otros trastornos reaccionales; el enfermo presenta entonces el *signo de la fistula sin fistula*. Este signo no parece haber atraído mucho la atención de los otólogos, y, sin embargo, aporta alguna luz en el diagnóstico diferencial y en la

patogenia de la sordera heredo-sifilítica. El signo de Hennebert consiste esencialmente en la aparición de una reacción óculo-motriz, bajo la influencia de un cambio de presión aérea en el conducto auditivo externo; la reacción óculo-motriz consiste ó bien en un movimiento lento (movimiento reaccional especial á la excitación del vestíbulo por la compresión ó la aspiración), ó bien en un nistagmus (movimiento reaccional común á las diversas excitaciones vestibulares); tanto el movimiento lento, como el nistagmus, afectan simétricamente los dos globos oculares. La reacción óculo-motriz puede acompañarse de fenómenos reaccionales accesorios. La prueba neumática puede hacerse por cualquier médico no especialista. No necesita más que un solo instrumento bien sencillo; pera de goma bastante resistente, provista de un tubo de goma blanda, que termine por un embudo que pueda introducirse por deslizamiento en el conducto auditivo externo (el espéculum de Siegle, de ebonita, parece ser el instrumento de elección). El individuo colocado en plena luz, mira rectamente hacia adelante, debiendo fijar la vista en un objeto, á fin de evitar todo movimiento involuntario de los globos oculares. Puede colocarse un cuadrado de cartón negro á dos metros de altura próximamente, de manera que la mirada resulte ligeramente oblicua hacia arriba, con lo cual el globo se descubre mejor. Teniendo la pera comprimida en parte con la mano, á fin de poder producir sucesivamente la aspiración y la compresión sin retirar el aparato, se introduce el embudo en el conducto auditivo externo, hasta obtener su perfecta adherencia con las paredes del conducto. Las presiones deben ser muy ligeras, para evitar al paciente toda sensación desagradable y todo movimiento reflejo; las variaciones fuertes de presión no dan lugar á fenómenos más marcados. El signo de Hennebert pertenece propiamente á la heredo-sífilis auricular (rara vez se ha descrito en la sífilis auricular adquirida). El autor nunca le ha observado en los individuos indemnes de toda lesión auricular; en las otopatías diversas, no sifilíticas (otitis óseas, supuraciones de la caja, perforaciones timpánicas), en las otopatías de la sífilis adquirida, en los heredo-sifilíticos sin lesiones auriculares. En la hora actual, no existe ningún dato de autopsia que pueda arrojar alguna luz sobre las causas anatomopatológicas del signo de Hennebert. Quedando sin efecto la excitación neumática, en los individuos normales y en los individuos con una lesión simple del tímpano y del oído medio, el signo de la fístula sin fístula no puede aparecer más que á favor de un estado patológico, sea del laberinto óseo que protege al laberinto membranoso (hipótesis más verosímil), sea del líquido endolinfático que hubiera sufrido una modificación tal, que podría transmitir á las terminaciones nerviosas con una energía anormal las pulsaciones neumáticas imprimidas á él por la base del estribo. Según el autor, en la prueba de Hennebert, la impulsión neumática se transmite al vestíbulo por la región de la ventana oval y no, como sucede en la fístula de los otorreicos, por la región de los canales semicirculares. En fin, la coexistencia constante de los trastornos profundos de las dos funciones laberínticas (estática y auditiva), hace admitir que el signo de Hennebert indica un proceso que ha determinado una lesión grave de los elementos nerviosos intralaberínticos, al mismo tiempo que una modificación muy especial, sea del líquido endolinfático ó sea, y es más verosímil, de la concha ósea laberíntica en la región de la ventana oval, donde encaja el estribo. Una osteítis específica de la capa ósea del laberinto, explicaría bien este conjunto de hechos. Existe, por tanto, en los heredo-específicos una forma de accidentes auriculares caracterizada por: 1.º, una perturbación profunda, difusa, bilateral y definitiva de las funcio-

nes auriculares, sin lesión del oído medio; 2.º, ausencia de todo síntoma neuro-meníngeo; 3.º, un signo que le es propio (signo de Hennebert) y que permite concluir en una lesión localizada en el oído interno. Este género de accidentes se opone así claramente á ciertos otros que se encuentran en la sífilis adquirida y que están en relación con una lesión neuromeníngea del octavo par. Los primeros pertenecen casi exclusivamente á la heredo-sífilis; derivan de una determinación local, puramente auricular; son intensos, difusos y rebeldes al tratamiento; pero no indican una sífilis que amenace en particular desde el punto de vista nervioso y vital. Los segundos son más frecuentes en la sífilis adquirida, en sus primeros estados; no atacan siempre al aparato auricular con gran intensidad, limitando su acción á una de sus funciones; son bastante sensibles al tratamiento; revelan una sífilis neuromeníngea y tienen, por tanto, una significación grave, desde el punto de vista general. (*Presse Medicale*, número 63, 6 de Agosto de 1921.)—LUENGO.

2. Origen anafiláctico de ciertas crisis de hidrorrea nasal, por Pasteur Vallery-Radot, J. Haguénau y A. Watelet.—Las crisis de hidrorrea nasal tan penosas para los sujetos que las sufren como cansadas para los médicos que las asisten, tienen la mayoría de las veces un origen desconocido á pesar de las numerosas hipótesis con que se ha tratado de explicar su patogenia. El estudio atento del siguiente caso parece demostrar con pruebas clínicas, biológicas y terapéuticas que dichas crisis dependen, al menos en ocasiones, de estados anafilácticos.

Se trata de una enferma que en la actualidad cuenta treinta y dos años, y que en 1911 sufrió en América una angina diftérica, para la que la pusieron dos inyecciones de suero con un intervalo de doce horas. La primera la toleró perfectamente, pero media hora después de la segunda inyección perdió el conocimiento, pasándose toda una noche en estado comatoso. A la mañana siguiente todos los fenómenos desaparecieron, sin que la enferma volviese á presentar después ningún síntoma de la enfermedad sérica.

Quince días más tarde y al dirigirse hacia Francia, á bordo de un barco, se vió acometida de una crisis de estornudos que desde aquel momento siguió haciendo su aparición todos los días al despertar, obligándola á estornudar más de cien veces seguidas.

Así pasaron tres meses, al cabo de los cuales los estornudos empezaron á acompañarse de hidrorrea nasal que la duraba tres horas, aproximadamente, teniendo necesidad de varios pañuelos, con lo que la afección quedó constituida. Desde entonces todos los días á la misma hora han seguido presentándose las crisis de hidrorrea en todas las estaciones, en todos los climas, tanto en América del Norte como en el Brasil, Cuba y Francia, y en tanto en pleno mar como sobre tierra.

En 1915 las crisis ya no eran sólo matinales, sino que se producían también al poco tiempo de las dos principales comidas. Desde 1918 á las tres crisis diarias de hidrorrea, se sobreañadió un acceso de asma típico, que estallaba con toda regularidad á las dos de la mañana y que, poco á poco, fué haciéndose más duradero hasta empalmarse con la crisis de hidrorrea matinal. Todavía un nuevo fenómeno vino á sumarse á este síndrome á fines de 1919, en cuya época empezó á notar la enferma que después de lavarse (con agua y jabón solamente) se la presentaban todas las mañanas en la cara y cuello unas placas rojas, difusas, de dimensiones variables y ligeramente pruriginosas que solían desaparecer á la media hora.

En estas condiciones se presentó la enferma á nosotros el día 11 de Abril de 1921, cuando ya la vida se la iba ha-

ciendo imposible, y después de haber seguido los más diversos tratamientos propuestos por numerosos especialistas de Francia y América: inhalaciones, cauterizaciones nasales, aplicación local de cocaína, curas de diuresis, y en fin, remedios notables.

La aparición de los ataques de asma injertándose sobre las crisis de hidrorrea, la regularidad absoluta de estas crisis, apareciendo á hora fija y algunas después de las comidas, y en fin, el interrogatorio (por el que aprendimos que en una ocasión habían desaparecido las crisis, coincidiendo con hallarse sometida la enferma á dieta absoluta durante el curso de la gripe), inclinaron nuestro ánimo á considerar tales trastornos como dependientes de la anafilaxia, particularmente la anafilaxia gástrica.

A tal objeto empezamos por investigar si dichos trastornos iban precedidos de crisis hemoclásicas como ocurre siempre con todos los accidentes anafilácticos observados en la clínica, según los trabajos de Widal, Abrami y Brissaud.

Frecuentes y repetidos exámenes leucocitarios hechos inmediatamente antes y después de una comida de prueba, compuesta de albúminas, nos demuestran que, en efecto, el número de leucocitos va descendiendo progresivamente desde 7.900, contados antes del almuerzo, á 5.000, treinta y cinco minutos después de terminado, en cuyo momento estalló la crisis de hidrorrea. Pasada ésta, la cifra de leucocitos vuelve de nuevo á elevarse, alcanzando dos horas después el número de 9.000.

Así, pues, una comida de albúminas provoca una crisis hemoclásica típica, y esta crisis precede á los síntomas clínicos.

Sabido esto, hicimos ingerir á nuestra enferma un sello con 0,20 gramos de peptona de carne y 0,15 gramos de peptona de pescados, una hora antes de un almuerzo de prueba, idéntico al que los días precedentes había provocado la crisis hemoclásica y subsiguientemente los síntomas clínicos.

Nuevos exámenes leucocitarios nos ponen de manifiesto que la crisis hemoclásica ha dejado de presentarse, ocurriendo lo mismo con los accidentes clínicos.

La peptona era, pues, capaz de proteger á la enferma contra los trastornos determinados por la ingestión de albúminas, lo cual era debido á que la absorción de aquella provocaba en el organismo un choque atenuado, pero suficiente para evitar el gran choque coloidoclásico que la comida de albúminas hubiese producido.

Así nos lo reveló el recuento leucocitario hecho antes de la ingestión del sello, y, repetidamente, después, por el que vimos que siendo su cifra en el primer momento de 7.000, á los siete minutos de tomar el sello era de 6.800, y á los diez minutos de 4.800, volviendo á alcanzar progresivamente y aun sobrepasar la cifra primitiva á los veinticuatro minutos. La ingestión, pues, del sello de peptona provocó en nuestra enferma una crisis leucocitaria.

Comprobada la acción filáctica de la peptona, nuestra actuación se redujo á someter á la enferma á la peptonoterapia, según el método preconizado por M. Pagnier. Desde los primeros momentos el éxito acompañó á nuestros propósitos, consiguiendo después de algunos tanteos y alternativas ver desaparecer completamente todas las molestias que desde hace diez años venían atormentando á la enferma: estornudos, hidrorrea, asma y exantema facial. Después de las primeras curas se quejaba la enferma solamente de anosmia y sensación de sequedad de la mucosa nasal, pero tales síntomas desaparecieron también en las curas sucesivas. Desde el día 19 de Mayo último nuestra enferma no ha vuelto á tomar peptona ni tampoco á resentirse de sus antiguos achaques.

