

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA 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 FRANCOS RODRIGUEZ**

P. ARIAS CARVAJAL
De la Beneficencia Municipal de Madrid.

J. DE AZÚA
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.

V. CORTEZO
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE
Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

J. GÓMEZ OCAÑA
Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.

GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

J. MADINAVEITIA
Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

A. MEDINA
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

F. TELLO
Sub-Inspector General de Sanidad

L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

Secretario: **Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA**, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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: Principales caracteres clínicos del proceso de la crisis ó constitución morbosa, por el *Dr. Camilo Calleja*.—Un caso de afasia mixta con ocasión de un proceso agudo febril, por el *Dr. E. Fernández Sanz*.—Complemento á una operación de Krauke, por el *Dr. Antonio Morales*.—Sobre la facoerisis Barraquer, por el *Dr. Vila Moeno*.—Ulceraciones de las piernas, su terapéutica activa por los preparados argénticos, por el *Dr. Sicilia*.—Bibliografía, por *G. Pittaluga*.—La Medicina y la guerra.—Cosas del siglo pasado.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por *Decio Carlián*. La propaganda higiénica, por *Tomás Gallego*.—Moral médica, por el *Dr. Hernández Briz*.—Homenaje al *Dr. Clemenceau*.—Protección médica.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes. Correspondencia.—Anuncios.

Principales caracteres clínicos del proceso de la crisis ó constitución morbosa

POR EL

DR. D. CAMILO CALLEJA

SUMARIO: A. *Prototipos* de la crisis según las desproporciones de las substancias preponderantes: oligocrasia, lipocrasia, pleocrasia y alipocrasia. B. *Grados* de intensidad de la crisis, estableciendo una escala numérica en relación principalmente con su complejidad. C. *Períodos* de la crisis: criptocrasia, metrisocrasia y oquistocrasia. *Conclusión.*

A. Prototipos de la crisis.

La crisis ó constitución orgánica de cada individuo es siempre morbosa; en nadie es absolutamente normal la proporción en que se hallan las substancias constitutivas del cuerpo humano, porque todo el mundo comete faltas en su género de vida, el cual efectivamente jamás se realiza con perfecta y completa integridad, y de esto resulta un conjunto de afecciones comunes que componen la enfermedad universal ó pantonosis, es decir, la crisis ó constitución morbosa en el propio sentido de la frase.

Pero esta enfermedad universal ofrece diferencias individuales en cada caso, y de aquí que sea preciso agrupar los individuos según las semejanzas más prominentes, ideando los prototipos que han de servirnos de guía para la clasificación de las crisis.

Las causas y las alteraciones primarias de la crisis consisten en desproporciones de las substancias constitutivas del organismo, las cuales pertenecen á los tres géneros de relaciones universales ó autógenas que se verifican entre el medio vital y el individuo; á saber: ambiente, alimentación y trabajo humano.

Esta etiología es el antecedente en que se fundan las indicaciones de la crisis que son las indicaciones universales. Pero para prescribir el tratamiento reconstituyente de la crisis en las dosis apropiadas á cada caso y para estimar ó pronosticar los resultados terapéuticos es preciso conocer, además de dicha etiología, las particularidades del proceso de la crisis en cada individuo, llegando hasta la individualización del diagnóstico, para lo cual hay que conocer primeramente las desproporciones más preponderantes que haya entre las substancias constitutivas y después el grado de intensidad de las alteraciones morbosas de la crisis, así como también el período á que haya llegado.

En este artículo nos ocuparemos primeramente en designar ó clasificar las modalidades más salientes, ó sean los prototipos de la crisis, á fin de iniciarnos en el modo de establecer sus principales diferencias.

Clasificación de las crisis según las mayores proporciones de las substancias constitutivas y de sus principales caracteres en los cuatro *prototipos* siguientes:

1.º *Oligocrasia*: escasez de todo género de principios

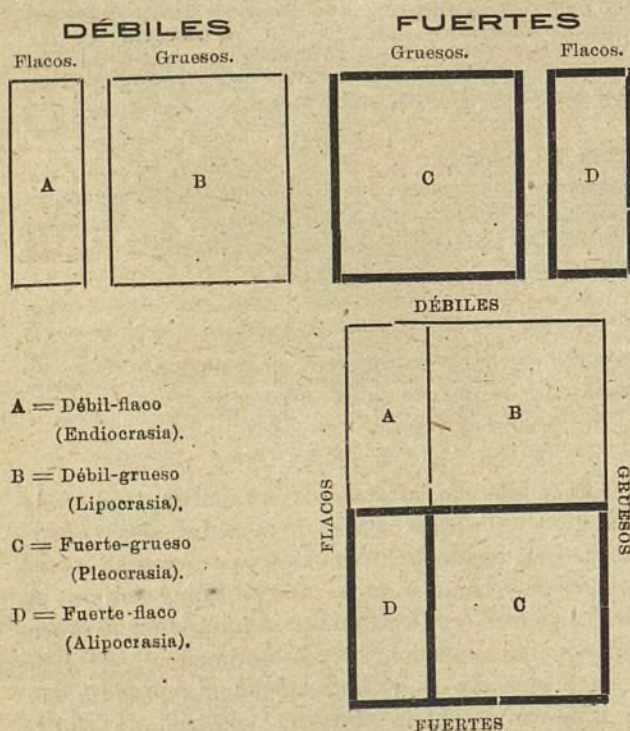
constitutivos del organismo (plasmáticos, energéticos y diortósicos ó reguladores); se caracteriza por debilidad con flojedad de las carnes y flacura del cuerpo.

2.º *Lipocrasia*: exceso de grasa, pero escasez de los demás principios (proteidos, hidrocarbonados, diortósicos); se caracteriza por debilidad del cuerpo y obesidad adiposa.

3.º *Pleocrasia*: exceso de todos los principios constitutivos, mayormente de proteidos y grasas que de hidrocarbonados; se caracteriza por natural fuerza muscular y obesidad pletórica.

4.º *Alipocrasia*: escasez de grasas y también escasez, aunque menor, de substancias plasmáticas ó proteínas, pero con regular cantidad de hidrocarbonados y de diortósicos ó reguladores; se caracteriza por flacura magra ó fibromuscular y vigor ó nervudez.

Pueden representarse geoméricamente estos cuatro tipos por las figuras siguientes:



N. B.

Los débiles están representados con líneas finas. Los fuertes con líneas dobles. Los flacos con rectángulos estrechos, y los gruesos con cuadrados.

De los mencionados caracteres diferenciales de las modalidades ó prototipos de la crasis, el primero es la fuerza ó vigor constitucional y el segundo es el volumen del cuerpo según que el individuo sea flaco ó grueso y bajo ó alto.

Ordinariamente el vulgo confunde el vigor con la gordura, suponiendo erróneamente que es fuerte todo individuo grueso, siendo así que la mayoría de las veces sucede todo lo contrario, pues la gordura depende regularmente de la sobreabundancia de grasa, siendo por lo tanto débil. Entre los gruesos están efectivamente en minoría los vigorosos, ó sean los pletóricos, es decir, aquellos que tienen más abundancia de sangre y de músculos que de grasa, lo cual ocurre en pocos individuos en comparación con los que deben su gordura

á la sobreabundancia de grasa. El criterio del médico no debe dejarse influir por el paciente ni por sus allegados respecto á la fortaleza ó vigor del paciente, sino que ha de precisar por sí mismo esta condición, para lo cual necesita además de hacerse cargo de los rasgos que aprecie intuitivamente con su ojo clínico, debe averiguar la resistencia del individuo contra las causas morbosas, el curso de sus enfermedades anteriores y sobre todo en sus convalecencias, su natural poder muscular la mayor ó menor prontitud ó tardanza en el desarrollo de sus músculos con los ejercicios reglados (como la gimnasia sueca), la cantidad de alimento que requiere para su buena sustentación, la frecuencia con que tiene que repetir sus comidas y otras circunstancias que en conjunto vienen á darnos á conocer el verdadero vigor de aquel sujeto. Generalmente, una persona sin otra enfermedad que la de la crasis y que haga un regular género de vida, es tanto más vigorosa cuanto más se aproxima á las proporciones regulares ó promedias entre sus partes constitutivas.

Para apreciar la flacura ó la gordura de las personas se han propuesto diversos índices numéricos que marcan la relación entre el peso del cuerpo y la talla. Ninguno de estos índices se aproxima á la exactitud, aunque se aplique solamente á los adultos, pero es muy común usar como coeficiente la cifra del número de centímetros sobre el metro de la talla considerando dicha cifra como el prototipo.

Este índice es mucho menos exacto en las edades extremas de la vida.

Extendámonos ahora en algunas consideraciones sobre el relativo desarrollo de los principales órganos en cada uno de los cuatro prototipos de crasis.

En la *oligocrasia* se desarrollan miserablemente todos los aparatos orgánicos del individuo con inclusión de los dos grandes sistemas anatómicos, hallándose en más ó menos miserable estado por lo tanto los órganos digestivos, respiratorios, circulatorio, nervioso y también los del esqueleto, resultando por esta razón que estos individuos son flacos y débiles, con sangre muy alcalina y pobre en glóbulos y en plasma (anemia total ó hidremia).

En la *lipocrasia* se desarrollan poco los órganos del sistema nervioso y del aparato respiratorio, pero se hallan en mejor estado los del aparato digestivo y los del sistema circulatorio, resultando que estos individuos son gruesos pero débiles, con sangre poco alcalina (acidosis), y pobre también en las substancias nutritivas, excepto en la grasa (anemia adiposa).

En la *pleocrasia* se desarrollan bien los dos extensos sistemas (circulatorio y nervioso), pero se hallan poco desarrollados los órganos respiratorios, resultando, por tanto, personas gruesas y fuertes, con sangre poco alcalina, es decir, con acidosis, y además rica en substancias nutritivas (pletora).

En la *alipocrasia* se hallan bien desarrollados el sistema nervioso y el aparato respiratorio, pero están pobremente desenvueltos el aparato digestivo y el sistema circulatorio, resultando, por tanto, personas flacas pero fuertes ó nervudas, con sangre de regular alcalinidad y

regular proporción de glóbulos rojos, pero pobre de plasma (anemia aplástica).

Cuando la pobreza en el desarrollo orgánico es congénita, suelen hallarse los individuos tan faltos de los sistemas orgánicos difusos (circulatorio y nervioso), como de los aparatos circunscritos (órganos digestivos y respiratorios), pero cuando el desarrollo individual ha sido regular antes de nacer y se detiene ó retarda después del nacimiento, sufren las consecuencias del defecto del desarrollo mayormente los aparatos digestivo y respiratorio, por ser dichos dos aparatos receptores de los ingresos alimenticios y de los intercambios aéreos en nuestra economía. Por ejemplo, si escasea el alimento en la infancia se desarrolla mal el aparato digestivo; pero si los niños respiran aire muy confinado desarrollan mal el respiratorio, y si escasean los dos medios vitales se desarrollan mal dichos dos aparatos, tanto el digestivo como el respiratorio.

Ciertamente en tales circunstancias sufrirán también pronto los efectos retardantes del desarrollo los sistemas circulatorio y respiratorio.

También la reacción vital (ó biosis) se halla diferentemente perturbada, según el prototipo de la crisis ó constitución morbosa, y esta circunstancia da á la crisis la característica más saliente del proceso nosobiótico.

En la oligocrasia el metabolismo nutritivo es insuficiente en sus dos órdenes de metamorfosis, esto es, en los cambios reconstitutivos ó anabolismo y en los destructivos ó catabolismo. Pero en los otros tres tipos de crisis la desproporción se marca mucho más en quebranto de uno solo de los dos órdenes del metabolismo; en la lipocrasia y en la pleocrasia, ó sea en todos los individuos de constitución gruesa (braquisomas), ya sean débiles ó ya sean fuertes, se marca más el retardo de las metamorfosis destructivas ó catabolismo, y viceversa, en la alipocrasia la insuficiencia es únicamente anabólica, esto es, de la asimilación y regeneración celular, verificándose con regularidad y á veces con exceso en las metamorfosis destructivas, ó sea el catabolismo. En otros términos más corrientes, los individuos de constitución débil y que están flacos (oligocrasia) tienen poca actividad ó reacción nutritiva, tanto por ser escasa la asimilación como por estar reducida y retardada la desasimilación, esto es, la oxidación orgánica y la eliminación de sus productos (hipobiosis total). Los individuos débiles pero gruesos (lipocrasia) no asimilan bien del todo, particularmente las proteínas, y desasimilan peor (bradibiosis adiposa). Los fuertes y gruesos (pleocrasia) asimilan demasiado cuando comen con exceso, pero desasimilan lenta é incompletamente (acatabiosis pletórica). Y, por último, los fuertes pero flacos (alipocrasia) no asimilan lo suficiente (aunque coman bien) para reponer las pérdidas orgánicas de su extrarrápida desasimilación (autofagismo).

De modo que hay dos prototipos diferentes de individuos flacos ó dolicosomas: los débiles-flacos, ó sean los que padecen *oligocrasia*, son flacos porque escasean de todo, pues si bien desasimilan poco, asimilan menos, mientras que los fuertes-flacos, ó sean los que padecen *alipocrasia*, son flacos porque les falta la reserva

de la grasa, principalmente á consecuencia de su exagerada desasimilación é insuficiente asimilación para reparar los excesivos gastos de su economía.