Esta observación nos parece demostrar cumplidamente el origen anafiláctico indudable de algunas crisis de hidrorrea, y aun cuando en nuestro caso, á pesar del tiempo transcurrido, no podemos asegurar que la desensibilización producida por la peptonoterapia sea definitiva, ello no quita importancia á los brillantes resultados que se pueden obtener por este método en una enfermedad cuya naturaleza era hasta aquí desconocida, y frente á la cual se mostraban ineficaces los más diversos tratamientos. (*La Presse Médicale*, núm. 77, 24 de Septiembre de 1921.)—T. R. I.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Ausencia más ó menos completa de los ojos, de origen congénito, por el Dr. J. Santos Fernández (Havana).—Con motivo de una fotografía que le envió el Dr. Bribozia (de Namur), referente á un niño que nació con falta completa del ojo izquierdo (con soldadura de los párpados), y con el derecho incompletamente desarrollado, muy pequeño, atrófico é inmóvil; el Dr. Santos Fernández, archivo viviente, y la representación más genuina de la Oftalmología en lengua castellana, hace recopilación de los casos de esta naturaleza, por él observados en su larga y gloriosa vida profesional, refiriendo tres observaciones de origen congénito, y una de criptoftalmía consecutiva á erisipela.

La ausencia más ó menos completa de los globos oculares (anoftalmía), es por fortuna afección muy rara (3 en 70.000 enfermos del autor), y sus causas aun no son conocidas, como tantas otras anomalías de desarrollo; pero en tesis general puede decirse que este defecto frecuentemente va unido á otros en diferentes regiones del organismo, en muchas ocasiones incompatibles con la vida.

La primera observación se refiere á un niño, hijo de padres mestizos, en el que observaron la falta de ojos, y que examinado por el autor, se comprobó que las órbitas estaban completamente vacías y recubiertas por la conjuntiva; siendo la abertura palpebral diminuta, pues no excedía de 5 milímetros. La mano y pie derechos poseían un dedo supernumerario, y el pulgar de dicha mano no era oponente; las orejas carecían de los pliegues normales y semejaban á las del mono.

La segunda observación se trata, más que de anoftalmía, de microftalmía de un ojo y de leucoma corneal del congénere de origen congénitos; estando soldados los párpados del ojo microscópico.

El tercer caso hace mención á una consulta que se le hizo por correo, referente á un niño de la raza negra, que había nacido sin ojos, aunque con párpados, estando las órbitas completamente vacías y presentando además seis dedos en las manos y pies, y una hernia umbilical. (De la *Revista Cubana de Oftalmología* de la Habana, Abril á Septiembre de 1921.)—DR. M. MARÍN AMAT.

2. Parálisis traumática de los músculos motores del ojo y especialmente de la lesión en la polea del oblicuo mayor, por el Dr. J. Santos Fernández (Havana).—Trabajo basado en seis observaciones personales y en el que el autor hace consideraciones con respecto á esta clase especial de parálisis motooculares (traumáticas), de las que las más frecuentes son las del sexto par, y después las del cuarto, con la particularidad de que entre las de éste último se encuentran las motivadas por lesiones en la polea de reflexión del oblicuo mayor.

La observación primera hace referencia á un médico que sufrió un violento traumatismo en la cara, caída de un coche, perdiendo el conocimiento durante cuatro días, no-



tando al recobrarlo que veía dobles los objetos en la mirada hacia abajo. El autor comprobó la parálisis del oblicuo mayor; pudiendo observar al paciente durante treinta y cinco años consecutivos (hasta su muerte), sin que en tan larga fecha desapareciese la diplopia.

La segunda observación recae en un sujeto que cae en una zanja, recibiendo el golpe en la cara, y notando inmediatamente diplopia. Reconocido por el autor, éste comprueba la parálisis del cuarto par, con la diplopia homónima, que aumenta hacia abajo; trastorno que desapareció un año después.

La tercera observación se refiere a un sujeto que cayó de un caballo y presentó: ptosis, estrabismo divergente, midriasis y diplopia cruzada; es decir, parálisis total del tercer par del lado derecho. Poco tiempo después tuvo noticia de la curación de esta afección.

La observación cuarta hace mención a un individuo que cayó de 5 metros de altura, presentando al segundo día disminución de la visión, pérdida de la memoria, estrabismo convergente y diplopia homónima; estos dos últimos síntomas debidos a parálisis del sexto par, y el primero a una atrofia del nervio óptico en evolución. Meses después, dice el autor, había mejorado la parálisis y la visión.

La observación quinta trata de un hombre que cayó de un caballo, percibiendo después diplopia homónima más acentuada hacia abajo, por parálisis del oblicuo mayor; habiendo curado cuatro meses después el paciente.

La última observación hace referencia a un viajero que cayó con el tren en que iba, a un río. Después del accidente pudo comprobar el autor la parálisis del sexto par, y meses después tuvo noticias del enfermo de que se hallaba completamente curado. (De la *Revista Cubana de Oftalmología* de la Habana, Abril a Septiembre de 1921). — DR. M. MARÍN AMAT.

3. La percepción del arco iris sin glaucoma, por el Dr. J. Santos Fernández (Habana).—Es un artículo interesante, porque pone de manifiesto que la tan temida visión coloreada alrededor de los focos luminosos y que antes se hacía sinónima de glaucoma, se presenta en múltiples estados, siendo entonces benigno el pronóstico; si bien hay necesidad de la más estrecha vigilancia y el más delicado examen ocular para evitar sorpresas.

El trabajo, fruto de la experiencia personal del autor (como casi todos los suyos), se refiere a un médico de sesenta y ocho años, que veía los halos coloreados y que justamente alarmado le consultó. El Dr. Santos Fernández, nada sospechoso encontró después de un prolijo examen ocular, a pesar de lo cual lo volvió a ver varios días después, continuando los ojos del médico en perfecto estado normal, así como igualmente varios años después; a pesar de que el fenómeno no desapareció nunca, acostumbándose ya el paciente a él, y renaciendo la calma en su espíritu al ver que nada le ocurría, transcurriendo en estas condiciones ocho años, sin que el glaucoma se haya presentado, ni nada le presuma.

El Dr. Santos Fernández, queriendo explicar la etiología de esta visión de colores alrededor de las luces, la hace depender de una hiperestesia especial de la retina.

Nota: ¿Y no pudieran ser debidos a un estado de esclerosis de las fibras del cristalino, que produjese el fenómeno de difracción de la luz (Druault)? (De la *Revista Cubana de Oftalmología*, Abril a Septiembre de 1921). — DR. M. MARÍN AMAT.

4. El fondo del ojo después de la muerte, por el Dr. Harry V. Würdemann (E. U. A.).—El autor comienza recordando los signos oculares de la muerte, que según Shastid, se refieren a tres períodos: 1.º, período de transi-

ción; 2.º, período cadavérico; y 3.º, período de putrefacción. Los del primer período, son: 1.º, palidez de la piel de los párpados; 2.º, retracción del globo ocular; 3.º, insensibilidad de la córnea y conjuntiva, y presencia de una fina película de linfa trasudada de los tejidos oculares; 4.º decoloración de la esclerótica por equimosis subconjuntival; y 5.º, la dilatación pupilar.

El aspecto oftalmoscópico de la muerte, según el autor, es el más importante de todos los oculares, pudiendo considerarse como patognomónico; pudiendo el oftalmólogo, en el caso de que los medios del ojo estén transparentes, dar su opinión acerca de si el sujeto está realmente muerto y hasta casi afirmar el tiempo que ha transcurrido desde el fallecimiento (acompaña al artículo una hermosa lámina con dos figuras).

El autor ha encontrado (unas tres horas después de la muerte) que las partes transparentes del ojo se han opacificado algo, tanto por desintegración del epitelio de la córnea, cuanto por exudados albuminosos en los medios, desapareciendo la reflexión del espejo del oftalmoscopio en la córnea y las imágenes de Purkinge. El fondo del ojo, en vez de rojo, se torna amarillo pálido, debido a la falta de circulación, la papila se hace más blanca y las arterias aparecen con menos sangre y más rectas.

A las cuatro ó cinco horas, las arterias se hacen invisibles, las venas presentan espacios vacíos en su trayecto, alternando con trozos llenos de sangre. El fondo del ojo se vuelve de color pardo grisáceo, debido a la infiltración y desorganización de la retina; la papila se vuelve pizarrosa. (De la *Revista Cubana de Oftalmología* de la Habana, Abril a Septiembre de 1921). — DR. M. MARÍN AMAT.

EN LENGUA EXTRANJERA

5. Los trastornos visuales después de las pérdidas de sangre, por A. Terson.—Se sabe que las emisiones sanguíneas de causa, importancia y sitio diferentes, emisiones únicas ó, sobre todo, repetidas, acarrear trastornos visuales diversos, susceptibles, en la mitad de los casos aproximadamente, de acompañarse de ceguera definitiva por atrofia de los nervios ópticos.

Ann cuando se han publicado cerca de 200 observaciones, esta complicación es relativamente muy rara en atención al número infinito de hemorragias de toda clase que podrían provocarla, presentando de notable en su evolución el que no se produce, sino excepcionalmente, a continuación inmediata de la hemorragia, apareciendo de ordinario entre el tercero y el octavo día después de la pérdida de sangre, en una fase electiva.

Tales trastornos pueden revestir la forma: 1.º, de una hesperanopia (exhemeralopia) rápidamente curable; 2.º, de una hemianopia homónima, de origen cortical, sin alteración del fondo del ojo. Las lagunas del campo visual quedan definitivas; 3.º, de un debilitamiento visual, bilateral, algunas veces monolateral, que marcha rápidamente hacia la ceguera, parcial ó completa, curable íntegramente ó en parte, más ordinariamente incurable.

Estos trastornos no parecen haberse presentado nunca más de tres semanas después de la pérdida de sangre, pudiendo sobrevenir a cualquier edad, aunque más frecuentemente hacia los cuarenta años y en el sexo femenino (metrorragias, partos, etc.); todas las causas de hemorragia pueden provocarlos, sobre todo, en los sujetos de mal estado general (pirexias, cáncer, etc.). Las sangrías repetidas les han producido frecuentemente.

El examen del fondo de los ojos muestra de ordinario una palidez isquémica del nervio óptico, con estrechamiento de las arterias retinianas,

La lesión es en general periférica, no obstante lo cual pueden observarse concurrentemente, en el curso de la crisis visual, otros fenómenos que demuestran una participación más ó menos grande de los centros ó de otros nervios (sordera, parálisis oculomotrices, cefaleas intensas, coma, polineuritis).

Actualmente, la evolución clínica de estos trastornos visuales está determinada en todos sus detalles, pero el estudio patogénico y el tratamiento de urgencia necesitan aún de nuevas investigaciones. ¿Sobre qué bases instituirlos? M. Terson cree que en este caso, como para todas las enfermedades locales de apariencia enigmática y como para todas las especialidades, es necesario recurrir para orientarse y resolver, siquiera sea provisionalmente, á un método de conjunto que consiste en dirigirse á tres órdenes de investigaciones, sobre los tres terrenos siguientes: 1.º, la oftalmología comparada analizando los procesos isquémicos y tóxicos que pueden dar lugar á un síndrome funcional y lesional análogo al síndrome posthemorrágico, pero sin la hemorragia ocasional; 2.º, la patología general humana que permite, de una parte, el estudio de otros accidentes cerebrales sensoriales y aun periféricos, engendrados por una hemorragia, así como también el estudio de las crisis nerviosas, con ó sin incubación, producidas por la introducción en la sangre de sustancias medicamentosas albuminoides ó séricas; 3.º, la patología general animal y veterinaria: en los animales se han observado con frecuencia cegueras consecutivas á pérdidas de sangre.

M. Terson analiza inmediatamente las sugerencias y las hipótesis directrices nacidas del examen endoscópico y perimétrico y las analogías con los efectos de la intoxicación química y otras intoxicaciones é *intoxicaciones* capaces de isquémizar el fondo del ojo y de ocasionar el éxtasis ó la atrofia ópticoretiniana. Después entra en la discusión de las teorías propuestas, sin perder de vista los resultados positivos de la clínica y de la autopsia, rechazando las hipótesis improbables, como la de la hemorragia de la vaina del nervio óptico, y por último, aborda la discusión del papel exclusivo de la isquemia, según algunos, en la producción del síndrome visual después de las pérdidas de sangre. A propósito de esto, dice Terson que la isquemia sola no puede considerarse en absoluto como determinante de tales trastornos puesto que son extremadamente raros á pesar del número enorme de hemorragias abundantes y repetidas, no siendo tampoco fácilmente explicables los trastornos unilaterales ni su aparición, generalmente, al cabo de tres á siete días después de la hemorragia, si bien nunca más allá de tres semanas.

El estado de la sangre y la hipotensión arterial general y retiniana son iguales aquí que en un gran número de sujetos casi exangües y que no presentaron el menor trastorno visual.

¿Será preciso pensar en una toxemia ó en una neurotoxemia sobreañadida? Esta hipótesis es admisible por manifestarse, sobre todo, la crisis de ceguera en los individuos cuyo estado general es malo. La intoxicación y el toxismo latente pueden preparar el terreno y no son incompatibles con otras influencias ó procesos suplementarios.

Es admirable, en efecto, que, sobre todo para los casos inmediatos, se trate de una crisis de desequilibrio sanguíneo, una crisis coloide ó hemoclásica, con extrema hipotensión arterial y sideración nerviosa: asimismo la evolución patogénica de los casos tardíos es análoga á la de los accidentes anafilácticos ó seroterápicos, que sobrevienen también frecuentemente después de un período mudo y en una fase selectiva análoga á la de las crisis visuales. Es muy probable también que, como en muchos estados análogos, sobrevien-

gan á nivel de la herida hemorrágica para fenómenos de absorción y de reabsorción nocivos, intensificados por la poderosa llamada al organismo de la sangre que quiere reconstituirse.

Las autopsias han demostrado un cierto grado de endarteritis y una atrofia ascendente del nervio óptico de origen periférico con lesiones retinianas consistentes, sobre todo, en cilindro-ejes alterados en montón en la capa retiniana de las fibras nerviosas. Nada de signos de infección ni de inflamación, nada de embolias ni de trombosis totales.

El tratamiento de los trastornos visuales después de las pérdidas de sangre, estaba todavía mal precisado puesto que iba desde una expectación disfrazada á peligrosas intervenciones, como el desbridamiento de las vainas del nervio óptico, propuesto por Welker. Nos permitimos esperar que, desde ahora, entrará en una vía mejor definida, que influirá notablemente en el pronóstico hasta aquí sumamente variable.

Por un tratamiento inmediato procuraremos atender á todas las indicaciones clínicas y patogénicas, teniendo en cuenta las eventualidades siguientes: el enfermo sangra todavía; el enfermo no sangra ya; la ceguera y la lesión ópticoretiniana, en estado estacionario, datan de bastante tiempo.

1.º *Durante la hemorragia.*—Pondremos en juego todos los medios hemostáticos. El hemorrágico será colocado con la cabeza tan baja como sea posible. El nitrito de amilo será empleado con prudencia y moderación. La adrenalina podrá ser igualmente ensayada, pero sin perder de vista que la violenta acción de este medicamento podría acentuar la vasoconstricción y la isquemia retiniana no obstante sus ventajas generales para la hemostasia y contra el shock.

2.º *El enfermo no sangra ya.*—Nada de hemostasia, por lo tanto, pero el enfermo permanecerá con la cabeza muy baja y los miembros inferiores elevados sin permitirle levantar bajo ningún pretexto, ni aun sentarse. Compresas muy calientes sobre los ojos renovadas con frecuencia y masaje repetido. Ningún colirio miótico parece estar indicado, pero las aplicaciones de polvo de clorhidrato de etilmorfina (dionina) y las inyecciones perioculares profundas de solución de dionina ($\frac{1}{50}$), ejercerán una revulsión y una vasodilatación poderosas que las hace ciertamente lógicas. Una operación importante y mutilante (iridectomía) no es admisible, pero las paracentesis de la córnea, ó mejor, una esclerotomía repetida *in situ*, disminuirán sin peligro la tensión intraocular y podrán ejercer una acción descompresiva y dilatadora sobre los vasos retinianos isquémicos. Se someterá al enfermo á un régimen antianémico y se elevará la tensión arterial y la energía del corazón por la cafeína y todos los estimulantes apropiados. Después se intentará restablecer la cantidad y la calidad de la sangre, bien por una transfusión de sangre citratada, cuando ella sea posible en buenas condiciones, bien, más sencillamente, por las grandes inyecciones de suero artificial que pueden ir seguidas de una rápida mejoría.

La autohematoterapia y la autosueroterapia prudentes deben ser ensayadas también aquí, del mismo modo que la punción lumbar y los abscesos de fijación.

3.º En el tratamiento tardío de la atrofia óptica retiniana confirmada, las inyecciones subconjuntivales y perioculares revulsivas y variadas, el fósforo y la estriquina, así como la fibrolisina, constituyen la terapéutica más recomendable. (Resumen de una comunicación á la Société d'Ophtalmologie de París. Sesión del 20 de Noviembre de 1921).—T. R. I.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorros.

Boletín de la semana.

Academias y Sociedades. — Cátedra otorgada.

El movimiento científico de las Sociedades médicas se encuentra en su período de mayor auge, funcionando simultáneamente desde las Academias oficiales hasta las que por su fin más especializado se pueden considerar como más modestas.

En la Real Academia Nacional de Medicina dió el sábado 18 el rector de la Universidad Central, Sr. Rodríguez Carracido, una brillante conferencia que tuvo por objeto el estudio de las *alteraciones de la función renal en la glucosuria*. Conocidas las condiciones de orador y particularmente de conferenciante que concurren en nuestro amigo, y que principalmente están caracterizadas por la fluída corrección de su palabra, su cultura fundamental y científica y su originalidad de imaginación, se comprenderá que el público numeroso de académicos, de médicos y de alumnos, escuchara extasiado y aplaudiera con entusiasmo la labor incomparable del eximio catedrático de Química biológica.

Podrán las teorías por él expuestas ser discutidas y aun admitidas con reserva en algunos de sus puntos; pero lo que es indiscutible es que la magia de la exposición, el convencimiento del autor y la fuerza dialéctica organizadora de sus teorías, producen un efecto de propaganda científica y de deseo de comprobación, que es el fin principal que los conferenciantes deben proponerse en la exposición de sus trabajos.

Está visto que el género *Conferencias* está llamado á sustituir del modo más ventajoso á los monótonos y arcaicos *Debates* que constituían el deleite de los concurrentes á las sesiones y á las sociedades científicas hace algunos años. Aquel sistema de no dejar pasar ni la sencilla exposición de un caso clínico sin creerse obligados los oyentes á pedir la palabra para objetar, cuando no para confundir al expositor, va siendo reemplazada por la serena exposición de un trabajo minuciosamente documentado, concienzudamente ordenado y serenamente expuesto, y esto sucede ya no solamente en las Academias médicas, sino en el Ateneo, en la Academia de Jurisprudencia que tan gloriosa tradición tiene en sus antiguas discusiones, y el sistema viene siendo principalmente cultivado, para ejemplo de todos, por la Real Academia Nacional de Medicina que lo inauguró hace seis ú ocho años y

lo desarrolla con la colaboración de los miembros de su seno, de los investigadores de las Universidades y hospitales de España y aun de los profesores de las Facultades extranjeras. Entre todas las conferencias hasta ahora dadas nos complacemos en señalar la del Sr. Rodríguez Carracido como una de las que dejarán más grata memoria.

En la Sociedad Española de Higiene viene desarrollándose con brillantez y con creciente interés para los numerosos concurrentes, el tema de la pureza de las aguas de Madrid. En las últimas sesiones nos complacemos en señalar el hecho de que haya espontáneamente concurrido á defender el espíritu de su gestión, el ingeniero jefe del Canal del Lozoya, Sr. Nicolau, quien en un brillante discurso lleno de mesura, de convencimiento y reflejando la mejor voluntad, expuso su criterio con extraordinario lucimiento y defendió la gestión de la administración oficial de las aguas, siendo escuchado no ya solamente con agrado, sino con verdadero deleite, á lo que contribuyeron singularmente las condiciones oratorias relevantes del Sr. Nicolau.

Es muy de aplaudir el acto del ilustre ingeniero y, cualesquiera que hayan sido y sean las diferencias que en el juicio de estas cuestiones nos separen de él y de sus compañeros, el hecho de cortés espontaneidad de acudir á una Sociedad médica para exponer sus puntos de vista y contrastarlos con los ajenos, merece todo linaje de aplausos incondicionales.

Este acto viene á ser como de resurgimiento del espíritu que informó la creación de la hoy ya gloriosa Sociedad de Higiene. Cuando sus fundadores, y muy particularmente el que debiera ser inolvidable Méndez Alvaro, la organizaron en 1882, lo hicieron apelando á la colaboración y concurrencia de todas las clases sociales, de todos los organismos técnicos de las más diversas procedencias, y así se nutrieron en un principio las listas de sus socios de nombres ilustres de arquitectos, de ingenieros, químicos, físicos, abogados, en una palabra, de todos los que pueden aportar algún dato á la resolución del complejo problema sanitario. ¿Porqué, á pesar de los esfuerzos de su ilustre presidente y de la Junta directiva, había venido la Sociedad de Higiene perdiendo este carácter de generalidad para reducirse al más modesto de Sociedad médica? ¿No era natural que después de la propaganda que en la prensa, en el Parlamento y en las sociedades científicas se ha venido haciendo año tras año por un grupo de devo-

tos y convencidos, se hubiera logrado la persuasión á que la Sanidad no es cosa solo de los médicos, sino es cosa de todo el mundo? Pues la explicación la encontramos únicamente en el hecho de que la perseverancia, el desinterés y la serena expectación no son plantas de nuestra flora.