También hay dos prototipos diferentes de individuos gruesos ó branquisomas: los débiles gruesos, ó sean los que padecen *lipocrasia*, son gruesos porque quedan en ellos retenidas las grasas por lo tarda que es en ellos la desasimilación ú oxidación orgánica, y los fuertes gruesos, ó sean los que padecen *pleocrasia*, son gruesos porque almacenan, no solamente la grasa, sino también los demás principios constitutivos, á consecuencia de su excesiva asimilación y deficiente desasimilación.

La morbosidad y la mortalidad en los cuatro distintos prototipos de crisis están en relación con las mayores faltas en el desarrollo, principalmente de los órganos más cardinales para la vida en cada prototipo, dado que haya igualdad en las demás condiciones. Los que padecen oligocrasia son los que dan mayor contingente á la tisis, ó sea la tuberculosis de curso consecutivo, localizándose las formaciones tuberculosas principalmente en los ganglios linfáticos, en los órganos respiratorios, en los digestivos y en las serosas. Estos mismos individuos débiles y flacos por naturaleza, llegan más pronto ó más tarde á padecer también manifestaciones artríticas por el retardo de su catabolismo. Los individuos que padecen lipocrasia sufren comunmente del artrismo, ya sea con manifestaciones generales, ya sea con localizaciones neumónicas y nerviosas. Los que padecen pleocrasia son los más artríticos por efecto de su constitución, es decir, los individuos fuertes y gruesos ó pletóricos son los que propenden más que ningún otro por la sola razón de la crisis á la «gota», á las litiasis, á la diabetes y al reumatismo constitucional, con su proteo de localizaciones en todas las partes del cuerpo, sobre todo en la vejez y, mayormente, en los órganos torácicos, tanto circulatorios como respiratorios. En fin, los que padecen alipocrasia son los menos expuestos á sufrir las malas consecuencias de la constitución morbosa, porque distan menos de la eucrasia ideal, y son los únicos que por razón de la crisis no pueden sufrir determinaciones artríticas; pero, por desventura, los individuos fuertes, aunque flacos, están en minoría en la Humanidad. Además, estos sujetos acusan una resistencia extraordinaria contra el curso progresivo y fatal de las enfermedades más mortíferas, la tisis inclusive; sin embargo, cuando esta crisis se halla muy pronunciada, tienden, sobre todo, á padecer afecciones que pueden llegar á la tuberculización de las vías digestivas, sobre todo de los intestinos.

La resistencia á enfermar y á la muerte varía considerablemente, según la crisis del individuo, con la edad, pero de un modo inverso en los flacos que en los gruesos. Los gruesos son más resistentes de jóvenes que los flacos, y viceversa, los viejos son más resistentes cuando están flacos que cuando están gruesos, siempre que no haya otras alteraciones que la de la crisis.

Los individuos flacos con la edad tienden á ponerse gruesos si no hay males que lo impidan; así se ve

con frecuencia convertirse la oligocrasia (crasis débil-flaca) en lipocrasia (crasis débil-gruesa), y también se convierte algunas veces la crasis fuerte-flaca ó alipo-crasia en crasis fuerte-gruesa ó pleocrasia.

(Se concluirá).

Un caso de afasia mixta con ocasión de un proceso agudo febril

POR EL

DR. E. FERNANDEZ SANZ

Académico numerario de la Real Nacional de Medicina; Médico numerario de la Beneficencia general; Jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

Las cuestiones relativas á la afasia son de actualidad permanente; los trastornos morbosos del lenguaje poseen una fisiopatología tan compleja y además ofrecen tan íntima, profunda é indisolublemente enlazados los disturbios de índole mental y los de carácter físico, constituyendo por ello uno de los más evidentes y notorios ejemplos de la esencial solidaridad psico-somática que preside á las funciones de los más elevados centros nerviosos, que por estos solos dos motivos, aparte de otros varios que pudieran aducirse, está justificada la necesidad de fijar incesantemente la atención en estos complicados problemas de la afasia, y de publicar cuantos casos de algún relieve á nuestra observación y estudio brinde la práctica.

El caso que voy á historiar presenta un doble interés; desde el punto de vista sindrómico por la complejidad de los síntomas que permite apreciarlos unidos, constituyendo un solo proceso, interpretar sus mutuas relaciones y deducir de éstas algunos datos de positiva significación para esclarecer la fisiología patológica del síndrome íntegro y de las diversas formas de afasia en general; y desde el punto de vista patogénico, porque las condiciones del sujeto y las peculiares circunstancias de la iniciación del cuadro clínico, obligan á atribuir á este caso una génesis poco común, desde luego muy distinta de la imputable á la generalidad de los casos de afasia.

No me será posible dentro de los breves términos de este artículo, extenderme en todas las consideraciones sindrómicas, fisiopatológicas y patogénicas á que la subsiguiente observación clínica se presta; por ello habré de limitarme á consignar aquellas reflexiones más interesantes y más directamente derivadas de las particularidades sintomáticas y evolutivas que este caso ofrece.

N. C., de treinta y seis años, soltera y natural de una ciudad castellana, no posee más antecedente patológico familiar digno de mención, que la muerte de su padre en un ataque apoplético, á la edad relativamente temprana de cuarenta y cinco años; su madre murió de consunción senil, cuando contaba cerca de noventa años.

Esta enferma no ha sufrido trastornos neuropáticos anteriores al que ahora padece; como único antecedente patológico individual digno de consignarse, refieren sus parientes que ha tenido diversas veces

manifestaciones reumáticas, de localización variable, pero siempre de moderada intensidad. Ha estado regularmente menstruada.

La enfermedad actual comenzó de una manera brusca y aparatosa á primeros del pasado mes de Noviembre: el síntoma más saliente desde el primer momento, fué una fiebre muy alta, de más de 40°, sosteniéndose en este elevado nivel casi continuo durante seis días y terminando por rápida defervescencia al cabo de este tiempo. Desde un principio notaron los que la asistían que hablaba de modo incoherente, y que no era posible entrar en comunicación con ella, pues no parecía darse cuenta de lo que se la decía. Aunque fundadamente se esperaba que al cesar la fiebre desaparecerían también esos trastornos, no ocurrió así, sino que persistió la imposibilidad de expresar los pensamientos en palabras adecuadas y de comprender las frases que se la dirigían, apreciándose más tarde que no podía tampoco leer ni escribir. Estas múltiples perturbaciones receptivas y emisivas del lenguaje han continuado hasta la fecha, aunque atenuándose gradualmente, siendo esta retrocesión paulatina de los síntomas más acentuada en lo que á la comprensión de la palabra hablada y escrita respecta. No se ha observado en todo el tiempo transcurrido desde el comienzo de la enfermedad hasta ahora, ningún otro disturbio nervioso aparente, fuera de los que acabo de consignar: la alteración del campo visual á que más adelante aludiré parece no haber sido previamente advertida.

Fué explorada por mí esta enferma en los últimos días de Noviembre, á las tres semanas de la iniciación del proceso: pronto se advertía lo profundamente trastornadas que estaban las funciones del lenguaje; en lo que á la emisión se refiere, era incapaz de pronunciar las palabras correspondientes á las ideas que quería expresar, empleando unas por otras ó bien profiriendo vocablos sin sentido, constituidos por una absurda reunión de sílabas; es decir, que existían algunos manifestos trastornos parafásicos y jargonafásicos. En conjunto, la perturbación motora del lenguaje correspondía al cuadro de la llamada *afasia amnésica ó de evocación*: era incapaz de nombrar correctamente los objetos que se la presentaban ó que se ponían en sus manos, aunque demostraba mimicamente conocerlos y saber su uso, por lo que debe descartarse la afasia óptica y la agnosia; si al mismo tiempo que se le mostraba un objeto, el cual no podía denominar espontáneamente, se pronunciaba la primera sílaba del nombre, completaba éste muchas veces, pero no siempre, apreciándose la tendencia á la estereotipia, á la repetición inoportuna de una palabra antes pronunciada. La sustitución de unos vocablos por otros inadecuados tenía lugar no sólo al contestar á preguntas ó al intentar dar nombre á las cosas que se le enseñaban, sino también cuando pretendía hablar espontáneamente. Los caracteres de la afasia de evocación eran, pues, muy claros en este caso, siendo esa forma afásica el más saliente de los trastornos que la enferma presentaba en el momento de la exploración.

Persistía también la dificultad para entender lo que se la decía, pero mucho menor de la existente al comienzo de la enfermedad. Con un poco de paciencia y a costa de varias repeticiones, ayudadas por la mímica, era posible hacerse comprender por la enferma, siempre que se tratara de cosas sencillas y habituales, pero no así si la pregunta ó la orden se refería á algo complejo ó inusitado; además, la fatiga sobrevenía rápidamente, y en todos los casos, al cabo de algunos minutos de conversacion dejaba de entender cuanto se la decía. Es, pues, evidente que esta enferma presentaba residuos aún bastante marcados de una afasia sensorial (sordera verbal) que días atrás debió ser completa.

Este cuadro de afasia sensorial se enlaza perfectamente con el de afasia de evocación antes descrito, pues según en otro lugar he expuesto (1), la Neurología contemporánea tiende á considerar á esta forma de afasia que consiste en la imposibilidad de recordar y en la confusión de los nombres de los objetos como dependiente de un trastorno de la audición verbal, siendo aquella una secuela, ó un coefecto, ó una expresión atenuada de la afasia sensorial. Ambos diag-

nósticos, afasia de evocación y afasia sensorial, por lo tanto, se complementan mutuamente.

La aptitud para la lectura está asimismo aún intensamente disminuida, aunque va lentamente restaurándose; la enferma es capaz de leer alguna que otra palabra suelta y aun ciertas frases cortas y muy sencillas, pero no puede llegar al final de un párrafo medianamente largo, pues al segundo renglón se confunde y empieza á proferir palabras arbitrarias ó sílabas sin sentido; por lo tanto, la alexia debe considerarse todavía como casi completa, por lo menos en lo relativo á la lectura de frases, que es lo realmente práctico é importante.

Más acentuada, más radical aún que esta alteración de la lectura, es la de la escritura, la cual persiste en este caso con un grado tal de intensidad, que mantiene abolida la facultad de escribir; mejor que todas las descripciones, dará idea de los caracteres de esta agrafia el examen del adjunto *facsimile*, en el que figuran reproducidos tres ensayos de escritura de la enferma; el primero espontáneo, es decir, traslación de una frase que á ella se le ocurrió, el segundo al dictado, y el tercero copia de un impreso (fig. 1.^a).

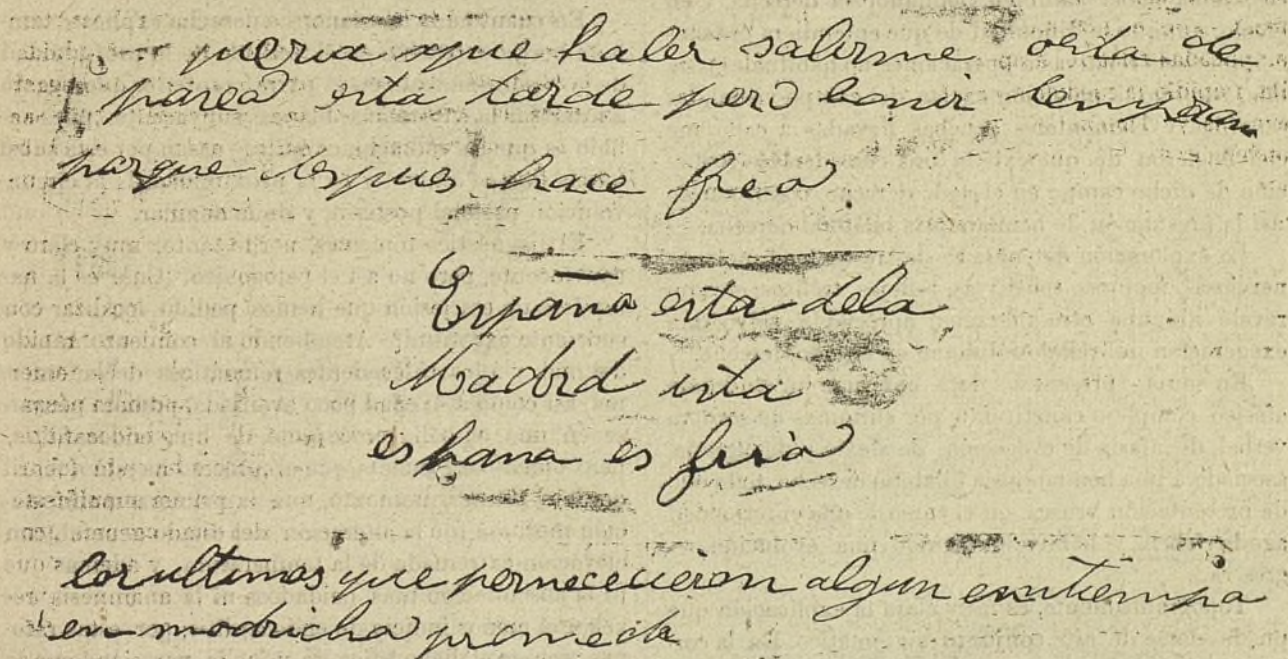


Fig. 1.^a Explicación del facsimile.

I. Escritura espontánea.

La enferma quiso escribir la frase:

"Quería salir de paseo esta tarde para venir temprano porque después hace frío."

II. Escritura al dictado.

"España está en Europa."

"Madrid es la capital de España."

"En Valladolid hace más frío que en Madrid."

III. Copia de impreso.

"Los últimos, que permanecieron algún tiempo en nodriza, presentaron..."

La comparación de esas tres muestras de escritura, revela que siendo todas ininteligibles, la relativamente menos perturbada es la espontánea, lo que se explica, porque en ella no se manifiestan más que los trastor-

nos propiamente gráficos y los de la evocación de las palabras, mientras que á éstos se agregan los de la sordera verbal en la escritura al dictado y los de la alexia en la copia. La más defectuosa de las tres clases de escritura es la hecha al dictado.

En los tres escritos se observan: además de anomalías formales, como heterogeneidad del trazado, irregulari-

(1) FERNÁNDEZ SANZ: Un caso de afasia de evocación. *Revista Clínica de Madrid*, núm. 12, II, 1910.

dad considerable de forma y de contorno de las letras, vacilaciones en las curvas, otras de fondo, de contenido verbal, entre las que se destacan la supresión de unas palabras, la repetición de algunas y la sustitución de unas por otras, así como la formación de palabras incorrectas (*modricha* por *nodriza*, etc.); es, pues, evidente que esta enferma presenta también *agrafia*, aun muy intensa.

El conjunto de todos los síntomas referentes a la emisión y comprensión del lenguaje, la sordera verbal, la afasia de evocación, la alexia y la agraphia, constituyen un síndrome afásico complejo, en el que fisiopatológicamente pensando, opino que se debe conceder el primer lugar a la sordera verbal y a la alexia, estando a ellas subordinadas la afasia de evocación y la agraphia.

Al hacer escribir a la enferma se advirtió que al llegar al borde derecho de la hoja de papel, sin fijarse en ello, seguía trazando algunas sílabas más allá del margen hasta que la visión central la permitía darse cuenta del error cometido y rectificándolo comenzaba un nuevo renglón a la izquierda; este detalle me hizo sospechar que, además de los citados síntomas afásicos, debía haber también hemianopsia derecha, y en efecto, aunque la dificultad de que entendiera órdenes complicadas relativas a operaciones no habituales para ella, impidió la medición exacta del campo visual, las sencillas y elementales pruebas llevadas a cabo me convencieron de que existía una considerable reducción de dicho campo en el lado derecho, confirmando así la presunción de hemianopsia bilateral derecha.

La exploración detenida de las restantes funciones nerviosas, motoras, sensitivas, reflejas, tróficas, etc., no reveló ninguna otra alteración apreciable, salvo una exageración del reflejo rotuliano en el lado derecho.

En suma, presentaba esta enferma un síndrome afásico complejo constituido por síntomas de sordera verbal, de afasia de evocación, de alexia y de agraphia, asociado a una hemianopsia bilateral derecha, todo ello de presentación brusca, en el curso de una enfermedad aguda febril y habiendo seguido una evolución regresiva.

Topográficamente, es muy clara la explicación que puede darse de este conjunto sintomático. En la corteza del hemisferio cerebral izquierdo hallanse bastantes próximos los centros de la sordera y de la ceguera verbales (véase la fig. 2.^a); localízase el primero en la parte posterior de la circunvolución temporal superior (1), y el segundo, que los autores modernos tienden a considerar como más extenso de lo que antes se suponía, en la circunvolución angular, en la parietal posterior y en la porción anterior de la cara lateral externa del lóbulo occipital (2). Una lesión de asiento en la porción inferoposterior de la cara externa del hemisferio cerebral izquierdo, extendida desde la parte alta del lóbulo temporal, a través de la inferior del pa-

rietal, hasta la porción anterior del occipital, interesando a los centros de la afasia sensorial y de la alexia, explicaría por sí sola los trastornos de la comprensión de la palabra hablada y de la lectura, y de estas alteraciones primitivas dependen fisiopatológicamente como ya hemos indicado la afasia de evocación y la agraphia.

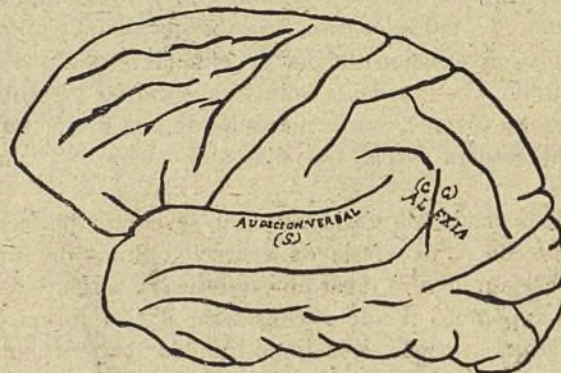


Fig. 2.^a

Localización de los centros de la sordera verbal y de la ceguera verbal (S. y CC. respectivamente).

En cuanto a la hemianopsia derecha explicase también por la extensión en el sentido de la profundidad de la lesión señalada en el párrafo anterior que llegara a interesar la sustancia blanca subyacente; pues sabido es que las radiaciones ópticas pasan por esta sustancia blanca a nivel y en la proximidad de la circunvolución parietal posterior y de la angular.

El diagnóstico tópico es, por lo tanto, muy claro y convincente, pero no así el patogénico. ¿Cuál es la naturaleza de esa lesión que hemos podido localizar con suficiente exactitud? Atendiendo al comienzo rápido del mal, y a los antecedentes reumáticos de la enferma, así como a su edad poco avanzada, pudiera pensarse en una embolia procedente de una endocarditis, pero téngase en cuenta que el proceso ha sido febril desde el primer momento, que la primera manifestación morbosa fué la alteración del estado general, con elevación extremada de la temperatura, y además que ni la auscultación más cuidadosa ni la anamnesis revelan el menor indicio de endocarditis; por estas razones rechazo el diagnóstico de embolia, pareciéndome lo más probable que se haya tratado de una toxi-infección general, que muy precozmente produjo una determinación del tipo de encefalitis, en el lugar del cerebro antes puntualizado. Y como en la época en que se inició la dolencia hacía estragos la gripe en la población donde la enferma residía, es lógico suponer que dicha toxi-infección fuera de carácter gripal. En resumen, el diagnóstico nosológico, patogénico y topográfico más verosímil es, en mi opinión, el de encefalitis gripal, localizada en parte de los lóbulos temporal, parietal y occipital izquierdos.

El pronóstico, dada la retrocesión de los síntomas, es de curabilidad, aunque lenta, y el tratamiento prescrito ha consistido en medicación estimuladora de la eliminación por los emuntorios orgánicos, y sobre todo

(1) J. D. LICKLEY: *The Nervous System*, pág. 83, Londres, 1912.

(2) I. J. SPENCER: *A Manual of Nervous Diseases*, pág. 117, Londres, 1916.

en ejercicios reeducativos de la audición y de la visión verbales, de la escritura y de la evocación de los símbolos lingüísticos.

COMPLEMENTO A UNA OPERACION DE KRAUKE

POR EL

DR. ANTONIO MORALES

En 1916 publiqué en EL SIGLO MÉDICO una operación de este género, en una enferma residente en Cornellá. La operación fué motivada por un cáncer que ocupaba todo el intestino recto, con núcleos neoplásicos que habían invadido el espacio de Douglas, teniendo que escindir y suturar, por consiguiente, una porción de aquella parte del peritoneo.

La enferma salió curada de la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar, en cuya clínica le practiqué la operación.

El cáncer no se ha reproducido, pero como hubo necesidad de sacrificar los elevadores del ano y los transversos del periné—superficiales y profundos—se le presentó al poco tiempo un prolapso de la mucosa de unos 12 centímetros de longitud. La operada retenía cada vez con mayor continencia las materias fecales.

Ya dije entonces, basado en las muchas operaciones que he practicado de este género, que el esfínter de O'Beiner, ó sea el superior, si bien de fibras pequeñas—hasta el punto que muchos anatómicos niegan su existencia—por la función que ha de desempeñar cuando faltan los inferiores, se hipertrofian sus fibras, y quedan muy potentes como esfínter de gran energía. De aquí se deduce que más hace la función al órgano que éste a la función.

Teníamos una operada que retenía perfectamente, pero con un prolapso de la mucosa rectal de 12 centímetros.

La situación era muy molesta, y le aconsejé un aparato de goma, sujeto con un *T de ano*, que no cumplió con el fin terapéutico que se deseaba. Estuve dudando si sería conveniente extirpar el prolapso, pero me convencí que no resolvería el problema, toda vez que sería casi seguro que el prolapso de la mucosa se reproduciría. En estas dudas y vacilaciones hice que viese a la operada mi hijo, para saber su opinión. Este me aconsejó: que llevase el prolapso hacia la parte lateral izquierda, y sacase la extremidad por entre las fibras musculares del gran glúteo, cuyo músculo en su parte correspondiente podía servir de sostén a la mucosa prolapsada, a más que por la curva podría evitarse dicha complicación.

Me pareció muy aceptable la idea, y previa termalización, refrescada toda la mucosa y practicada la canal correspondiente, coloqué el intestino prolapsado, suturando el extremo a la piel de la incisión glútea y la de toda la canal.

Al objeto de evitar una estenosis por estrangulación

cicatricial, coloqué un grueso tubo de goma en el extremo intestinal.

Cuando pasaron cuatro días, saqué el tubo, administré un purgante de aceite ricino emulsionado, agua de menta y café, y el funcionamiento fué completo.

Creí resuelto el problema. Se marchó la operada a su casa, pero al cabo de pocos meses vuelve con prolapso disminuido, pues no tenía más longitud que unos ocho centímetros.

Se intentan de nuevo los aparatos contentivos, pero sin resultado alguno, pues ahora le acasionaban mayores molestias que en la primera época.

Ante este segundo fracaso, y acordándome de las cicatrices retráctiles que se producen en las quemaduras, me propongo hacer con el termocauterio rayos cuterales desde arriba hacia la extremidad del intestino prolapsado.

Le he practicado con intervalo de mes y medio dichas cauterizaciones en número de tres, siguiendo las reglas siguientes: 1.ª Un purgante para limpiar el intestino, uno ó dos días anteriores a la cauterización. 2.ª Que la operada permaneciese un espacio de tiempo de pie para obtener la mayor longitud de la mucosa prolapsada. 3.ª Aplicación en toda esta mucosa de una solución de novocaina al 8 por 100 para anestesiarla y evitar el dolor de la cauterización. 4.ª A los diez minutos y con la lengüeta del termo al rojocereza, le practicaba unas líneas de arriba abajo y muy próximas unas de otras. 5.ª Una vez verificada la cauterización, que alguna vez determinaron pequeñas hemorragias sin importancia alguna, le aplicaba unas compresas de gasa esterilizadas, empapadas en hazelina y le reducía el prolapso después de algunos minutos. 6.ª Se ponía en cama la enferma por espacio de cuarenta y ocho horas.

A primeros del pasado Noviembre quedó la mucosa reducida sin haberse prolapsado.

Hace muy pocos días he visto a esta enferma, la que se encuentra perfectamente, y muy contenta, sin cáncer y sin prolapso.

Dando mayor amplitud a las reglas que me sirvieron de base al tratamiento postoperatorio, debo manifestar: que el purgante es necesario, ó mejor dicho, indispensable, en todas las operaciones que se practican en el intestino, así como los preparados de opio para retardar las evacuaciones, después de la operación, cumpliendo con aquella ley terapéutica muy antigua: de que el reposo es la primera condición terapéutica para la curación.

Es de sentido común que la posición es necesaria para obtener el máximo grado de prolapso, con mayor motivo habiendo tenido que sacrificar los elevadores, esfínteres y transversos.

La anestesia de la parte era muy necesaria sin necesidad de recurrir a la general, ni a la raquicocainización, pues considero a esta última poco práctica y hasta peligrosa.

No se me ocultaba que la anestesia del recto con la cocaína ha producido algunas intoxicaciones graves. He tenido ocasión de observar un caso, pudiéndose

salvar la operada, gracias á la rápida intervención. Hoy con la estovaina, la novocaína y otros medios similares no hay tanto peligro como había con la cocaína. Muchos recordarán, seguramente, á un cirujano ruso que se suicidó, atribuyéndose la muerte de un operado en el que había empleado la cocaína. Hay que tener presente que la absorción del intestino recto es considerable por el número de vasos linfáticos que por él se distribuyen; mas si esto sucede en condiciones normales, no hay que perder de vista, que en las mucosas prolapsadas los epitelios se estratifican en capas de aumento por el roce. En esta enferma las cauterizaciones fueron completamente *indóloras*.

Las cauterizaciones no deben practicarse al rojo blanco—equivalente á 1.500° del pirómetro—pues producen escaras secas que se desprenden al menor contacto y no cohiben las hemorragias si se producen; en cambio al rojocereza 1.000°—y al rojo obscuro—500°—producen escaras blandas y adherentes que evitan las hemorragias y producen mayor retracción cicatricial en la quemadura.

Se debe procurar que las retracciones favorezcan el acortamiento que se desea, y para ello las líneas deben ser paralelas al eje intestinal y muy próximas.

Es también de sentido común la aplicación de compresas frías, pues el calor se sustrae acto continuo; por eso se llaman cáusticos actuales, porque el calor es una *propiedad prestada, accidental, extrínseca*, al contrario de los cáusticos potenciales, que llevan la condición intrínseca *per se* y no *per accidens*, como acontece en los primeros.