Por fin, después de cubrirse la vacante de la Cátedra de Historia de la Medicina, obtenida por oposición por el Sr. García del Real hace algunos meses, parece que continúa la lenta provisión de las vacantes que existen en la Facultad de Medicina de Madrid.

Los ejercicios para la adjudicación de la Cátedra de Fisiología, vacante por la defunción de D. José Gómez Ocaña, terminaron el miércoles 22; en ellos tomaron parte el Sr. Negrín, el Sr. Torremocha, catedrático de la misma asignatura en la Facultad de Valladolid, y el Sr. González del Campo, también catedrático de la misma disciplina, en la de Granada. Los ejercicios han sido reñidos, pero desde un principio la opinión de los concurrentes se inclinaba visiblemente en favor del Sr. Negrín, y el Tribunal ha estimado, por unanimidad la superioridad de los trabajos de este señor, otorgándole la Cátedra en pública votación.

Nuestra cordial y sincera enhorabuena al favorecido, por la gallarda acción de obtener el triunfo cuando sus antecedentes oficiales eran más modestos que los de sus contrincantes, y también al Tribunal porque ha demostrado que no se dejaba influir por ningún espíritu de cuerpo ni del mal llamado compañerismo.

DECIO CARLAN.

POR LA CIENCIA MÉDICA ESPAÑOLA

Invitados por el Dr. Angel Pulido, senador y vicepresidente del Real Consejo de Sanidad, para iniciar el reparto en España de dos libros referentes á los grandiosos progresos y experimentos de la Medicina española, obras destinadas á ser universalmente repartidas, y que circulan ya desde hace meses por las naciones de Europa y de América, mereciendo grandes elogios, se reunieron anoche en uno de los comedores del hotel Ritz los ministros de la Gobernación y de Gracia y Justicia, señores conde de Coello y Francos Rodríguez; el expresidente del Consejo señor conde de Romanones, los señores conde de Gimeno, Martín Salazar, Cortezo (D. Víctor), Recaséns, Fernández Caro, Marañón, Aguilar, Calleja, Grinda, Verdes Montenegro, García Durán, Hernández Briz, Morayta, Arias Carvajal, Huertas, Yagüe, Codina, Pulido Martín, Bullón Fernández, en representación del Sr. Sánchez Guerra; De Poveda, Blanco, Palacios Olmedo, y los representantes de la Prensa madrileña; excusando su asistencia, pero significando

su adhesión al acto, el marqués de Alhucemas, D. Niceto Alcalá Zamora y D. Melquiades Alvarez.

A la hora de los brindis, el doctor Pulido, con palabra reposada y acentos de grandísima convicción, expresó el significado y alcance de la reunión, consagrando la mayor parte, la casi totalidad de su discurso, á la exaltación de los triunfos de la Medicina española, especialmente á la reivindicación del doctor Ferrán, quien con sus descubrimientos bacteriológicos y con sus eficaces vacunas anticolérica, antitífica y antitifoidea, ha salvado millones de vidas, colocando á envidiable altura el renombre de la ciencia médica española.

El Dr. Angel Pulido dijo muchas y muy bellas cosas, todas ellas justas, de los merecimientos del doctor Ferrán, á cuyos talentos se hace ya en el extranjero la debida justicia, dando á su documentado discurso gran amenidad é interés; y agradeció á presentes y adheridos el valioso concurso que prestaban á la labor de divulgación de los progresos de la Medicina nacional.

El Dr. Pulido fué entusiásticamente aplaudido por el distinguido auditorio, y además calurosamente felicitado por la patriótica misión emprendida.

Donativos recibidos hasta el día 2 de Febrero, para el homenaje al Dr. D. Antonio Espina y Capo

	Pesetas.
S. M. la Reina D. ^a Victoria Eugenia.....	250
D. Eloy Sánchez de la Rosa.....	25
D. Clemente Sánchez Torres.....	15
D. Joaquín Sánchez Torres.....	10
D. Andrés Sánchez de la Rosa.....	50
D. Florestán Aguilar.....	50
D. Tomás Maestre Pérez.....	25
D. Benito Andrés y Merino.....	5
D. Juan Cisneros.....	75
D. Angel Pulido.....	25
D. Jaime Ferrán.....	25
D. Antonio García Tapia.....	100
D. Julián Notario.....	25
D. Gregorio Marañón.....	100
D. José Mauriz Riesgo.....	15
D. Carlos de San Antonio López.....	10
D. Alfredo Blanco García.....	5
D. Leonardo de la Peña.....	25
D. Mamerto Castañeda Alvarez.....	25
D. Ramón Lobo Regidor.....	25
D. Lázaro Martín Pinedo.....	25
D. José Goicoechea.....	25
D. Rodolfo del Castillo.....	25
D. Rafael del Valle Aldaba.....	10
D. Esteban Tovillas.....	100
D. Julián y Santiago Ratera.....	50
D. J. Soubrié Coxheal.....	50
D. Pablo Luengo (Nava'moral de la Maza).....	5
D. Francisco Iñiguez.....	50
D. Francisco Suárez Bravo.....	25
D. Juan Aguirre y Barrio.....	25
D. Martín Mendio.....	25
D. Simón Hergueta.....	50
D. Santiago Carro.....	25
D. José Rubio Rodríguez.....	100
D. Román Vicente Bernis (Zaragoza).....	50
Dr. Fernández Alcalde.....	10
D. Ramón Luis Yagüe.....	25
D. Ramón Garín.....	10
D. Ricardo López Figuerado.....	25
D. Gaspar Sáinz de Rozas.....	100
D. José Corona Pareja.....	5
D. Joaquín Menchero O'arte.....	25
D. José Viudes.....	25

	Pesetas.
D. Julián Aragón Aragón.....	25
D. Isidoro de la Cierva.....	100
D. ^a Manuela de Olmedo, viuda de Palacios.....	25
D. Manuel de Palacios O'melo.....	25
D. Eduardo Menéndez Teja.....	25
D. Enrique Asprón.....	25
Sr. Marqués de Legar la.....	50
D. José Pérez M. Caro.....	5
D. Luis Sallé.....	50
D. Enrique Stocker La Rosa.....	25
D. Hermenegildo Pérez (Anso).....	150
Excmo. Sra. Marquesa de Valdeolmos.....	50
Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.....	200
D. Martín González Alvarez.....	5
D. Julián Morlanas.....	10
D. Angel Fernández Caro y Nouvillas.....	25
D. Baldomero González Alvarez.....	10
Dr. D. Otto Wendel.....	25
Excmo. Sr. Marqués de la Mina.....	50
D. Baudilio López Durán.....	25
D. Francisco Gayoso Verdejo.....	100
D. Julio Blanco.....	5
D. Enrique Isla.....	25
D. Sinforiano García Mansilla.....	50
D. Antonio Carralero.....	25
D. Germán Asua.....	25
D. Carlos Negrete.....	25
D. Andrés Riestra.....	2
D. Pablo de Garnica.....	25
D. Emilio Loza.....	5
D. José Grinda.....	10
D. Enrique Goicoechea.....	25
D. Juan Esteban Mufiz.....	15
D. Fernando Díaz de Mendoza.....	100
D. Manuel Cuevas González.....	15
D. Florencio Porpeta Llorente.....	25
D. Manuel Vázquez Lefort.....	5
D. Miguel Ximénez de Embrun.....	50
D. Pedro Cifuentes.....	10
D. Andrés Martínez Vargas.....	100
Sres. Condes de Val del Aguila.....	200
D. Ramón Antolín Berceño.....	10
D. E. Bailly-Bailliére.....	50
D. ^a María Angulo, viuda de Ortiz.....	25
TOTAL.....	2.682

El tesorero, José de Palacios y Olmedo.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 7 DE MAYO DE 1921

Cuatro casos de púrpura hemorrágica.

El Dr. PITTALUGA los expuso en sesiones anteriores, y en ésta los Dres. Huertas, Stocker, García del Real y Simónena intervienen en la discusión abierta.

El Dr. HUERTAS, después de apoyar el criterio del señor Pittaluga sobre el diagnóstico diferencial entre la púrpura hemorrágica y la hemofilia, que tanta importancia tiene para el pronóstico y la terapéutica, dice que la modalidad etiológica, en sus varios aspectos sindrómicos, hoy por hoy, como ha podido verse en la severa crítica que del asunto ha hecho el Dr. Pittaluga, no puede afirmarse que haya una especie morbosa, con atributos esenciales y específicos, que pueda encasillarse nosológicamente como enfermedad producida por un bacilo especial, *mona hemorrágica*, como quiere Klebs, ó el *bacilo púrpura*, de Tizzoni. Es, pues, un síndrome que en la actualidad, y mediante los conocimientos hematológicos, se le puede asignar distintas causas, ya emanen del grupo de las infecciones, de las intoxicaciones, ó ya de las per-

turbaciones del sistema endocrino. Entre estas causas, las infecciones son las responsables en la mayoría de los casos, y de éstas, la estreptocócica, pues en ninguna, bien puede ser considerada la peliosis reumática, variedad clásica así descrita, como una púrpura infecciosa, ya que el reumatismo poliarticular que le acompaña está clasificado como verdadera estreptococia.

Y viniendo al caso que citó el Sr. Pittaluga, dice que se refiere al de una señora, de cuarenta y dos años, multipara, excelente constitución orgánica, de buenos antecedentes hereditarios y personales. Esta sufrió, en 1913, una infección puerperal de carácter grave, con flegmasia *alba dolens*, que dejó como huella molesta una dureza en forma de cordón en el trayecto de las crurales y femorales, edema persistente y acorchamiento de las piernas durante bastante tiempo. A los dos años ya no había edemas y las parestesias habían desaparecido, quedando únicamente cierta dureza en el trayecto de las venas. Tres años después, y en el curso de una angina, sintió un prolongado escalofrío y fiebre de 40°, palidez del semblante, abundante epistaxis, que persistía a pesar del taponamiento practicado, y manchas muy profusas en el tórax y vientre, de distintas dimensiones y de color violáceo; en los días sucesivos, hasta el séptimo de enfermedad, las hemorragias se presentaron en todas las mucosas, siendo las más copiosas las metrorragias y las renales. Poco después remitió la fiebre, las hemorragias disminuyeron, y al décimocuarto día empezó la convalecencia. Practicado el análisis de la sangre por el Sr. Pittaluga, se apreció en ella el estreptococo.

El tratamiento empleado fué: suero equino en grandes cantidades, cloruro de calcio, gelatina y emetina, aceite alcanforado, etc.

El Dr. Huertas termina diciendo que la patogenia de este caso encaja perfectamente en el grupo de las púrpuras por infección estreptocócica y no es la primera vez que ha visto la púrpura en mujeres que han padecido flegmasia *alba dolens*, demostrándose, por tanto, que es un hecho el estado de *alergia* en infecciones latentes y no extinguidas, mediante el cual es posible la reactividad por un nuevo ataque del mismo antígeno, con más ó menos violencia.