La hazelina tiene, á más, la propiedad de obrar sobre las paredes de los vasos y la crisis de la sangre, por eso se aplicaban las compresas frías de este extracto fluido del *hamamelis virginica*.

Reducir el prolapso y que la enferma permaneciese en cama, se comprenden perfectamente, puesto que la diapedesis leucocitaria se aprovecha en su acción inmediata para los efectos cicatriciales.

Las retracciones en las quemaduras obran porque los epitelios no se regeneran más que por los mismos epitelios, pues hoy no hay histólogo alguno que admita la *metaplasia*. Por eso vemos en las grandes quemaduras de la piel que cuando se agota la elasticidad, queda una superficie cruenta que no se estira, y hay que recurrir á los *injertos*, que tanto enaltecieron el nombre de Reverdin, cirujano inventor de los mismos en una clínica de París, cuyo gran cirujano murió ciego en Suiza, su patria.

SOBRE LA FACOERISIS BARRAQUER

POR EL

DR. VILA MOERNO (de Barcelona)

Todo adelanto, todo progreso, cada idea nueva, cada procedimiento moderno, que tiende á simplificar un método, usado con más ó menos éxito en los distintos caminos del saber, bien probado está que al nacer y propagarse la noticia de su perfección, inmediatamente, consciente ó inconscientemente,

con pasión ó sin ella, da lugar á la formación de dos bandos; el devoto y el enemigo del nuevo sistema.

En folletos y revistas, en conferencias públicas y discusiones particulares, entre oftalmólogos autorizados y competentes, ha sido analizado y estudiado el procedimiento de extracción total del cristalino opacificado, junto con su cápsula, ideado por el Dr. Ignacio Barraquer, y tanto en unos como en otras he visto muy equívocos conceptos respecto á la técnica y resultados que se obtenían con la práctica de esta operación, deduciendo que quien lo discuta sistemáticamente, ó por el mero vicio de oposición á lo nuevo y revolucionario de la práctica operatoria de la catarata, lo hacía única y exclusivamente por falta de convicción, que por otra parte, muy fácilmente podría adquirir viendo operar al autor del nuevo procedimiento y rechazado los resultados de quien haya intentado ensayarlo con imperfectos aparatos ó siguiendo una técnica deficiente.

Obligado por insistentes ruegos de numerosos compañeros de esta, ávidos de oír la autorizada palabra del maestro, respecto á lo que tanto se hablaba y discutía, ofreció éste una conferencia en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, á la que acudieron aquellos deseosos de adquirir una idea exacta, un concepto sólido y convincente del modernísimo procedimiento que tantas ventajas engloba.

En brillantes párrafos, conciso y claro, hizo historia, una preciosa reseña de los viejos procedimientos empezando por el de la reel nación del cristalino en la cámara vítrea, exponiendo los inconvenientes de esta práctica, como son la cilitis y el glaucoma, y por consiguiente la pérdida de la visión, los de discisión y trituración del mismo, en los que, si en realidad se reabsorbe gran parte de la lente, no obstante difícilmente puede privarse á la pupila de restos de masas opacas, y de la cápsula, que indiscutiblemente ha de dificultar la visión á más de las complicaciones inflamatorias; que en el interior del ojo produce su permanencia.

Por ser el sistema actualmente usado, ó por considerarse el único que ofrece más facilidades y menores peligros postoperatorios, hizo un estudio detallado de la operación por quistitomía, desde Daviel hasta hoy. Este fué como el modelo tipo que escogió para probar las palpables ventajas de la extracción total, ya que si en la quistitomía hemos tropezado un sin número de veces con hernia del vítreo, enclavamientos en la cápsula y de masas, iritis, iridocyclitis y cataratas secundarias, jamás con la extracción total hemos de temer tales complicaciones toda vez que el cristalino al salir de su emplazamiento lo hace envuelto totalmente con su cápsula, consiguiendo por lo tanto el nombre de ideal, con el que acostumbran á apellidar los oftalmólogos el método de operar la catarata, extirpando el cristalino dentro de su saco capsular entero. Analizó las ventajas de la ventosa que coge siempre suavemente y saca fuera del ojo el cristalino entero, haciendo resaltar su diferencia con las grandes presiones del gancho de estrabismo en la operación de Smith, con las dislocaciones de la cucharilla en la de Pagenstecher, y con la infructuosidad de los diferentes modelos de pinzas, ideados por distintos oftalmólogos.

Relató á grandes rasgos los concienzudos experimentos que llevó á cabo antes de llegar á conseguir el fin deseado, explicando los inconvenientes que ofrecían los primeros aparatos que usó y las deficiencias de técnica, y cómo consiguió el perfeccionamiento de los mismos.

En la proyección de una serie de películas impresionadas por el Sr. Puigbert, de la casa Gaumont, en la galería fotográfica del doctor, pudimos cerciorarnos de la belleza del nuevo método; estableció comparaciones convincentes y grá-

ficas, siendo una de las más importantes la de que el colgajo no ha de ser mayor en la facoerisis que en la operación por quistitomía, presentando 15 operaciones entre las cuales vimos quistitomías Smith, y Facoerisis. La habilidad operatoria, la rapidez y limpieza de la técnica de la facoerisis, nos dejó encantados, toda vez que, en las operaciones proyectadas, vimos la gran felicidad con que se introduce la ventosa á través de la pequeña incisión y de la intacta pupila; cómo coge y arrastra al exterior la catarata con suma suavidad y rapidez, causando impresión el contraste de este método simplificado de extracción con las repetidas maniobras necesarias de la quistitomía y con el magullamiento del ojo en el Smith.

Leyó una estadística de los 630 casos que siguieron á los 125 primeros que empleó, en el perfeccionamiento de la técnica y del instrumental, la que puedo ofrecer algo resumida.

Extracciones simples.....	391
Extracciones combinadas.....	239
Con colgajo conjuntival.....	486
Con sutura previa.....	194

Resultados:

V de 0,7 á 1	— 308
V de 0,8 á 0,6	— 185
V de 0,1 á 0,8	— 44
V de 0,	8

Complicaciones, accidentes:

Hernias vitreo.....	5
Inversiones colgajos.....	2
Roturas cápsulas.....	3
Luxación lente.....	2
Infección.....	2
Hifema.....	7
Hernia iris.....	5
Hemorragia cámara anterior.....	3
Enclavamientos de la zónula.....	4
Iritis é iridocclitis.....	1

Antes de finalizar su elocuente peroración, hizo especial hincapié en lo que á los aparatos hace referencia, aconsejando de un modo especial el empleo del último modelo que se usa, construído en los talleres Vilaplana, que cumple perfectamente los deseos de su inventor, empleando un generador de vación constante y regulable, accionado por un motor eléctrico.

Invitó á los académicos á las sesiones públicas que da en el Hospital Clínico de esta ciudad, donde opera por facoerisis de 15 á 20 enfermos semanales.

Jamás se me había ocurrido ni remotamente ninguna de las objeciones que se habían hecho respecto al nuevo procedimiento. Una vez comprendidas sus ventajas y sencillez, adopté el Brisifaco con entusiasmo, convenciéndome en mi práctica que la Facoerisis constituía un verdadero perfeccionamiento en la operación de la catarata.

Ulceraciones de las piernas, su terapéutica activa por los preparados argénticos

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios.

Dada la frecuencia con que se presentan en hospitales y consultas, se pueden ver los resultados de los distintos agentes que se emplean en este proceso destructivo tan crónico. Actualmente empleo con mucha frecuencia variadas pomadas con base de nitrato de

plata, y los resultados siempre me han dejado muy satisfecho. Ni los fomentos, ni los toques, ni los polvos y pomadas suaves de otro género me han dado resultados parecidos al maravilloso nitrato de plata, tan sólo comparable su valer en las úlceras crónicas de las piernas de origen traumático y eruptivo en terreno varicoso y edematoso, á la valía extraordinaria que tienen los preparados mercuriales en las úlceras sifilíticas; lo mismo los tópicos argénticos que los mercuriales, los primeros en las úlceras comunes, los segundos en las específicas, sean del tamaño, forma y consistencia que tengan, y puede decirse que son específicas con la particularidad que cuanto más grande la lesión, más fuerte la dosis, más completa la mezcla de ambas, tanto más lujuriente y rápida es la marcha cicatricial, y en muchos casos se sustituyen sobre todo la pomada argéntica por la de mercurio en diversas ulceraciones, con buen resultado. Es debido este poder cicatrizante á la irritación que prodúcese sobre el lecho dérmico y subcutáneo que forma la ulceración. He tratado y trato úlceras de piernas y maleolares, y en las primeras, sobre todo en las que radican en las partes blandas, la granulación de reparación es tan activa con relieve marcado. El procedimiento que uso no puede ser muy criticable, por que su sencillez, facilidad de ejecución y resultados están al alcance de todos, y servirá de mucho en la práctica rural. Las pomadas deben ser concentradas del 1 al 10 por 100, asociadas al ictiol, bálsamo del Perú, con un excipiente de resorbina y óxido de cinc bastante espeso para que adhieran y se extiendan lo menos posible, procurando engrasar con cera, parafina ó vaselina espesa los alrededores, pues si bien suele tolerar bien la piel el contacto de esta pomada grisácea, cuando la concentración es fuerte y el tiempo de uso sostenido como ocurre en las grandes y profundas ulceraciones, puede producir dermatitis ó maceración de estas pieles vulnerables; se pone la pomada en el centro de discos ó rondones de gasa del tamaño de las úlceras, debiendo cubrir tres ó más veces diarias, cada cuatro horas, próximamente; nada de lavar ni complicar estas aplicaciones; lo mismo las pomadas argénticas en las ulceraciones crónicas de origen mixto varicoso infectivo-traumático, que las mercuriales en las sifilíticas, dan tanto mejor resultado cuanto más permanezcan en el sitio de aplicación y más sucia, digámoslo así, tengan la parte enferma, tanto mejor; estas pomadas son tan admirables que se bastan por sí solas para sus éxitos, cuidando no más de limpiar con vaselina ó aceite en torno de la lesión, cuando hay superpuestas láminas ó escamas que lo encallecen. También me proporcionan buenos resultados en las ulceraciones ganglionares ó cutáneas de origen escrofuloso ó linfático, sobre todo cuando se tocan ó fomentan previamente con soluciones fuertes de ácido pirogálico, ó cuando se asocian en forma de pomada pirogalo-nitro argénticas. En los escrofulatos de sífilis abiertos, ó sea en aquellas ulceraciones tan frecuentes en los cuellos de muchos enfermos que sufren este terreno mixto y que reproducen en las lesiones este mismo carácter, suelo com-

binar cura mercurial un día, alternando con la argénica al siguiente.

En general los mamelones de cicatrización son muy numerosos y compactos, color rosa fuerte con tinte opalino y sólo cuando es muy delgado el plano cutáneo y está levantado por el hueso subyacente, apenas granula y se cubre por epidermización de bordes, cuidando no traumatizar el nuevo epidermis.

BIBLIOGRAFIA

LA GRANULATION AZUROPHILE.—Dr. L. M. Bétancés.—Paris; La François, Libraire; 1918.

Tenemos ante nosotros un voluminoso tomo de 440 páginas y varias láminas en colores dedicado a un tema al parecer tan restringido como el que indica su título, y sin embargo, leyéndolo notamos que no están demás ninguna de sus páginas al tratar de la granulación azurófila, tanto la que se halla en las distintas células maduras de la serie linfóide, como la demostrable en las formas jóvenes de los tejidos leucopoyéticos.

Por el interés tan grande de este libro, creemos muy oportuno copiar a continuación, traduciéndolo del francés, el plan del trabajo.

Dice así:

«Nuestro trabajo, que comprende el estudio histológico y fisiológico de la granulación azurófila de las células mononucleares en general, está dividido en siete capítulos, cuyo resumen es el siguiente:

»*Capítulo primero.*—Historia de la granulación azurófila, del azul y de algunas mezclas que lo contienen.

»En este capítulo hemos procurado exponer todos los trabajos hechos sobre las granulaciones azurófilas, desde su descubrimiento hasta el año 1916. Este capítulo es largo, mas nos ha parecido necesario dar indicaciones detalladas, para evitar al lector largas investigaciones en la literatura extranjera y hacerle aprovechar de citas que le ahorrarán una ardua labor y una pérdida de tiempo. Si algunos trabajos han escapado a nuestras investigaciones será debido a las circunstancias actuales que no nos han permitido procurarnos algunas publicaciones extranjeras.

»En el *segundo capítulo* exponemos la técnica que hemos seguido en nuestras investigaciones. Este capítulo es breve, algunos detalles técnicos particulares se hallan por otra parte expuestos en el curso de la obra. Con esta técnica general hemos hecho todas nuestras investigaciones; se encontrará una facilidad real de ejecución, con la indicación de colorantes de empleo sencillo, rápido y práctico, como el biesinato de Tribondeau, del cual no hemos tenido conocimiento hasta mucho después de empezado nuestro trabajo con colorantes extranjeros.