El Dr. STOCKER, al ser aludido en el caso del paciente Dr. F. Escuder, su amigo íntimo, en el que intervino de modo directo, dice que lo más interesante para él es la coincidencia de haberse presentado los fenómenos de púrpura hemorrágica á las veinticuatro horas de la primera inyección de los partígenos, y cree que si no se le hubieran puesto, no hubiera estallado la púrpura en este joven médico, por lo que no es partidario de semejante procedimiento, y por esto insiste en que debe estar uno sobre aviso por si se presentan otros casos.

Al referirse el Dr. Stocker á la púrpura hemorrágica habla de la *alergia* que estalló en este caso particular del desgraciado Escuder, que en plena salud, por lo menos, sin ningún síntoma hemorrágico, éste fué uno de los síntomas más bruscos, que no pudo detener ningún hemostático local, ni con las cauterizaciones de nitrato de plata, y donde se ponía una inyección allí aparecía un hematoma, y luego lesiones de púrpura hemorrágica en los labios y en el vientre, seguida de hemorragias intestinales copiosas. El bueno de Escuder, seis horas antes de morir, y viendo que nada había dado resultado favorable, exclamó: «Quiero recurrir á la medicina naturista, y de estar muriendo de sed, pase lo que pase, voy á beber agua.» Subió el pulso, se encontraba en un estado de euforia, y á la media hora se le presentó una hemorragia profusa, y protestando de la medicación naturista, á voz en grito pidió que le pusieran tónicos cardíacos.

El enfermo siguió empeorando; presentósele hemorragia intestinal con el síndrome de perforación por úlcera; hematuria, con gran cantidad de albúmina y pigmentos biliosos, que hicieron establecer un mal pronóstico.

Reclamaba el paciente la transfusión de sangre, cuyos estudios conocía á la perfección, para la que había inventado un aparato, y el Dr. Slocker, que los conocía por haber cooperado con el reclamante, para salvar su responsabilidad, consultó con el Dr. Pittaluga, y sólo se atrevieron, por razones científicas, á aplicarle inyecciones de plasma, que realizada, por el momento sintió bienestar y euforia hasta el punto de dormirse; pero todo fué inútil: murió.

El Dr. GARCÍA DEL REAL, al intervenir, dice que no ha visto nada que le satisfaga tanto como la comunicación del Dr. Pittaluga, porque viene á borrar algunas confusiones que existen con la hemolisis y á establecer de una manera muy clara y característica esa diferencia con la púrpura hemorrágica, que en la infancia va coronada por el éxito y en la edad adulta por funesto desenlace.

Se ocupa de los partígenos en la tuberculosis; y los casos de curación los atribuye al tratamiento higiénico, á la helioterapia. En los de marcha rápida, no hay nada que los detenga; y vaticina que dentro de poco fracasarán los partígenos, como han fracasado las tuberculinas; que desde el momento en que se toman grandes precauciones en las inyecciones intradermocutáneas, es señal que no son tan inocuas, como sostienen algunos; hay que tener presente el *primum non noscere* de los antiguos: lo primero, no hacer daño.

El Dr. SIMONENA cita un caso en el que la transfusión sanguínea produjo la púrpura hemorrágica. Siendo interno de la Clínica de operaciones de la Facultad de Medicina de Barcelona, el profesor Dr. Moraes hizo una amputación de muslo á causa de un sarcoma; tan depauperado estaba el paciente, que le inyectó sangre desfibrinada; á las veinticuatro horas de la transfusión apareció la viruela, que se hizo hemorrágica, de tal manera, que á los tres días murió á consecuencia de ella, advirtiéndose que la púrpura se presentó en la piel y en las mucosas, lo cual comprueba la ineficacia y la nocividad de la transfusión.

El Dr. PITTALUGA, al rectificar, dice que el Dr. Huertas ha querido comentar con datos nuevos el grupo de púrpuras que se desarrollan sobre un fondo alérgico á consecuencia de la nueva invasión endógena ó exógena del mismo antígeno que primitivamente ha sensibilizado el organismo enfermo.

Este caso lo añade el Dr. Pittaluga á los que recordó también de púrpuras anafiláticas estreptocócicas que acompañan á las de origen tuberculoso, y que con antígeno distinto, sin embargo, comprueban el mismo mecanismo de acción.

Al contestar al Sr. Slocker respecto al caso del malogrado compañero Dr. Escuder, el recuerdo es para todos un motivo de emoción, porque realmente fué muy doloroso seguir la marcha de una enfermedad que tenía al propio tiempo en el enfermo un espectador técnico que científicamente seguía la evolución de su propia dolencia y que la comentaba ejerciendo sobre el ánimo de todos nosotros, dice el señor Pittaluga, «una influencia, á veces inhibidora de nuestras iniciativas, á veces un estímulo, que, sin embargo, nosotros teníamos el deber de someter á la crítica libre de nuestro espíritu, apartándonos de él para que no nos desfalleciera con la presencia de un dolor», y añade: el señor Slocker, en aquella ocasión, no fué solamente un médico carifoso; fué algo más. Una de las veces que se necesitó extraer sangre para la inyección de plasma, ofreció la suya,

como en otra ocasión se prestó un hijo del Dr. Hernández Briz.

Respecto á los partígenos de Mück, dice que el profesor Weil, en un escrito de la *Presse Médicale*, cita el mismo caso de lesiones hemorrágicas viscerales producidas á consecuencia, ó por lo menos que se habían manifestado á consecuencia de las primeras inyecciones de los partígenos en un organismo portador de lesiones tuberculosas, sobre todo del tipo fibrocáscoso, es decir, de aquel grupo de lesiones tuberculosas que sensibilizan lentamente, paulatinamente el organismo con los productos tóxicos del metabolismo bacilar que se vierten con una lentitud en los plasmas, á diferencia de las grandes lesiones destructivas. En las primeras, el organismo está ya sujeto á un esfuerzo; existe ya un proceso toxémico en el cual participa grandemente una acción hemolítica, probablemente á consecuencia de un trastorno hepático, y, por tanto, es muy probable que si se introduce en ese organismo una masa globular, además, procedente de otro organismo distinto, y siempre no aprovechado con aquella absoluta adaptación biológica con que lo son los propios glóbulos del enfermo, en este caso se le somete á un esfuerzo de eritrolisis y de desintegración hemoglobínica y de restos globulares que acentuará todavía más, la insuficiencia de las funciones globales de aquel organismo. Por eso se desechó en el caso del Dr. Escuder la transfusión de sangre.

Contestando al Sr. García del Real respecto al empleo en general de preparaciones específicas, capaces de despertar en organismos sensibilizados síndromes de esta naturaleza, recuerda la necesidad de manejar estos productos con extremo cuidado, por tratarse de un procedimiento en el cual la exactitud teórica es precisamente la prueba de la dificultad práctica de su aplicación.

Y ampliando su criterio dice que la teoría, en efecto, es la de dar al organismo el antígeno tuberculoso complejo solamente en parte y en proporciones alícuotas que en el organismo atacado de aquella determinada raza bacilar haya determinado principalmente las lesiones toxémicas. En un organismo tuberculoso, teóricamente, la toxemia puede haber sido determinada, más por nucleoproteidos bacilares, por ejemplo, que por lipoides bacilares, y aun dentro de un nucleoproteido, por un grupo más que por otro; teóricamente habría que llegar á esto, á separar, dentro de la unidad biológica *antígeno tuberculoso*, los grupos *a, b, c, d, e*, de que está compuesto, y luego por medio de precisos exámenes diagnósticos, á los cuales hacía referencia el Sr. García del Real, es decir, reacciones, por ejemplo, del tipo de la intradermorreacción; pero no globales, sino reacciones parciales al partígeno *a*, al partígeno *b*, etc., cualitativas y cuantitativas, y después de haber determinado en qué estado de alergia se encuentra aquel organismo receptor á la parte *a, b* ó *c* de antígeno global tuberculoso, inyectar de los partígenos mismos la parte correspondiente, para que se vaya produciendo una reacción de tipo inmunitario, antitóxico y bactericida, sobre todo de manera que pueda lograr una reacción global del organismo contra el antígeno tuberculoso.

El Dr. Pittaluga termina su luminosa rectificación sentando que el problema, teóricamente, es posible que esté planteado en el extremo límite á que el espíritu humano puede llegar en el análisis de un hecho biológico; pero es o mismo lleva á una condición inmediata de ineficacia práctica absoluta, por lo menos en el momento actual de nuestros alcances terapéuticos.

Dr. CESALDO

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

SESIÓN DEL 26 DE OCTUBRE DE 1921, BAJO LA PRESIDENCIA
DEL DR. ISAAC MORENO

Cesárea abdominal. Selección del procedimiento operatorio.

El Dr. Torre Blanco lee un trabajo original publicado en los *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades* (t. III, núm. 6, 15 de Junio de 1921, núm. 18).

Divide las cesáreas abdominales en tres grupos: 1.º, cesárea clásica; 2.º, cesáreas suprasinfisarias transperitoneales, y 3.º, cesáreas suprasinfisarias extraperitoneales. Dentro de los dos grupos últimos encontramos una variedad considerable de procedimientos que no difieren en lo fundamental, sino en pequeños detalles. Así pues, tomamos como tipo de las transperitoneales la cesárea de Krönig, y la de Döderlein como tipo de las extraperitoneales.

Creemos que para poder comparar unas técnicas con otras, debemos tener en cuenta:

El momento quirúrgico.—La cesárea clásica es la de técnica más rápida, más sencilla y la de menos peligros para el feto; por el contrario, la cesárea extraperitoneal es de una técnica difícil. Por último, como término medio podemos considerar la cesárea de Krönig. Como inciso, podemos decir que nos ha parecido siempre mucho más sencilla la extracción del feto introduciendo la mano por la abertura uterina y basculando la cabeza hacia fuera, que no haciendo una aplicación de fórceps, como aconseja Krönig. Aparte de las dificultades de técnica, debemos prestar nuestra atención á dos circunstancias que se presentan en el acto operatorio. La hemorragia en las cesáreas clásicas es mayor que en las suprasinfisarias. En cuanto al aislamiento de la cavidad peritoneal, son muchos los que afirman que en la cesárea clásica por la extracción del útero se aísla mejor la cavidad abdominal que en la cesárea transperitoneal. Nosotros queremos insistir en que una vez extraído el feto, como el útero disminuye de tamaño tiende á introducirse en la cavidad, es decir, que en la segunda parte de la cesárea clásica es donde necesitamos más cuidado de la asepsia y es cuando peor aislada queda la cavidad abdominal. Por el contrario, si al hacer una cesárea transperitoneal en vez de practicar la técnica antigua, procedemos á la introducción de compresas de gasa ó hilo aislando el campo operatorio del resto de la cavidad, habremos obtenido en nuestra opinión, una separación casi completa de la cavidad y de la herida uterina.

Resultados inmediatos.—En primer término, en los casos en los que se derrama el líquido amniótico en la cavidad general del peritoneo, y aunque esté en condiciones de asepsia, observamos un estado de shock producido por absorción del líquido, que intranquiliza á cuantos rodean á la enferma; pues bien, esta reacción no la hemos observado después de las cesáreas transperitoneales y la observamos casi siempre en las clásicas.

En los casos infectados, si no una peritonitis, sí aparece seguramente un proceso paramétrico después de una cesárea extraperitoneal. Claro es que este proceso es de menos gravedad que una peritonitis, pero lo ideal sería que no se complicara el curso post-operatorio ni con una ni con otra, y esto probablemente se puede conseguir en los casos ligeramente infectados practicando una cesárea transperitoneal.

Resultados tardíos.—La mayor parte de los accidentes desagradables que se acusan después de las operaciones cesáreas se refieren á enfermas operadas por la técnica clásica y no por las técnicas suprasinfisarias. Entre las compli-

caciones que se presentan, citaremos las adherencias y la rotura de la cicatriz. La cesárea clásica produce mucho más fácilmente la unión de las distintas vísceras y epiploon á la cicatriz uterina, que la transperitoneal. De la extraperitoneal no tenemos que hablar porque es la que evita más radicalmente las adherencias intestinales.

Holland afirma que todas las roturas de cicatrices en embarazos ó en partos posteriores se observan en enfermas operadas por la técnica clásica, y que sólo se ha publicado una observación después de una cesárea suprasinfisaria. Aparte del caso de Holland, hemos recogido otro de Frened.

El Dr. Torre y Blanco se extiende luego en consideraciones respecto á las ventajas é inconvenientes de las incisiones bajas, y termina diciendo que descartando los casos infectados que cuando son agudísimos serán terminados por la cesárea mutiladora y cuando son de mediana intensidad la mejor es la extraperitoneal, aunque en la actualidad la escuela alemana, salvo Küstner, tiende á practicar la transperitoneal. El método transperitoneal á lo Krönig es el que nos parece que siendo de técnica más sencilla es el de mejores resultados, tanto inmediatos como tardíos.

El Dr. Luque hace constar que antes de conocer el procedimiento técnico de la cesárea extraperitoneal, practicó la cesárea transperitoneal en un caso infectado, muriendo la madre aunque tuvo la satisfacción de salvar la vida del feto. Muéstrase decidido partidario de la cesárea extraperitoneal en los casos infectados. En caso de hemorragia emplea la inyección de pituitrina en pleno músculo uterino con excelentes resultados. Emplea siempre, y recomienda que se emplee, por la facilidad de la técnica que puede hacerse hasta en la más pequeña aldea por no necesitar ayudante, la raquíanestesia.

El Dr. Bourkaib no se atreve á emplear ni aconseja la cesárea transperitoneal en los casos infectados y se inclinaría más á la cesárea clásica. En los casos muy infectados tampoco emplearía la cesárea extraperitoneal, y sólo para los casos medianamente infectados recurriría á las cesáreas baja y extraperitoneal. En realidad todas las cesáreas valen para casos no infectados y desgraciadamente no sirven en los casos de grandes infecciones, y aunque le repugna la idea, reconoce que en algunas enfermas hay que decidirse por la operación de Porro ó por la basiotripsia.

El Dr. Torre y Blanco rectifica brevemente dando las gracias á los señores que han intervenido en el debate, é indica que al presentar la comunicación á la Academia ha conseguido lo que se proponía, es decir, saber la opinión de los especialistas españoles que tan poco han publicado con relación al tema que modestamente expone.

Por ser las ocho de la noche se levanta la sesión.—El secretario de actas interino, J. Torre y Blanco.

Programa del concurso para la concesión de un premio, instituido por la misma, adjudicable en la sesión inaugural del curso académico de 1925.

Quinientas pesetas y un diploma que acredite la concesión de dicho premio para el autor de la mejor Memoria que se reciba acerca del tema siguiente:

Valor de los alimentos provistos de vitaminas, en relación con los procesos distroóficos de la infancia.

1.º Las Memorias deberán ser originales y estar escritas en castellano, á máquina.

2.º A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá exteriormente señalado con el lema que figure en la Memoria á que correspon-

da, escrito con igual letra que la con que se haya impreso dicho lema en la respectiva Memoria, para evitar la confusión que pudiera originar la posible coincidencia de que dos ó más Memorias ostenten el mismo lema.

Será excluido del concurso todo trabajo que se halle firmado por su autor ó que contenga alguna indicación que pueda revelar su nombre.

3.º Quedan excluidos de este certamen los socios numerarios de esta Corporación.

4.º Las Memorias se dirigirán bajo sobre al presidente de la Sociedad, y serán recibidas por la Secretaría general (Gran Vía, 8, Colegio de Médicos), donde se expedirá á quien lo solicite el correspondiente recibo de la entrega.

5.º El concurso quedará cerrado el día 31 de Octubre de 1922, después de cuyo plazo no será admitida cualquier Memoria que se presente.

6.º La Sociedad publicará oportunamente los lemas de las Memorias recibidas, así como el de aquella que la Corporación juzgue acreedora al premio.

7.º Este será públicamente adjudicado en la sesión inaugural del año 1923 al autor de la Memoria premiada ó á quien para ello se presente debidamente autorizado, abriéndose en el mismo acto el sobre que debe contener su nombre, á la vez que se inutilizarán los que correspondan á las Memorias no premiadas.

8.º Toda Memoria recibida para el concurso quedará propiedad de la Sociedad.

9.º El autor de la Memoria premiada no podrá reimprimirla sin permiso de esta Academia.

Premio instituido por el Excmo. Sr. Dr. D. Francisco de Cortejarena.—*Doscientas cincuenta pesetas* para el autor del mejor trabajo, á juicio de la Junta directiva de la Sociedad Ginecológica Española, referente al asunto de más actualidad de Obstetricia ó Ginecología, cuyo concurso y adjudicación se llevará á efecto bajo las mismas bases y preceptos que rigen para el premio instituido por la misma.

Madrid, 8 de Febrero de 1922.—El secretario general, *Dr. Fernando Villanueva.*

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN DEL DÍA 24 DE ENERO

Fué presidida por el Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro. El Sr. Basculana presenta una moción que se convertirá en tema de discusión, acerca de si procede ó no continuar practicando las vacunaciones antitíficas.

El Sr. Franco, lamentándose de la ausencia del Sr. Conde de Torre Vélez, habla de los depósitos de gasolina, felicitándose por preocuparse de asuntos del bien público; y entrando en tema presentado por el Dr. Espina y refiriéndose al tabaco, cita datos históricos respecto de la planta y al empleo de las hojas y los tallos, así como los vicios de tomar rapé y fumar. ¿Cómo va á prescindir el Estado, dice, de un ingreso de más de ciento cincuenta millones de pesetas por este concepto? Espera que las naciones encontrarán en el porvenir ingresos más honrados que la explotación de los vicios, como ya sucede en la actualidad en los Estados Unidos que prohíben el uso de las bebidas alcohólicas y en China la prohibición de los fumadores de opio. Las ideas buenas como las del Dr. Espina, son siembra que dan un buen fruto.

Habla de la nicotina y del ácido cianhídrico que contiene el tabaco como producto sumamente tóxico y de la mayor ó menor cantidad de estos venenos según su procedencia. Los tallos contienen más veneno que las hojas, por lo que el ta-

baco barato es mucho más nocivo. Habla después de los efectos empezando por la intoxicación aguda, esa que ha experimentado casi todo fumador en los comienzos de instaurarse el vicio, y que si no sirve de escarmiento es por el estímulo de los demás á seguir fumando, por la ironía de los compañeros. Los niños empiezan á fumar porque así se creen que son hombres, y él señala los perjuicios que el tabaco produce en el aparato digestivo, en el respiratorio, en el sistema nervioso. Considera estas campañas útiles y que sirven de aviso á los que empiezan á padecer enfermedades producidas por el tabaco. Deben hacerse estas propagandas sobre todo en los colegios, y las Cortes deberían legislar en el sentido de prohibir que fumen los niños y que la Compañía arrendataria no utilice la nervadura por su alta toxicidad.

El Dr. Decref interviene también en el tema del Dr. Espina y trata del alcohol, señalando el hecho de que muchos padres dan vino á sus hijos por creer que es un tónico, y de este error tienen la culpa los médicos que durante un siglo hemos venido diciendo que el alcohol es un tónico y ahora va á necesitarse otro siglo para rectificar este error. Dice que España es la nación en la que apenas existe el alcoholismo comparada con las demás de Europa. Para evitar los vicios se debe hacer una organización moral por la educación. Los españoles temen por vergüenza ser borrachos y hasta se considera una vergüenza tener en la familia un alcohólico, porque el borracho es un hombre incapaz para todo.

El tabaco es un verdadero vicio muy extendido que adquiere hondas raíces y es muy difícil abandonarlo una vez adquirido. Respecto á los venenos, ya en el curso pasado hizo en esta Sociedad y en la Prensa, la denuncia dando la voz de alarma sobre los fumadores de opio, la morfina, la cocaína y el éter. No tiene esto importancia solo por el daño que produce, sino por la explotación que de estos vicios se hace. Con motivo de esta campaña se publicó por un organismo oficial la numerosa legislación que existe para evitarlo, sirviendo esto sólo para aprender á eludir la ley y no para cumplirla. Sobre no conseguir nada, recibí amenazas personales.

Por lo que se refiere á la lucha que se podría entablar contra las enfermedades venéreas, opina que sería de un gran resultado, pero no ayudan los Gobiernos. El jugador se tiene un concepto social muy distinto al del borracho. El jugador es un caballero porque da buena propina. Al menor de edad, se le debe impedir que se juegue el dinero, pero al mayor de edad, no que juegue cuando quiera, pero que pague. El pretender suprimir el juego es una utopía porque se juega en todas partes, cuando no hay otro medio á cara ó cruz, y hasta en los presidios se juega con los parásitos. El dinero de Monte Carlo vendría á España fomentando el turismo y reglamentando el juego.

El Dr. Espina rectifica manifestando su conformidad con el Dr. Franco y señalando la enfermedad de Galezowski que solo la padecen los fumadores. Considera tan meritoria la campaña social que viene haciendo el Dr. Decref, que se puede afirmar que ha hecho más política que muchos políticos y él le colocaría en elevado puesto público. Termina diciendo que desea que mientras se beba, sea solo vino y se persigan las sofisticaciones.

Esta Sociedad celebró sesión el último martes, bajo la presidencia del Sr. Fernández Caro.

Leída el acta de la anterior por el secretario Dr. Fernández Cuesta, continuó tratándose la moción presentada por

el Sr. Bascuñana, acerca de si procede ó no seguir practicando la vacunación antitífica, proponiendo su autor que sea aplazada, por lo menos, hasta las proximidades de la venidera etapa endémica otófila y con carácter voluntario hasta que llegue á obtenerse una sanción científica y clínica definitiva.

Continuando la discusión del tema «Responsabilidad moral de los Gobiernos haciendo fuente de ingresos los vicios sociales», la doctora Soriano invitó al Dr. Espina, autor del tema, á que dada la extensión de éste formule conclusiones para facilitar su discusión. Ocupándose del alcoholismo encareció la importancia de la lucha antialcohólica y la necesidad de que ésta sea sostenida por la mujer, afirmando que en Nueva Zelanda, y sobre todo en los Estados Unidos, la ley seca ha sido debida á la propaganda femenina.