»En el *tercer capítulo* hemos estudiado la anatomía microscópica de la granulación azurófila. Aquí empieza nuestro estudio histológico; comprende la descripción de las células que contienen estas granulaciones. Hemos estudiado estas células clasificándolas según la concepción unicista de las células sanguíneas, haciendo una subdivisión según la morfología del núcleo y del citoplasma. Hemos estudiado igualmente la granulación en las células de diversos tejidos del hombre y de algunos animales de laboratorio en los cuales no había sido estudiada, lo mismo en las células anormales. En este capítulo nos esforzamos en hacer comprender que la granulación azurófila en sus distintos aspectos y coloración es siempre la misma en cualquiera de las

células del hombre y de los animales y con independencia de la forma en que se presente; en los promielocitos de la leucemia mieloide es una forma atípica, lo que no impide que se trate de una granulación azurófila idéntica a las otras y diferente de la neutrófila madura o no madura.

»El *artículo cuarto*, continuación del estudio histológico, está consagrado a la histoquímica de la granulación azurófila, estudio emprendido antes de nosotros solamente por dos o tres hematólogos. Este capítulo completa el anterior; discutimos definitivamente la identificación de la granulación y sus diferencias con las de las otras células sanguíneas. Nos permitimos añadir que para este estudio no hemos tenido ocasión de obtener las técnicas seguidas por otros autores, lo que nos hubiera dado puntos de comparación de los resultados obtenidos. Para el fin que perseguimos y por la naturaleza de nuestro trabajo hubieran sido necesarias otras investigaciones microquímicas, pero las dificultades que encontramos en el estudio del análisis cromático de las granulaciones azurófilas fueron grandes a causa de la imposibilidad actual de procurarse ciertos productos colorantes y de la obligación de abstenerse de otros de dudosa pureza.

»En el *quinto capítulo*, por numerosas observaciones e investigaciones experimentales, hacemos ver la repartición de las células con granulaciones azurófilas en la sangre y en los distintos tejidos del hombre y de algunos animales, así como la proporción en que se encuentran en relación con las otras células. Establecemos esta proporción normal y las variaciones que puede experimentar en sus proporciones numéricas en el estado normal y en otros distintos estados. Por estas observaciones y hechos experimentales hacemos comprender las diferencias que existen entre las granulaciones azurófilas y las otras granulaciones leucocitarias maduras o no maduras, así como la independencia de estas granulaciones. La investigación de la repartición de la granulación azurófila en la sangre del hombre normal y en la leucemia había sido hecha sucintamente; hemos completado las investigaciones estudiando la sangre anormal del hombre y de ciertos animales, la sangre normal del niño, en los distintos estados fisiológicos, y haciendo variar experimentalmente la fórmula sanguínea del hombre y de algunos animales de laboratorio a fin de demostrar las diferencias de todas las granulaciones leucocitarias. En este capítulo damos numerosos cuadros que contienen exclusivamente ejemplos sacados de nuestras observaciones y experiencias.

»El *sexto capítulo* está consagrado al estudio fisiológico de la granulación azurófila y aquí, igual que en el estudio histológico, nos hemos visto obligados a comprender el estudio de la célula mononuclear. De nuestras investigaciones se puede deducir que la célula mononuclear con granulaciones azurófilas no se diferencia de las otras mononucleadas que no las presentan y de otras en sus actos funcionales, pero que la granulación azurófila indica una función especial de la célula mononuclear, función secretoria probablemente y unida a la actividad vital de dicha célula. Mostramos, con numerosas observaciones y hechos experimentales la finalidad biológica, y la importancia de los mononucleares con granulaciones azurófilas y como se puede deducir la capacidad vital del organismo en la lucha de defensa y de resistencia contra los agentes nocivos, la granulación azurófila da testimonio de la actividad funcional de la célula. Establecemos también en este capítulo que la granulación azurófila responde a una función de irritación de la célula mononuclear por agentes orgánicos o inorgánicos, líquidos o gaseosos, capaces de activar su vitalidad y que, al contrario, el agente que para o disminuye la vitalidad de la célula produce la desaparición de la granulación o de la célula

que la contiene, sin ser destruida. Por otra parte, los hechos experimentales y las observaciones que mencionamos en este capítulo están sacadas exclusivamente de nuestras notas de experiencias.

«El capítulo séptimo y último está igualmente consagrado a la fisiología de la granulación azurófila. Trata de diversas cuestiones, tales como la de la naturaleza de las células que contienen estas granulaciones (las cuales no se diferencian de otras células mononucleares). Estudiamos el origen de la granulación, es decir, el momento de la vida en que aparece y en qué órganos; la parte de la célula de que proviene, cómo está constituida y todo lo que representa. Nos hemos visto obligados en este capítulo a emitir algunas hipótesis y por analogía hemos querido resolver algunas de estas cuestiones, pero no nos hacemos ilusiones sobre su firmeza, porque mientras la naturaleza química del azul no sea conocida, los fenómenos químicos que llevan a la coloración de estas granulaciones por la mezcla neutra de eosinato de azul, serán inciertos, oscuros ó desconocidos.

«Finalmente, nuestro estudio está acompañado por algunas figuras».

En esta interesante obra ha hecho el autor una revisión completa del estado actual del problema y además ha llegado por sus numerosas observaciones y por los abundantes experimentos originales, al límite a que hoy puede llegarse en esta clase de estudios dadas las deficiencias, todavía considerables, de las técnicas conocidas.

G. PITTALUGA

LA MEDICINA Y LA GUERRA TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS DEL HIGADO

POR

M. SOUBEYRAN

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de Montpellier.

Entre los heridos de abdomen que hemos tenido ocasión de observar en los grupos de intransportables, hemos podido reunir 25 observaciones ciertas de heridas que interesaban la víscera hepática.

Si la gravedad de las lesiones de este órgano no es tanta como la de las heridas del tubo digestivo, no por eso tienen menos interés, y su estudio, sobre todo en los casos precozmente observados, es muy útil para contribuir a esclarecer los juicios.

Empecemos consignando los resultados de nuestras observaciones.

Número de casos observados: 26; curados, 14; muertos, 12.

Casos operados inmediatamente: 20; curados, 11; muertos, 9.

Casos no operados inmediatamente: 6 abstenciones; curados, 3; muertos, 3.

De los casos no operados, 2 no se acompañaban de síntomas graves: los 2 curaron; otros 8 presentaron síntomas graves: curó 1, y murieron 2.

Agentes causantes: 3 balas; 22 cascos de granada; 1 espadn. Diez veces el proyectil fué abandonado en la herida: hubo 7 curaciones y 3 muertes. Dos veces fueron extraídos tardíamente, con 2 curaciones.

Orificios de entrada: en 17 casos la puerta de entrada fué torácica (10 curaciones y 7 muertes).

En 9 casos fué abdominal ó lumbar (4 curaciones y 5 muertes).

Naturaleza de la lesión: A. Fue solamente lesionado el hígado en 7 casos (5 curaciones y 2 muertes).

B. Lesiones del hígado y de otras vísceras: pleura, nueve veces; pulmón, dos veces; estómago, cuatro (con 2 curaciones); pelvis y raquis, 3.

C. Cuatro tipos de lesiones se han observado en el tejido hepático:

1.º Perforaciones: seis veces, con tres curaciones, y tres muertes.

2.º Desgarraduras y surcos tangenciales: ocho veces, con siete curaciones y una defunción.

3.º De penetración simple ó con túneles incurvados: siete veces, con tres curaciones y cuatro muertes.

4.º De estallido: 4 casos, con 4 defunciones.

Hemorragia de alguna importancia (mediana ó grave), fué observada en 13 casos:

1.º Dos veces en la autopsia.

2.º Once veces en el curso de la intervención, con 5 curaciones y 6 muertes. No hemos podido comprobar que la sangre fuera más oscura que la de las otras vísceras abdominales. La abundancia de la hemorragia nos ha parecido que no dependía de la extensión de la herida. Hemos comprobado que algunas heridas amplias sangran poco y que otras estrechas pueden dar mucha sangre, si un vaso importante está lesionado y abierto, sobre todo cerca del hilio. A suturar se ha visto también que la simple picadura de la aguja puede ocasionar un derrame de sangre muy abundante y difícil de contener; es que la aguja ha encontrado a su paso un vaso importante. Nunca hemos observado hemorragias secundarias.

Derrame de bilis al exterior no se ha encontrado en nuestras observaciones. Dos veces el peritoneo contenía bilis por lesión de las vías biliares; tras la operación nunca se ha observado.

La hora de la intervención oscila entre la quinta y la duodécima.

El estado de shock fué observado siete veces; dos veces sin gran hemorragia; cinco veces con hemorragia copiosa y conmoción.

Modo de tratamiento.—De 20 casos que fueron operados, pronto se utilizó siete veces la vía torácica, con 5 curaciones y 2 muertes; trece veces la vía abdominal, con 6 curaciones y 7 defunciones.

La sutura fué empleada en 10 casos, con 6 curaciones y 4 defunciones. El taponamiento en 8 casos, dando dos curaciones y 6 defunciones, debiéndose añadir que generalmente se empleó en casos desesperados.

Como trastornos consecutivos, sólo una vez, al cuarto día en un caso de abstención, hemos visto aparecer la ictericia.

Mencionaremos un caso de absceso consecutivo (seis días) y una fistula, en dos casos de abstención y abandono del proyectil (casco de granada), cuya extracción condujo a la curación.

Lesiones de las vías biliares.—Fueron observadas dos veces; una vez era una rama importante del conducto hepático la que estaba herida. En el otro caso se trataba de la sección del cuello de la vejiga y de los vasos del hilio.

Estas lesiones existían también, ya se entiende, en los grandes estallamientos del hígado, de los que hemos observado 4 casos.

En todos estos casos las lesiones de la glándula eran muy importantes, y condujeron a la muerte.

Reflexiones.—Quénu decía hace poco: «Las heridas del hígado no son de la benignidad que las atribuyen algunos cirujanos; su pronóstico debe ser revisado, y es necesario observarlas en los intransportables.» He aquí lo que nos ha sido dado hacer.

Dos puntos dominan la historia clínica de las heridas del hígado:

1.º, la hemorragia; 2.º, las lesiones asociadas.

La hemorragia ocupa el primer lugar, especialmente cuando la lesión está limitada al hígado; no insistiremos sobre las nociones bien conocidas de la *facies*, del pulso, etc.; pero llamaremos la atención sobre dos síntomas menos conocidos, que indican una lesión hepática importante:

1.º La contractura dolorosa de la pared abdominal por delante del hígado herido, con viva sensibilidad de la región á la menor presión; este dolor se vuelve á hallar al efectuar la presión en los espacios intercostales prehepáticos.

2.º Muy vivo dolor espontáneo, á veces con sensación de angustia y disnea, experimentadas sobre todo cuando el proyectil ha atravesado el diafragma y herido la pleura.

En cuanto á las lesiones concomitantes, seremos breves; unas veces las lesiones del hígado son las de más importancia; otras pasan á ocupar un lugar secundario, siendo las del tubo digestivo las que ocupan el primer término.

Estas nociones, muy esquemáticas, nos llevan á fijar las indicaciones.

Indicaciones.— A. La intervención en las heridas de hígado estará indicada:

1.º Si los síntomas de hemorragia son importantes, particularmente si el trayecto del proyectil parece interesar la vecindad del hilio, que sangra mucho más que las otras regiones hepáticas.

2.º Cuando se supone otra lesión visceral. En este caso: el estudio del trayecto del proyectil será muy útil; se tendrá en cuenta todo lo posible la actitud del paciente en el momento de ser herido (echado, inclinado, etc.). La misma localización exacta radiológica del proyectil será muy útil permitiendo reconstruir el trayecto á partir del orificio de entrada.

B. Habrá que abstenerse de intervenir:

1.º Cuando los síntomas de hemorragia son nulos ó poco importantes. En numerosos heridos del hígado que no sangraban ó que sangraban poco, al operar hemos comprobado que no eran precisos ni sutura ni taponamiento.

2.º Cuando se tiene la certidumbre radiológica de que el proyectil, poco voluminoso, se halla en el tejido hepático, y no produce accidentes inmediatos (1).

3.º Si el estado de shock es muy profundo y la postración grande (heridas múltiples).

C. *¿Dónde debe hacerse la incisión?* Para llegar al hígado tenemos dos vías: la anterior y la postero-lateral.

I. Por delante disponemos:

1.º De la laparotomía media ó lateral;

2.º De la incisión oblicua subcostal derecha;

3.º De la incisión oblicua con resección costal de Lannelongue;

4.º De la combinación de estas diversas incisiones.

II. Por detrás y lateralmente tenemos la vía transpleurodiafragmática con resección costal.

El modo de incisión dependerá de la situación de los orificios y del trayecto, que se reconstituye por la situación de los orificios de entrada y de salida; ó, si existe un trayecto incurvado, por medio de la localización radioscópica del proyectil. La incisión debe dar un acceso fácil á la zona hepática lesionada y sangrante.

a. La laparotomía será reservada para los trayectos que

(1) Hay que desconfiar, sin embargo, de los pequeños proyectiles infradiafragmáticos sin accidentes inmediatos. Hemos tenido ocasión de ver un herido con dos pequeños fragmentos de proyectil en el hígado, no operado, y en el cual á los doce días de haber sido herido estalló el tétanos que fué rápidamente mortal.

parezcan interesar la región anterior del hígado: surcos transversales, oblicuos ó anteroposteriores del abdomen, con signos de hemorragia peritoneal, sobre todo si se sospecha alguna lesión de otra víscera. Se podrá añadir además una incisión transversal ó una incisión para la resección del reborde costal.