Dijo que es necesario que el médico, el maestro y cuantos tengan la misión de educar, demuestren á todos las tristes consecuencias del alcoholismo. Dijo que muchas enfermedades de la vista, más que al uso del tabaco, son debidas al alcoholismo, citando la proporción de que de cuatro casos de degeneraciones del nervio óptico y de la retina, dos son producidas por el alcoholismo, una, por enfermedades generales, y la otra, por la sífilis y el tabaco.

Después de una breve rectificación del Sr. Bascuñana, hizo uso de la palabra el Sr. Lasbennes, que pronunció un erudito discurso que fué muy aplaudido. Empezó tributando un caluroso elogio al Dr. Espina y alabando la importancia del tema que había presentado, que puede ser dividido en dos puntos primordiales, el económico y el social.

Combatió el sistema aforístico de los higienistas dogmáticos, porque la higiene ha de ser positiva, de realidad; han de hacerla los de arriba dictando leyes, pero cuando los de abajo estén convencidos de la necesidad de tal legislación. Hizo grandes elogios del público que asiste á las sesiones mucho más numeroso que el de socios, ensalzando la labor de propaganda tan admirable para el mejoramiento de las costumbres públicas que viene realizando, desde hace muchos años, con la admiración de todos, el sabio presidente Dr. Fernández Caro. Combatió el sectarismo de muchas doctrinas científicas, demostrando cuanto perjudican á las nuevas doctrinas las exageraciones de sus defensores.

Tratando del uso y el abuso del tabaco, rectificó la creencia de que este nombre procede de la expedición al río Tabasco, ni de la isla Tabasco, puesto que el P. Bartolomé de la Casas, cronista de Hernán Cortés, explica cómo el día 4 de Noviembre de 1492, con anterioridad á las expediciones citadas, habiendo recalado el Almirante en la parte más oriental de la isla Juana (Cuba), encomendó á sus acompañantes, Rodrigo de Jerez y Luis Torres, que se internasen en la isla, habiendo observado éstos que los naturales del país usaban unos paquetes de hierbas, á modo de mosquete, que encendían por una punta y chupaban por la otra, á los que llamaban tabacos. Afirmó que el tabaco, á los dos siglos de descubierto, era la renta principal de todos los Estados, recordando la frase de la reina Isabel al gobernador de Virginia, que elogiándole, manifestaba que era el único de su corte que convertía el humo en oro, mientras todos los demás hacían del oro humo. Refiriéndose á la influencia del humo del tabaco en las enfermedades cardíacas, dijo que, estudiando las estadísticas de mortalidad de Madrid y aceptando la proporción de 1 á 1.000 de las fumadoras con los fumadores, es mucho mayor el número de mujeres que mueren cardíacas que el de hombres. Se declaró partidario de que sea aumentado el impuesto sobre el tabaco con tal que su contribución sirva para altos fines sociales, como por ejemplo, combatir el paludismo.

Tratando del alcohol afirmó que en España no ha habido alcoholismo hasta que el intercambio de obreros durante la guerra europea vino á confirmar la propaganda iniciada en Alicante y Murcia por los obreros que desembarcaban allí procedentes de Argelia. Dijo que sería contraproducente dictar leyes de abstención contra el vino por la dificultad de cambiar los cultivos, asunto digno de la mayor meditación, porque es muy difícil armonizar la realidad con la teoría.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL DECRETO

A propuesta del Ministro de la Gobernación, de conformidad con mi Consejo de ministros y en virtud de lo informado por el visitador general de la Beneficencia,

Vengo en modificar el artículo 1.º del Reglamento para el servicio de practicantes en los hospitales de la Beneficencia general, de 25 de Octubre de 1904, en la siguiente forma:

«Artículo 1.º El servicio de practicantes de Medicina en los Establecimientos de Beneficencia general, radicantes en Madrid, será desempeñado en lo sucesivo por alumnos de la Facultad de Medicina que hayan aprobado los dos primeros años de la Facultad. Quedarán en sus puestos los que actualmente desempeñan dichos cargos con sólo el título de ministrantes y que hayan obtenido su plaza por oposición. Para el Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, y Hospital del Rey, en Toledo, estos cargos serán desempeñados por individuos de la carrera de practicantes, los cuales no formarán en el Escalafón de alumnos internos de los Establecimientos de Beneficencia y estarán obligados á cumplir permanentemente en los aludidos Manicomio y Hospital. Los practicantes que ingresen en lo sucesivo tendrán que aprobar todos los años dos asignaturas de las que estén matriculados para poder continuar en el desempeño de su cargo.»

Dado en Palacio á 10 de Enero de 1922.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Rafael Coello y Oliván*. (*Gaceta del 12 de Enero*).

REAL ORDEN

Vista la instancia elevada á este Ministerio por D. Luis Encina Candebat, inspector provincial de Sanidad, excedente, en solicitud de que se dicte una disposición aclaratoria del art. 17, párrafo 2.º, del Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, en el sentido de que el beneficio que dicho párrafo concede no es aplicable á los inspectores que perciben en concepto de gratificación la retribución que tengan asignada:

Resultando que el solicitante alega, en apoyo de su petición, que la disposición citada, al establecer que los inspectores que al llegar á la edad de jubilación forzosa tuvieran más diez y menos de veinte años de servicios podían continuar desempeñando sus cargos hasta completar este plazo, previo expediente de capacidad que deberá instruirse todos los años, está fundada en motivos de equidad y con objeto de favorecer á aquellos funcionarios que llevan determinados años de servicios, pero no los suficientes para obtener la jubilación, lo que no puede extenderse á aquellos que cobran en concepto de gratificación, puesto que éstos no pueden adquirir por este concepto derechos paivos:

Resultando que el exponente añade en su instancia que de no aclararse del modo indicado el mencionado concepto se ocasionarían perjuicios á los inspectores que se encuentran en expectación de destino, aparte de que no puede perderse de vista que los que cobran en concepto de gratificación es debido á tener otros cargos en las provincias ó Municipios que les dan derecho á jubilación:

Considerando que es evidente que al establecerse la excepción consignada en el párrafo 2.º del art. 17 del Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales lo fué con el exclusivo propósito de que pudiesen adquirir derechos pasivos los inspectores que al llegar á la edad de la jubilación forzosa no reunieran los suficientes años de servicios, por analogía á lo preceptuado en la base 8.ª de la ley de Funcionarios de 22 de Julio de 1918:

Considerando que siendo éste el espíritu de la mencionada excepción resultaría de toda inutilidad la aplicación de la misma á los inspectores provinciales, cuyos servicios son retribuidos con el concepto de gratificación, puesto que con arreglo á la vigente legislación, únicamente el sueldo puede servir de base para adquirir derechos pasivos, siendo aquél el regulador de éstos, pero en ningún modo las gratificaciones,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por la Asesoría de este Ministerio, ha tenido á bien disponer que, respetando los derechos ya adquiridos al amparo de disposiciones firmes y consentidas, procede que para lo sucesivo se entienda que la excepción consignada en el párrafo 2.º del art. 17 del Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales es aplicable únicamente á los inspectores provinciales que perciben sus haberes en concepto de sueldo, pero no á aquellos cuyos servicios son retribuidos en concepto de gratificación.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 2 de Enero de 1922.—*Coello*.—Señor inspector general de Sanidad del Reino. (*Gaceta* de 15 de Enero.)

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Vista la instancia producida por D. Luis Camuñas Paredes, funcionario del Cuerpo de Correos, en duplica de autorización ministerial necesaria para constituir en esta Corte una «Asociación Médico-Quirúrgica de Correos, Telégrafos y Teléfonos», y,

Resultando que, según los Estatutos que se acompañan, los fines que persigue la mencionada Asociación son la asistencia médico-farmacéutica y servicio de entierro á los asociados y sus familias:

Resultando que se han cumplido los trámites prevenidos en el Reglamento de 7 de Septiembre de 1918, dictado para ejecución de la Ley de 22 de Julio del propio año, y que tanto la Dirección General de Correos y Telégrafos como ese Gobierno civil informan en el sentido de que sea concedida la autorización solicitada:

Considerando que, conforme al citado Reglamento, compete á este Ministerio conceder la autorización para crear Asociaciones en que hayan de formar parte exclusivamente funcionarios que de él dependen:

Considerando que los fines que persigue la Asociación de que se trata no se oponen al buen servicio del Estado,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se autorice la constitución en esta Corte de la «Asociación Médico-Quirúrgica de Correos, Telégrafos y Teléfonos», conforme á los Estatutos presentados.

De Real orden lo comunico á V. E. para su conocimiento, el del solicitante D. Luis Camuñas Paredes y demás efectos.

Dios guarde á V. E. muchos años.—Madrid, 10 de Febrero de 1922.—*Coello*.—Señor gobernador civil de la provincia de Madrid.

Inspección general de Sanidad.

CIRCULAR

En cumplimiento de la Real orden de 26 de Noviembre de 1920, esta Inspección general publicó en Octubre el Anuario correspondiente á dicho año, que, como primero de la serie, adolece de algunos defectos, fácilmente subsanables si el personal encargado de redactarlo toma á empeño la demostración de sus propios trabajos.

El primero de los defectos aludidos es el del retraso en la publicación, debido, en parte, á dificultades de imprenta y, en parte también, á la morosidad de algunos colaboradores que, con diversos pretextos, dilataron desmedidamente el envío de sus notas. Este retraso no puede admitirse en lo sucesivo. Para la presentación ó remisión de los trabajos á las respectivas Subinspecciones, se concede de plazo hasta fines del próximo Febrero, y los que para dicha fecha no hayan cumplido esta disposición, incurrirán en las sanciones establecidas.

Otro defecto es el de aparecer incompletas algunas secciones cuando esta clase de publicaciones, para no desmerecer de su valor y constituir el fiel reflejo de la organización y del estado de los servicios, necesitan incluir la totalidad de los mismos y comprender la suma de las actividades que los integran. Es menester, por consiguiente, que todos los llamados á contribuir á la redacción del Anuario cumplan su cometido, advirtiéndoles que los remisos y contraventores incurrirán en falta que habrá de figurar, como nota desfavorable, en el expediente personal.

Por último, en la redacción y contenido de los trabajos hay que tener presente que la finalidad del Anuario es dar idea sintética, pero exacta, de la labor realizada durante el año por los distintos Centros y organismos sanitarios, consignando de preferencia la actuación y las iniciativas del personal, y dando cuenta de los resultados con la imparcialidad objetiva que requieren aquellos estudios y observaciones que han de ser base de ulteriores avances en materias de reconocida transcendencia para la salud pública.

En resumen: esta Inspección general espera que todos los jefes, directores y funcionarios dependientes de la misma, coadyuven con la mayor diligencia á la publicación del Anuario, considerándolo como obra común de alto interés para la Sanidad.

Madrid, 5 de Enero de 1922.—El inspector general, *Manuel M. Salazar*.