Esta vía convendrá también para las heridas curvas cuyo orificio de entrada interese la región subcostal anterior.

b. La vía tratorácica anterolateral ó posterior será utilizada para las heridas incurvadas cuyo orificio de entrada tenga su asiento en un espacio intercostal o en el costado correspondiente a la zona hepática.

Por la primera vía (abdominal) se explora las lesiones de la cara inferior, del borde anterior y de la cara convexa en su zona anterior; la superficie hepática vista es más amplia si baja el hígado, si se eleva el reborde torácico y, sobre todo, si se reseca definitiva ó temporalmente.

Por la vía torácica, transpleurodiafragmática, hay que limitarse ordinariamente á seguir el trayecto del proyectil agrandando la herida diafragmática, descubriendo así lo ampliamente posible la parte postero superior del hígado que se presenta con la herida.

D. *Tratamiento de la herida hepática:*

1.º Las pequeñas heridas del hígado sangran poco por lo general, salvo ciertos tejidos hepáticos alterados: un punto de sutura nos parece preferible á una pequeña mecha que impide la oclusión completa de la pared.

2.º Los *túneles profundos* serán drenados con una mecha ó con un tubo de drenaje rodeado de gasa; en la parte media de aquellos puede verificarse una acumulación de sangre formando una verdadera hematoma, cuya expulsión sería dificultada por un sutura terminal.

Quando la vía de acceso atraviesa la pleura y el diafragma, el taponamiento es transpleurodiafragmático si se sutura la herida del hígado, no se descuidará suturar también la de la pleura.

3.º Las *grandes brechas* serán cerradas por sutura simple ó en U, hechas sin apretar demasiado, con catgut grueso. Si sus bordes están contusos y machacados, ó si parecen infectados, se recurrirá al taponamiento. Algunos autores han interpuesto el epiploón entre los bordes de la herida.

4.º Ante los grandes destrozos, en los estallamientos, se hará principalmente un taponamiento apretado y rápido (generalmente insuficiente), con resección bajo ligadura de las partes pediculadas arrancadas.

5.º En cuanto á las *lesiones vesiculares*, ordinariamente se impone la colestectomía, á no ser que se trate de una pequeña perforación bien manifiesta, que será suturada.

Queda la cuestión de los *proyectiles intrahepáticos*.

Su ablación inmediata sería evidentemente deseable, tras una buena localización radioscópica y con el concurso de la pantalla; durante la operación, el dedo que se pasea por la superficie hepática, puede sentir bajo ésta el cuerpo extraño; la palpación-bimanual puede también ser útil, así como la exploración del trayecto con estilete, hecha con prudencia.

Pero es necesario no obstinarse en extraer el proyectil: es necesario no prolongar las manipulaciones para descubrirlos, con tanto más motivo cuanto que generalmente la operación se efectúa en pacientes para los cuales la prolongación del acto operatorio es perjudicial.

Es preciso además recordar que el tejido hepático es por lo general muy tolerante para los cuerpos extraños (dos años en un caso observado por nosotros) y que comunmente se defiende bien contra la septicemia de aquellos. La ablación del cuerpo extraño se hará más tarde, cuando la tormenta haya pasado, á veces á cambio de un absceso de curso be-

nigno. Las indicaciones suministradas por la temperatura constituyen datos preciosos; cuando exista elevación térmica no se titubeará en intervenir.

(Se acompaña este trabajo de 26 observaciones.)

(*Revue de Chirurgie*).

Cosas del siglo pasado.

PARTO DE DOS MELLIZOS MONSTRUOS

Con este mismo título el cirujano inglés W. F. Askham publicó el año 1849 en *The Lancet*, de Londres, una notable observación, que reproducimos como curiosidad científica.

Se trataba del cuarto parto de una joven robusta y bien constituida. «Antes de llegar el profesor—dice el articulista—tuvo la parturiente una hemorragia bastante considerable, y en cuanto aquel se presentó y reconoció a la paciente, observó que el parto era natural y que estaba muy avanzado, tanto, que a los pocos momentos parió dos criaturas muertas unidas desde el esternón hasta la región umbilical. Una de ellas era varón, y la otra carecía, por lo menos visiblemente, de los órganos de la generación, faltándole también el ano. Examinadas presentaban las siguientes anomalías:

»Cada una tenía su columna vertebral, pero en una de ellas se notaban dos *corvaduras* laterales muy marcadas; había dos esternones: el uno que formaba el límite anterior, y el otro el posterior de la cavidad torácica en ambos cuerpos, cavidad que se hallaba dividida verticalmente por una membrana tendinosa y fibrosa. Uno de los corazones, pues se encontraron dos, era del tamaño de un huevo de gallina y el otro tenía el volumen de una avellana gorda. Cada cuerpo tenía dos pulmones completos, los esófagos dobles; ambos duodenos tienen un mismo origen, pero al instante se unen, y al unirse reciben el colédoco, que es común.

»El duodeno continuaba unido en la extensión de dos pies, pero se ensanchaba luego transformándose en un saco de forma triangular, de considerable extensión y saliendo de cada uno de los ángulos inferiores un pequeño intestino, que continuaba el del lado izquierdo con el colon, ciego y recto, y el del derecho concluía en una bolsa, sin que pudiera descubrirse en ella ningún otro órgano. La cavidad abdominal era común a ambos cuerpos; el hígado estaba dividido en dos grandes lóbulos, cada uno de los cuales tenía su vesícula biliar y su conducto correspondiente, uniéndose éstos antes de penetrar en el intestino, y formaban un canal en el punto en que ambos duodenos se reunían. Los riñones de una son grandes, los de la otra pequeños, y existían dos vejigas urinarias. Tan sólo había una placenta y un cordón umbilical, y éste en su inserción, en el ombligo, era muy voluminoso. La criatura de la izquierda tenía el ano imperforado, el corazón y los riñones pequeños y dos dedos pulgares en una mano.

»En lo demás, las dos criaturas se parecían [mucho, estando igualmente desarrolladas y del mismo tamaño.

»La parturiente tuvo un buen puerperio y se restableció completamente.»

Periódicos médicos.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Indicaciones de la cirugía biliar en la coleditis y sus complicaciones, por el Dr. Juan Pérez Ruiz Crespo.—Estudia el autor las causas por las que no se debe ope-

rar y las por que se debe operar, así como la oportunidad de la operación, en los casos de coleditis, y establece las siguientes conclusiones:

- 1.^a La cirugía biliar está abandonada injustamente.
- 2.^a Los especialistas en enfermedades del hígado deben ser también cirujanos.
- 3.^a Gran número de enfermos que hoy no se curan, se curarían con la intervención.
- 4.^a Es preciso el diagnóstico precoz y exacto de estas enfermedades.
- 5.^a Todos los casos bien diagnosticados, que mejoran progresivamente con el tratamiento médico, no deben ser operados.
- 6.^a Todos los casos que tratados médicamente no puedan llenar las tres condiciones de Kehr para su curación, deben ser operados.
- 7.^a La condición social del enfermo es factor de importancia para prescribir la operación.
- 8.^a Debe intervenir lo antes posible, siendo tanto mejor el resultado cuanto menor sea la infección.
- 9.^a Salvo casos de urgencia, debe operarse en frío, como en la apendicitis.
10. La operación de mejor resultado es la colecistectomía.
11. Siempre que se pueda se practicará el drenaje de las vías biliares, y
12. La intervención en histéricas y neurópatas tiene el peligro de la falsa recidiva. (*Los Progresos de la Clínica* Madrid, Diciembre de 1918.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Sobre antisépticos para las heridas. Acompaña una nota para la investigación del poder penetrante bactericida de los antisépticos, por los Dres. Hiroshi Tsuji y Kakugorô Tachibana.—Muchos cirujanos se esfuerzan ahora en tratar todas las heridas, incluso las sépticas, asépticamente. Las razones que a ello les impulsan son sobre poco más o menos las siguientes:

- 1) Muchos antisépticos se combinan con facilidad con sustancias proteicas y su verdadera potencia antiséptica se disminuye considerablemente por sustancias albuminosas. La acción del sublimado por ejemplo se reduce a su centésima parte por su combinación con el suero.
- 2) Los antisépticos aplicados a las heridas perjudican más o menos las células, tanto las de los tejidos como emigrantes, entorpeciendo de éste modo la fagocitosis.
- 3) Dichas células mortificadas por los antisépticos forman en las superficies cruentas una capa más o menos gruesa que es buen terreno de cultivo para las bacterias patógenas.
- 4) Como Wright y algunos otros admiten con razón, los antisépticos no ejercen acción sobre los gérmenes comprendidos en los tejidos o coágulos. Por muy enérgica acción desinfectante superficial que realicen, sólo con mucha dificultad penetran en la profundidad.
- 5) Los antisépticos obran sobre el organismo de modo más o menos tóxico puesto que por término medio son venenos celulares.

De aquí que un antiséptico ideal deba reunir sobre poco más o menos las condiciones siguientes:

- 1) Desplegar una poderosa acción bactericida incluso en medios que contengan albúminas.
- 2) No ejercer acción nociva alguna sobre las células vivas del organismo.
- 3) No provocar irritación local desfavorable de los tejidos vivos ni acción tóxica general por absorción.

4) Excitar las células fijas á formar granulaciones sanas, precipitar la epidermización de las superficies cruentas y ocasionar un incremento de la leucocitosis y consiguiente fagocitosis local.

5) Que su acción germicida no sea exclusivamente superficial, sino también penetrante.

Para explorar el poder penetrante de los antisépticos pastosos ideó Cheyne un procedimiento consistente en embadurnar con ellos un cubreobjetos y colocarle debajo de una placa de agar en la cápsula de Petri, sembrando emulsiones bacterianas en la superficie. Los autores han empleado placas de agar de 1 y 1,5 centímetros de espesor y de concentración al 1 y 2 por 100, resultando para las placas de 1 centímetro las pastas más penetrantes las de fenol al 20 por 100, tricresol al 20 y borsal (mezcla de ácidos ebórico y salicílico, según Cheyne) al 20 también. Los preparados de ácido salicílico al 30, yodoformo al 90 y sublimado al 0,4 por 100 poco ó muy poco penetrantes. Entre las placas de 1 y 2 por 100 de concentración, la diferencia fué muy escasa. Para las placas de 1,5 centímetros de espesor fué activo el fenol. El tricresol y borsal mostraron una acción muy escasa y los demás ninguna, esto con una concentración al 1 por 100, que las preparadas al 2 por 100 sólo el fenol fué capaz de atravesarlas y esto débilmente.

En resumen, de nuestras experiencias resulta que el cianocuproliduro potásico, tintura de iodo, peróxido de hidrógeno, fenol, tricresol y los colorantes metálicos, tienen una gran difusibilidad.

Exceptuado el ioduro potásico, peróxido de hidrógeno y verde brillante, producen una precipitación mayor ó menor de la albúmina.

La difusibilidad del sublimado no es tan escasa, según nuestra experiencia, como hasta ahora se había creído. En el agar difunde más que en el alcohol. El iodo, disuelto á favor del ioduro potásico en la tintura de iodo, produce una considerable precipitación de la albúmina, mientras sus disolventes respectivos ó no la precipitan ó la precipitan muy poco y difunden menos, lo cual demuestra que la adición de iodo aumenta su difusibilidad. Las soluciones de hipoclorito de Dakin y Duret tienen una acción penetrante bactericida escasa, al paso que son muy activas en medios líquidos, como suero. De los antisépticos del grupo del fenol, el mejor es el ácido fénico, por ser el que menos enturbia el agar. Los colorantes orgánicos tienen un poder de difusión extraordinariamente grande el que más, el verde de malaquita, pero es preferible el verde brillante que precipita el agar.

La difusibilidad de casi todos los antisépticos aumenta con su concentración; únicamente con el peróxido de hidrógeno sucede lo contrario, la solución al 5 por 100 difunde más que la al 10 por 100. (*Acta scholae medicinalis Universitatis Imperialis in Kioto*, 1918.)

3. Por qué deben resecarse las úlceras gástricas, por el Dr. Paul Carnot.—Señala el autor en su trabajo los diversos casos en que deben ser tratadas quirúrgicamente las úlceras gástricas, y deduce las siguientes conclusiones:

1.^a La gastroenterostomía, modificando las condiciones de los movimientos del bolo alimenticio en un estómago ulcerado, dejándole en reposo y neutralizando por reflujo de bilis su secreción nociva, mejora realmente la evolución de las úlceras, pero sin poder asegurar que los resultados tardíos sean por completo satisfactorios y sin obrar preventivamente sobre las complicaciones más temibles de la úlcera: la hemorragia, la perforación y sobre todo la cancerización.

2.^a La resección con gastroenterostomía produce á la vez que las ventajas dichas una seguridad mucho mayor

que la gastroenterostomía simple, porque extirpando la úlcera se suprimen las complicaciones que tienen por asiento la úlcera y, por lo tanto, los peligros de hemorragia, de perforación y sobre todo de cancerización al nivel de la lesión antigua.

3.^a La resección no da, sin embargo, una seguridad preventiva absoluta respecto de la posibilidad de evolución de otras úlceras coexistentes y desconocidas ó desarrolladas ulteriormente. Contra estos riesgos, que son menos considerables cuanto mejor y más extensa haya sido hecha la extirpación radical, hay que luchar para evitar la reproducción del proceso ulceroso, continuando durante largo tiempo el tratamiento médico y el régimen adecuado. (*Paris Médical*, 7 de Diciembre de 1918.)

4. Investigaciones experimentales relativas á la obstrucción artificial del intestino ó píloro, por el Dr. Sukemasá Ogata.—En vista del mal resultado que dan los métodos corrientemente empleados para la obstrucción de píloro, y de que los que daban mejor resultado eran aquellos en que se empleaba para ligar el píloro ó intestino delgado tiras aponeuróticas, el autor ha seguido los siguientes procedimientos:

a) Laparotomía media subumbilical, enteroanastomosis laterolateral en el íleon, próxima al ciego, formando un asa de unos 30 centímetros de longitud; en este asa se practica una incisión longitudinal de 1 centímetro de extensión y se raspa la mucosa con la cucharilla cortante en una extensión de unos dos centímetros, con pérdida hasta la submucosa. Se cierra la herida con unos puntos de seda y se comprime mediante una tira aponeurótica de 4 centímetros de longitud por $\frac{1}{2}$ centímetro de anchura. La compresión no muy enérgica. La tira aponeurótica se sujeta con una sutura de Lembert. La herida abdominal se cierra por sutura por planos. Hizo el autor 3 experimentos de este método en perros. Sacrificados éstos, se observó en la autopsia que se había conseguido el objeto pretendido en 2 de los casos. La tira aponeurótica, á los doscientos cincuenta días de la operación se hallaba reducida de tamaño, por reabsorción.

b) Previa laparotomía, igual que la anterior, se hace una ileocolostomía latero-lateral. La incisión del intestino se hace con termocauterio, y de igual modo se cauteriza la mucosa en una extensión de 2 centímetros. La ligadura como en el caso anterior.

Con este método no se encontró en ninguno de los cuatro experimentos que se hicieron cierre absoluto anatómico de la luz del conducto.

c) La cauterización del caso anterior se sustituye incendiando el borde libre del intestino en una longitud de 3 á 4 centímetros, excepto la mucosa, que se aísla en este trecho, se cierra por medio de dos suturas, y entre las dos se extirpa una porción de tubo mucoso de unos 2 centímetros de longitud. Tiene el inconveniente de que á veces sobrevienen hemorragias y perforación en el sitio operado. La estenosis deja bastante que desear.

d) Preparación como en a). Se colocan dos ligaduras con catgut á una distancia de 2 centímetros una de otra. En la región intermedia se practica una punción del intestino y mediante una cánula de cristal se inyectan de tres á cinco gotas de una solución de ácido sulfúrico al 70 por 100. El trayecto de la punción se cierra por unos puntos de seda. En un caso, la cauterización fué excesiva, en los otros dos se produjo una estenosis suficiente para el objeto de la intervención.

e) Preparación como en d). Se ligan las venas necesarias para producir cianosis intensa de una porción de intestino de 4 á 6 centímetros de longitud; en esta porción se aplica el

enterotribo, produciendo una compresión muy enérgica. Encima se pone la tira aponeurótica de un centímetro de anchura por 4 de longitud.

En dos casos hubo peritonitis. La obstrucción no fué completa en ningún caso, en uno de los experimentos la tira aponeurótica seguía en el sitio en que fué colocada, en otro se hallaba en la luz del intestino, y en los demás no se encontró.

f) La misma preparación y el mismo modo de tratar el intestino que en la forma anterior, sólo que por encima de la tira aponeurótica se coloca un hilo de seda dándole tres á seis vueltas, y cubriendo todo con porciones del intestino que se sujetan gracias á una sutura seromuscular. La estenosis fué completa con este procedimiento.

g) Previa ileocolostomía laterolateral, se procede como en el caso anterior, sustituyendo el hilo de seda por uno de plata. Sólo se consigue la obturación funcional.

Resumen: 1) En la inmensa mayoría de los casos hasta ahora publicados de obturación intestinal ó pilórica completas por operaciones sencillas, sólo se dió una pronunciada estenosis.

2) En sus experimentos tampoco ha podido el autor observar ni una sola vez la obstrucción anatómica completa.

3) Para alcanzar la obstrucción funcional de todos los métodos sencillos empleados, es preferible el que consiste en ligar el intestino con una tira aponeurótica.

4) El procedimiento de Biondi con el cual cree Porta haber conseguido la obturación del píloro es de una técnica muy difícil, más aún que la sección total del intestino con cierre de ambos muñones.

5) Por la ligadura del píloro ó intestino con materiales heteroplásticos, la pared del tubo digestivo se necrosa progresivamente y el material de ligadura suele llegar á caer en la luz del conducto.

6) En cambio los materiales autoplásticos no muestran tendencia á cortar la pared y son reabsorbidos en el sitio. (*Acta Scholae Medicinalis Universitatis Imperialis, Kioto, 1918.*)

TERAPÉUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Nota sobre el tratamiento de la gripe, por A. Pinavy y R. Robine.**—El hecho de haber preconizado Loeper las inyecciones intravenosas de urotropina en diversas infecciones, indujo á los autores á emplear este tratamiento en las neumonías y bronconeumonías gripales, y los resultados obtenidos son dignos de ser conocidos.

En el curso de la epidemia actual han tenido á su cuidado 37 casos de gripe con complicaciones pulmonares de forma neumónica ó bronconeumónica.

De estos enfermos, 17 fueron tratados por las inyecciones intravenosas de urotropina. Tuvieron una defunción.

Los 20 restantes fueron sometidos á otros tratamientos: inyecciones de hemetina, suero antineumocócico, etc. En este grupo de enfermos se registraron cinco defunciones.

Los autores emplean una solución que contiene 0,25 centigramos de urotropina por centímetro cúbico é inyectan cada día 8 c. c. de esta solución. No han observado nunca el menor signo de intolerancia. En el único enfermo de albuminuria abundante en que inyectaron la urotropina no observaron efecto alguno apreciable sobre el riñón. (*Bulletins et Memoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 21 de Noviembre de 1918.*)

2. **Empleo de la solución concentrada de sacarosa en inyección intravenosa en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por M. Georges Rosenthal.**—El autor

ha demostrado en una comunicación reciente presentada á la *Société de Therapeutique*, que la solución concentrada de sacarosa preconizada por Lo Monaco en inyecciones hipodérmicas tiene una actividad mucho mayor cuando se aplica en inyección intravenosa.

Empleada en serie de 20 inyecciones intravenosas cotidianas de 5, 10 ó 20 c. c., la solución Lo Monaco (sacarosa y agua á partes iguales) no produce efecto tóxico alguno, ni reacción local ó general, ni elevación térmica, ni escalofrío, ni trastornos de la circulación periférica, y en cambio provoca una mayor actividad de las funciones hepáticas, lo cual explica el aumento de peso y la mejoría indiscutible que el autor ha obtenido en los caquéticos y debilitados sometidos á este tratamiento, sean tuberculosos ó no.

Es, pues, por acción indirecta, según ha proclamado Lo Monaco, por lo que mejora la tuberculosis pulmonar, hasta dar en algunos casos la apariencia de una curación completa.

Presenta el autor varios casos de su observación personal para demostrarlo, y deduce de sus resultados que la inyección intravenosa de solución concentrada de sacarosa tiene una acción poderosa sobre la nutrición; acción que puede en los casos más felices darle la apariencia de una medicación específica de la tuberculosis. (*Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 21 de Noviembre de 1918.*)

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Radium. Cancer del útero, por el Dr. Ramón Sáinz de Baranda.**—Presenta varias observaciones de su práctica particular y deduce el autor de su estudio las siguientes conclusiones:

1.^a El radio es un cuerpo simple que tiene la facultad de emitir rayos llamados α , β y γ de distintas propiedades, merced á constantes transformaciones que le convierten en cuerpo inerte.

2.^a Como resultado de los estudios realizados por los diversos autores sobre la dosis á emplear, parece existir unanimidad en apreciar como las más convenientes las comprendidas entre 30 y 60 miligramos.

3.^a En el carcinoma cervical limitado, la indicación es absoluta.

4.^a En los cánceres del cuello propagados, la indicación subsiste, si bien sus efectos curativos estarán acondicionados á la forma y cantidad de propagación, que podrá llegar á ser contraindicación.

5.^a En la localización corporal cabe discusión con el tratamiento quirúrgico, si bien puede conseguirse la curación radiumterápica con menos riesgo para la enferma.

6.^a En los cánceres recidivados el único tratamiento es el rádivo á título paliativo, que algunas veces puede ser curativo.

7.^a Las teorías hasta hoy enunciadas para explicar la acción del radium sobre las células cancerosas, no satisfacen por completo, pero sí es un hecho que en el radium tenemos un elemento de acción específica sobre los elementos epiteliales atípicos.

8.^a De los medios empleados como coadyuvantes al tratamiento rádivo, son los rayos X por su poder más penetrante y su acción sobre las posibles propagaciones linfáticas, el que más se debe preconizar. (*La Prensa Médica, Habana, Septiembre de 1918.*)

EL SIGLO MÉDICO

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.

Año nuevo, nuevos temores.

Entra con este número EL SIGLO MÉDICO en el año sexagésimo sexto de su publicación; desde el primer ejemplar aparecido en Enero de 1854 hasta el que hoy escribimos, toda la historia que representa nuestra publicación significa un esfuerzo permanente, constante, sin desfallecimientos, ni desvíos, teniendo por norte el progreso y el fomento de la ciencia y de la enseñanza médica en España, la dignificación y mejora del ejercicio profesional y la aspiración a los justos é indiscutibles derechos de las clases sanitarias en la gobernación y el porvenir del Estado. Si en el primer sentido, en el de la labor científica, podemos envanecernos de haber sido fructífera nuestra labor y lucido el registro de los adelantos en que España ha ido progresando; en cambio, en lo que debiera ser más fácil, es decir, en el mejoramiento de las instituciones sanitarias y de la adaptación a ella de las clases profesionales, nuestra pelea ha tenido pocos éxitos, nuestro constante batallar no ha sido coronado por la victoria, y lo que es peor, ni siquiera reconocido y estimado. Esto acobardaría a otros que no fuéramos nosotros, pero el convencimiento de la razón que nos asiste, la esperanza de que tarde ó temprano España entera, sus gobernantes distraídos en problemas de menor cuantía, la atención social dormida cuando no inculca, las clases médicas desunidas en sus divisiones y rivalidades, todos los elementos, en fin, cuyo concurso es imprescindible para la solución del magno problema del resurgimiento físico de nuestra raza, todos llegará un momento en que comprenderán sus respectivos deberes y ayudarán a la conquista y a la realización del ideal común. Para la obtención de este fin no habrá de faltar en su modesto papel, la voz mesurada pero constante, patriótica y desinteresada de una publicación que en dos tercios de siglo no ha merecido un sólo reproche justificado por haber abandonado ni cejado en lo que al nacer se propuso.

Nuestra tradición y el ejemplo de nuestros antecesores nos obligan, y tanto como ellos el favor creciente, que en proporciones inesperadas nos concede el público médico, parece decirnos y nosotros

así lo entendemos: «Adelante, porque ese es el camino, y estando en el camino que conduce a una meta y no parando en él, se llega al cabo.»

Todo esto es verdad en lo que tiene de afirmación y de propósito, pero no lo es menos que el año que comienza se presenta ante nosotros con más presagios de peligro que halagos de esperanza. De mucho servirá para mitigar aquéllos y fortalecer éstos el que se encuentre al frente de la Administración sanitaria española, médico tan ilustre é inteligencia tan alta como la de nuestro compañero el señor Gimeno; mucho servirá también el que la propaganda constante llevada a cabo por los verdaderamente convencidos del fondo y del espíritu patriótico y humanitario del asunto, prepara desde hace años las convicciones de políticos y de pensadores, que a su vez influyen en la opinión general y ésta en las decisiones de la política; pero no olvidemos el momento crítico histórico en que vivimos; no olvidemos lo que los conciertos generales de paz pueden influir en los destinos de nuestro país, y sobre todo no nos descuidemos al pensar que las fervorosas corrientes de autonomía que dominan en la política interior, tienen más de amenazadoras que de bonancibles para lo que a nosotros sobre todas las cosas nos interesa. Nunca más que ahora necesitan los médicos españoles dar muestras de mesura, de unión y de convergencia en sus aspiraciones. Esperemos que no olviden lo que se deben a sí mismos, a la Humanidad y a la Patria.

DECIO CARLAN.

LA PROPAGANDA HIGIÉNICA

Publicamos con gusto la siguiente carta, por lo que tiene de muestra de un convencimiento noble y de un propósito generoso. Sin que participemos de las opiniones acerca de la eficacia de ella propuesto, sobre todo en lo que se refiere a la formación de Juntas, etc., creemos que las iniciativas del Sr. Gallego son dignas de ser conocidas y secundadas; pero el pensamiento de los propagandistas de la *Obra Higiénica de Propaganda* está en difundir ideas y provocar ejemplos, sin organizaciones oficiales ni particulares, sin gastos de ningún género, pues tienen fe en que todo lo hará la buena voluntad y el sentimiento patriótico y altruista de la clase médica y de la sociedad en general.