A todo el personal dependiente de la Inspección general de Sanidad. (*Gaceta* del 6 de Enero.)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

SUBSECRETARÍA

En cumplimiento de lo prevenido en el art. 3.º del Real decreto de 14 de Abril de 1916 y Real orden de esta fecha, esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad, al turno de oposición libre, entre veterinarios, las plazas de profesor auxiliar de Podología y prácticas de herrado y forjado, vacantes en la Escuela de Veterinaria de Madrid y Zaragoza, y dotadas con el sueldo anual de 2.500 pesetas ó la gratificación de 2.000 pesetas la primera y con el sueldo anual de 2.000 pesetas ó la gratificación anual de 1.500 pesetas la segunda.

Para ser admitido á estas oposiciones, se requieren las

condiciones siguientes, exigidas en el art. 6.º del Real decreto de 8 de Abril de 1910:

1.ª Ser español, á no estar dispensado de este requisito con arreglo á lo dispuesto en el art. 167 de la ley de Instrucción pública de 9 de Septiembre de 1857.

2.ª No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargo público.

3.ª Haber cumplido veintiún años de edad.

4.ª Tener el título de veterinario ó certificado de aprobación de todas las asignaturas de la carrera, pero entendiéndose que el opositor que obtuviere la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del referido título académico, cuyas condiciones habrán de acreditarse antes de terminar el plazo de la convocatoria.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, en el improrrogable plazo de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid* acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

A los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar mediante recibo haber entregado dentro del plazo de la convocatoria, en una Administración de Correos, el pliego certificado que contenga su instancia, y los expresados documentos y trabajos.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes, lo cual se advierte para que las Autoridades respectivas dispongan que así se verifique sin más que este aviso.

Madrid, 17 de Diciembre de 1921.—El subsecretario, Zabalza.

En cumplimiento de lo prevenido en el art. 3.º del Real decreto de 14 de Abril de 1916 y Real orden de esta fecha, esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad al turno de oposición libre, entre veterinarios, la plaza de profesor auxiliar de Vivisecciones é Higiene, vacante en la Escuela de Veterinaria de Madrid, dotada con el sueldo anual de 2.000 pesetas ó la gratificación de 1.500 pesetas.

Para ser admitido á estas oposiciones se requieren las condiciones siguientes, exigidas en el art. 6.º del Real decreto de 8 de Abril de 1910:

1.ª Ser español, á no estar dispensado de este requisito con arreglo á lo dispuesto en el art. 167 de la ley de Instrucción Pública de 9 de Septiembre de 1857.

2.ª No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargo público.

3.ª Haber cumplido veintiún años de edad.

4.ª Tener el título de veterinario ó certificado de aprobación de todas las asignaturas de la carrera, pero entendiéndose que el opositor que obtuviere la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del referido título académico, cuyas condiciones habrán de acreditarse antes de terminar el plazo de la convocatoria.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, en el improrrogable plazo de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*

acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar, mediante recibo, haber entregado dentro del plazo de la convocatoria, en una Administración de Correos, el pliego certificado que contenga su instancia, y los expresados documentos y trabajos.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los Establecimientos docentes, lo cual se advierte para que las Autoridades respectivas dispongan que así se verifique sin más que este aviso.

Madrid, 19 de Diciembre de 1921.—El subsecretario, Zabalza.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,1, ídem mínima, 700,6; temperatura máxima, 14,4; ídem mínima, 0,5; vientos dominantes, OSO. O.

Pocas variaciones se han presentado en el estado de la salud pública durante la última semana; continúan disminuyendo en número los afectos gripales y se atenúan también las formas graves bronco y pleuroneumónicas. Los reumatismos y los estados congestivos han aumentado algo, y la mortalidad disminuye comparativamente con las cifras á que llegó en el pasado mes.

Crónicas.

De Instrucción Pública.—En vista de las frecuentes peticiones de licencia formuladas por el profesorado, y teniendo en cuenta que éste disfruta vacaciones oficiales en Navidad, Carnavales y Semana Santa, además de los meses de verano, tiempo durante el cual puede dedicarse á sus asuntos particulares, debiendo consagrar el resto á la enseñanza que le está encomendada, la cual muchas veces queda mal atendida con motivo de esas licencias, se ha dispuesto de Real orden:

Que las licencias fundadas en motivo de salud han de solicitarse desde el punto de residencia oficial del interesado, y que en lo sucesivo no se concedan licencias por enfermedad que impliquen la salida del interesado de la localidad en que ha de prestar sus servicios, á no ser que á la petición acompañe la certificación facultativa correspondiente, en la que se haga constar la necesidad del traslado del enfermo, certificación que ha de estar visada por el respectivo subdelegado de Medicina y bajo la más estrecha responsabilidad de ambos facultativos, que se hará efectiva en los casos en que proceda.

La cruz de Beneficencia para la superiora del Instituto Oftálmico.—Enterado S. M. el Rey de la labor abnegada y de altruismo humanitario que durante cincuenta años viene realizando en favor del enfermo pobre la superiora del Instituto Oftálmico, sor Josefa Mestre, ha querido premiar los sobresalientes méritos de esta religiosa insigne concediéndole, libre de gastos, la gran cruz de Beneficencia.

La Junta de patronos y el Cuerpo facultativo del Instituto Oftálmico, deseando enaltecer á esta humilde hija de la caridad, que ha consagrado su vida al más alto y noble ideal, organiza para dentro de unos días el acto solemne de la imposición de insignias, que será presidido por el señor ministro de la Gobernación.

Familia envenenada.—Por el médico de guardia de la Casa de Socorro de la Inclusa fueron asistidos en el paseo Imperial, 14, los inquilinos Bruno Ruiz López, de treinta y cuatro años; su mujer, Felipa Platero Blasco, de cuarenta y dos, y la madre de ésta, Bernardina Blasco, de sesenta y ocho, que se sintieron repentinamente enfermos.

Como por su estado no pudieron prestar declaración, se ignora qué substancia ó comida les había ocasionado el envenenamiento que padecían.

Es verdaderamente lamentable que casos de esta índole

se den en una capital como Madrid donde por el municipio, por la provincia y por el Estado, se paga personal destinado á evitar la expendición de alimentos que por sus malas condiciones puedan perjudicar la salud del vecindario.

La venta de medicamentos.—En el Ministerio de la Gobernación facilitaron el día 20 á mediodía la siguiente nota:

«Entre las medidas dictadas para evitar en lo sucesivo las irregularidades en la venta de medicamentos, que tanto alarmaron al público con motivo de cierta denuncia, figura la Real orden firmada ayer por el señor ministro de la Gobernación, y en virtud de la cual no podrá despacharse ninguna receta sin la intervención directa del farmacéutico y sin que en el Registro oficial, que habrán de llevar todos ellos al día con la garantía de su firma, conste la copia exacta de la prescripción.»

Asamblea de médicos del Registro civil.—Los médicos de este Cuerpo han acordado celebrar una Asamblea en Madrid los días 25, 26 y 27 de Mayo, en la que se discutirán importantísimos temas, de los cuales se han de deducir las conclusiones que el Cuerpo de médicos del Registro civil desea presentar á los Poderes públicos para mejora y perfeccionamiento de sus intereses científicos y profesionales. La Asamblea será presidida por el Excmo. Sr. D. José Francos Rodríguez, quien la patrocina como ministro de Gracia y Justicia. Son presidentes honorarios los excelentísimos señores D. Carlos María Cortezo y D. Gabino Bugallal, conde de Bugallal. Presidirá como efectivo la Asamblea el ilustre Dr. D. Eduardo Masip Budesca, presidente del Cuerpo en Madrid, y actuará de secretario D. Juan San Pedro. Acudirán á esta Asamblea representaciones de todas las provincias que cuentan actualmente con el referido Cuerpo facultativo.

Inspección provincial de Sanidad.—Para proveer en propiedad las plazas de médicos reconocedores, afectos al servicio de profilaxis venérea en los Dispensarios de Oviedo y Gijón, dotadas con la gratificación de 3.000 pesetas anuales, mientras lo permita el estado de fondos, se anuncian á oposición libre.

Los aspirantes que reúnan las condiciones señaladas en el Reglamento que se publicó en la *Gaceta de Madrid* el 20 de Junio de 1918 y *Boletín Oficial* de esta provincia el 18 de Junio de 1921, presentarán sus instancias, dirigidas al señor gobernador civil, antes del 5 de Marzo próximo.

Los ejercicios darán principio en la segunda decena de dicho mes y se verificarán con arreglo al Cuestionario publicado en la *Gaceta* y *Boletín Oficial* en las fechas arriba indicadas.—El presidente del tribunal, *Julio Alonso Marcos*.

Consulta pública.—Relación de los servicios facultativos prestados durante el año 1921 en el Instituto Otorrinolaringológico de las Siervas de María, plaza de Chamberí, número 11, bajo la dirección del Dr. José María Barajas y de Vilches:

Enfermos inscriptos desde su fundación, el 11 de Mayo, al 31 de Diciembre de 1920, 325; enfermos inscriptos durante el año 1921, 704; altas por curación, 253; enfermedades crónicas incurables, 300; enfermos que continúan tratándose en el año 1922 del año anterior, 151; total de enfermos asistidos desde su fundación hasta el día 31 de Diciembre de 1921, 1.029.

Curas practicadas en las consultas de dicha especialidad: de garganta, 1.579; de nariz, 683; de oídos, 1.427. Total, 3.689.

Operaciones: De garganta: extirpación de la laringe, 1; extirpación de amígdalas y vegetaciones, 62; pólipos de cuerdas vocales, 1; traqueotomía, 1.—De nariz: resección del tabique por desviación, 4; turbinectomías y extracción de pólipos, 15; resección de seno etmoidal, 2.—De oído: aticotomías, 2; vaciamiento petro mastoideo, 3; osculectomías y raspados, 6.—Broncoscopia: extracción de cuerpo extraño, 1.—Esofagoscopia: extracción de cuerpos extraños, 2.—Aplicaciones de radium: garganta, 4; nariz, 6; oído, 4; esófago, 1. Total, 115.

La litiasis urinaria, por D. Angel Pulido Martín. Estudio clínico de los cálculos del aparato urinario y su tratamiento. Segunda edición, corregida y aumentada. Precio, 10 pesetas en todas las librerías.

Nueva medicación.—Llamamos la atención de nuestros lectores acerca del nuevo producto **KELATOX**, sedante atóxico á base de Benzoato de Benzilo, cuyo anuncio se inserta en este número.

Yodeosal.—Recomendamos la lectura del prospecto que acompañamos del Laboratorio de la Viuda de García, Martínez Campos, 1, Madrid.

LIBROS DE MEDICINA FRANCESES.—Venta en francos. Condiciones especiales. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la **LIBRERIA INTERNACIONAL**, Churruca, 6, San Sebastián.

Ipotenina Serono.—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto Nacional Medico Farmacológico, de Roma (representante en España: Luis Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona), cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus* gástricas. A. J. S. y ESCOFET. Tarragona.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caquexias, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT - Leuria 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.^a de la Cabeza, 1