Primero hagamos convencimiento en el pueblo, en la

clase media y en la aristocracia, todas igualmente ignorantes, igualmente insensibles é igualmente distraídas ante el problema de la decadencia física de nuestra raza; que, cuando el convencimiento esté hecho, lo demás... *se nos dará de añadidura.*

Sr. D. Carlos María Cortezo.

Muy señor mío y distinguido compañero:

He leído un articulito del simpático Dr. Juarros titulado *Los hombres de buena voluntad*, y como es asunto por el que he tenido siempre simpatías y hasta entusiasmo á veces, me mueve á molestar á usted, suplicándole un poco de paciencia, y también se la pido á los lectores de EL SIGLO MÉDICO, en gracia al buen deseo.

Yo he sido siempre partidario de la divulgación higiénica; y en una Memoria que tuvo á bien premiarme con *accésit* la Sociedad Española de Higiene, en el concurso de 1906, allí dedicábamos un capítulo á la *Propaganda higiénica*.

Altamente meritorio es el sacrificio que usted y los demás compañeros se imponen espontáneamente para ilustrar al pueblo en asuntos de higiene. No se ha visto en España un rasgo tan caritativo, tan altruista, tan entusiasta como el que ustedes realizan. Abandonar la comodidad de su casa, su clientela y perjudicar sus intereses por una idea humanitaria, es una idea digna de aplauso. Dios se lo premie y la nación se lo recompense. Y ya que mis achaques, mi obscuridad y mi inutilidad no me permitan secundar tan nobilísimos propósitos, me voy á permitir señalar una idea de más amplitud para la propaganda.

Nos dice el Dr. Juarros que piensan ustedes recorrer algunas poblaciones. Algún efecto ha de quedar de esta predicación; pero sin que mi objeto sea hacerles desmayar de esta noble empresa, voy á permitirle hacerle la observación de que tan benéficas ideas quedan limitadas á las grandes poblaciones; y usted sabe que la población rural es mucho más numerosa que la de las populosas urbes, por lo que hay que pensar en el medio de que llegue al último rincón de España la idea de los grandes beneficios de la higiene para la salud individual y el desarrollo de la riqueza de la nación.

En mis anteriores artículos he expuesto que los inspectores sanitarios de los partidos judiciales, que se crearán *por necesidad*, deben ser los encargados de la propaganda, pero no es bastante.

Ya alguna vez he manifestado la idea de que debe interesarse al bello sexo para que ayude en esta alta misión. Pero es necesario proponérselo y dar las bases para la organización. Sucintamente voy á exponer mi pensamiento. Tenemos en el trono de Isabel la Católica, una reina que ha dado muestras de ser altamente caritativa, y seguramente que no se había de negar, y hasta acogería la idea con satisfacción, de coadyuvar en algún modo á disminuir la mortalidad de la nación. Oriunda de un país que ha hecho la revolución sanitaria, y dados sus filantrópicos sentimientos y su ilustración, no hay que decir lo que á este noble propósito contribuiría. Tenemos también á S. M. la Reina madre apellidada hace ya tiempo *la magnánima*, que no había de desmentir este sobrenombre con que pasará á la historia. Esto habría de bastar para que las infantas y la aristocracia se adhirieran al pensamiento de formar una Sociedad que podría llamarse *Sociedad femenina de higiene*. Podría invitarse

á todas las señoras de la aristocracia y á las de todos los altos funcionarios civiles y militares, y por último, á todas las señoras de la corte sin distinción de categorías. Las iniciativas de esta Sociedad podrían ser locales y generales. *Acciones locales.* 1.^a Inspeccionar todos los asilos de beneficencia; 2.^a Tomar nota de los niños expósitos que se críen fuera de la Inclusa para establecer una conveniente indagación; 3.^a Dar cuenta al Ayuntamiento ó á la Sociedad Española de Higiene de las deficiencias que observen en la población; 4.^a Mandar colocar una tablilla ó cartón con una sentencia de higiene *durante un mes* en todos los escaparates de todos los comercios de la corte, sin exceptuar las Administraciones de loterías. Todos los meses deberá aparecer una nueva sentencia, y la Sociedad se habría de comprometer á no hacer ninguna compra donde no estuviese colocado el impreso en el escaparate mandado por la Sociedad.

La idea máxima ó sentencia sería breve, y la Sociedad Española de Higiene la proporcionaría. Voy á adelantar unas ideas como ejemplo de las que creo deben figurar en los escaparates: 1.^a El mejor alimento para el niño es la leche de su madre si tiene la suficiente y lo permite su salud; 2.^a Donde no entra el sol entra el médico; 3.^a Los dormitorios deben tener comunicación directa con la calle y los interiores con el patio, pero sin alcobas; 4.^a El empapelado debe de desaparecer por dañino; 5.^a Guerra á las moscas; 6.^a La ventilación debe ser permanente por la noche; 7.^a El sol y el aire puro son manantiales de salud; 8.^a Las salazones embutidos y pescados en conserva ocasionan muchas enfermedades; 9.^a Los licores obran como venenos, y del vino debe usarse poco ó nada; 10. Todo retrete que despidiera olor es un foco de infección y debe desinfectarse con polvos de gas dos ó más veces al día; 11. Nunca deben barrerse las habitaciones levantando polvo y con el balcón cerrado; 12. Jamás debe escupirse en la vía pública; 13. El ejercicio es necesario para conservar la salud; 14. En la alimentación lo que abunda daña; 15. Los braseros conviene fundirlos.

Distraídamente no he concluido de exponer mi pensamiento acerca de la organización de la Sociedad femenina, En la corte podría organizarse en la siguiente forma: Una Junta central de la que formaría parte la familia real; una *Junta de distrito* en cada uno de los que se divide la población; y una *en cada barrio*, presididas unas y otras por señoras de la nobleza donde esto pudiera ser; de modo que las Juntas de los barrios se comunicasen con la del distrito y éstas con la central.

El reglamento podría formarlo también una señora, por ejemplo la Sra. Condesa de Pardo Bazán, D.^a Blanca de los Ríos ó la Srta. La Rigada, y podría servir de modelo otro cualquiera con las variaciones consiguientes, como el del Colegio de Médicos.

Y es importantísimo crear esta Sociedad en Madrid para que lo imitasen otras poblaciones, lo cual debe intentarse después en toda población que exceda de 10.000 habitantes y en las cabezas de partido que no lleguen á ese número, como también en las demás poblaciones que lo deseen.

La cuota con que habían de contribuir las señoras no había de ser más que una peseta anual.

Acción general.—Esta la creemos la más importante para

SIL=AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
IGUAL EN COMPOSICION Y PUREZA AL NEUTRALON ALEMAN
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

la propaganda. Según nuestro modo de ver, es necesaria una *Revista de propaganda higiénica*, que podría ser mensual que contuviese además de la estadística de mortalidad de España y el extranjero, artículos de higiene muy prácticos y uno de ellos desarrollando la sentencia que apareciese en el escaparate. Con cuatro hojas en 4.º mayor y otras dos para anuncios y portada sería suficiente. La tirada no había de ser menor de 30 á 40.000 ejemplares que se habían de remitir á todos los periódicos y revistas de España, así como á todos los alcaldes; á los unos para que insertasen el contenido de la Propaganda y á los otros para que los colocasen en el sitio de los anuncios. Una invitación al Cardenal primado sería necesaria para que se publicasen los escritos de la Propaganda en las Revistas de las diócesis.

Los artículos y máximas podría proporcionarlos la Sociedad Española de Higiene ó quien se prestase á ello espontáneamente. Podrían admitirse suscripciones y exponer á la venta la Revista á un precio ínfimo. Los gastos que ocasionase la tirada se habrían de cubrir con donativos ú otro medio que se idease.

Personas competentes en estos asuntos de impresos podrían formar el presupuesto aproximado para tener seguridad de no ir á un fracaso.

Expuesta sucintamente la idea cabe preguntar: ¿de quién debe partir la iniciativa para subir las gradas de Palacio y comunicar allí el pensamiento? Nada más natural que ese honor corresponda á las señoras de ustedes los que espontáneamente componen el grupo *Acción Social* de que nos ha hablado el Dr. Juarros. Y siendo el Sr. Gimeno ministro del ramo, natural es que presentara á la Comisión.

No terminaremos sin indicar el medio de estimular á los que puedan con sus intereses, con su ilustración, con su trabajo, coadyuvar á un fin tan noble como es la Sanidad de una nación ó de un pueblo. Este medio sería crear una condecoración exclusivamente para fines sanitarios. Según nuestro modo de ver, podría llamarse esta distinción *Cruz de Victoria Eugenia*, haciendo distinción de la cruz sencilla, encomienda y Gran Cruz como se ha hecho con otras condecoraciones.

Después de escrito lo que antecede, se me ocurren otras ideas de las que pueden figurar en los escaparates y son las siguientes: 16. La madre que no pueda criar á su niño debe buscar una nodriza; 17. Es una imprudencia destetar á los niños durante el verano; 18. En el primer año de la vida no conviene dar alimento alguno á los niños más que la leche de la madre ó de la nodriza; 19. Los besos conviene desterrarlos; 20. Las habitaciones de los enfermos necesitan más ventilación que las de los sanos.

No pretendo con esto que resulte una obra perfecta, aunque vería con gusto que se mejorase y fuera viable por el gran beneficio que reportaría á la Sanidad, aunque tiene el grave inconveniente de ser de origen tan humilde para ser admitida la idea.

Suyo afectísimo, s. s. q. e. s. m.

TOMÁS GALLEGO.

Santa Lucía de Mur (Lérida).

MORAL MÉDICA

POR EL

DR. HERNANDEZ BRIZ

Por desgracia, en nuestra época aquella moral austera que hacía de la medicina un sacerdocio se practica muy poco; la mayoría de los médicos conceptúan la ciencia médica como una industria y como tal la explotan; parte de esta culpa la tiene la sociedad en que vivimos, pues está relajado todo vínculo de disciplina, la falta de creencias, así como la libertad mal entendida, pues cada uno quiere hacer lo que le viene en ganas sin respeto ni consideración alguna, es la causa principal de este mal que lamentamos.

Muy útil sería á la clase médica en general y sobre todo á la juventud médica la lectura de la obra del insigne médico Jorge Enrique Enríquez: *Tratado del perfecto médico*, impresa en 1595, que da máximas sobre varios puntos de moral médica. Esta obra del docto portugués mereció el encomio de los principales médicos contemporáneos y el famosísimo vate Lope de Vega la dedica estos notables sonetos:

Describe Tulio un orador discreto,
Virgilio un capitán fuerte y famoso,
Homero un desterrado cauteloso,
Ovidio un amador sabio y discreto;
Es de Valerio su Argos el contento,
Muéstrase Plauto un militar glorioso,
Séneca enseña su Hércules furioso
Y Enríquez pinta un médico perfecto.

Que los haya excedido heroicamente,
Conócese muy bien, pues ha llegado,
De perfección al más profundo abismo;
Pero quedará más perfectamente
El médico perfecto retratado,
Retratándose Enríquez á sí mismo.

El mismo Lope de Vega al autor:

Traspuesta planta al castellano suelo,
Del venturoso vuestro Lusitano
A quien debe el lenguaje castellano
Tanto como el ingenio al noble celo.
Verde laurel, que de la envidia el hielo
Y el largo tiempo ofenderán en vano;
Ingenio milagroso, pluma y mano
Enriquecida del favor del cielo,

Envidie vuestra fama y firme agravio,
Que siendo vos su Enríquez enriquezca
Ya nuestra, vuestra ciencia y escriptura
Y al médico perfecto, heroico y sabio
Que sois vos mismo; la una y la otra ofrezca
Fama inmortal para los dos segura.

HOMENAJE AL DR. CLEMENCEAU

Nota de la Comisión á los médicos españoles.

Constituida desde hace tiempo la Comisión que ha de reunir las adhesiones de los médicos españoles para el homenaje al ilustre hombre de Estado y eminente colega Jorge Clemenceau, Comisión que, de momento, componen los doctores D. Santiago Ramón y Cajal, D. José Gómez Ocaña, don Luis Simarro, D. Juan Madinaveitia, D. Gregorio Marañón, D. Gustavo Pittaluga y D. Gonzalo R. Lafora, se ha pensado en dar forma al pensamiento común, para que no transcurra

LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES SE CURAN RADICALMENTE CON EL **VINO URANADO PESQUI**

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura: muestras, LABORATO. RIO PESQUI Prim 25. San Sebastián

mucho tiempo sin que ese homenaje espiritual, que ya le hemos rendido, se transforme en un signo material y permanente de nuestra admiración.

La Comisión recibirá las adhesiones de los médicos españoles, dirigidas á cualquiera de sus miembros, bien en la Dirección de *El Sol* (Larra, 8), bien en el Ateneo de Madrid (calle del Prado, 21), hasta el día 15 de Febrero próximo.

Con las ofertas que ya han llegado á nuestro poder, y con una pequeña contribución á la cual no creemos oportuno asignar ningún carácter obligatorio, inherente á la adhesión, se podrá llevar á la práctica el proyecto que creemos más hacedero, sencillo y rápido, que consiste en encargar á un artista, conocido en este género de trabajos, el dibujo de un pergamino en el que se reproducirá un breve mensaje, dirigido al «presidente de hierro».

Agradeceremos, pues, á los que tengan á bien hacerlo, que remitan junto con su adhesión, una pequeña cantidad para contribuir á los gastos, por demás reducidos, de este modesto homenaje.

En *El Sol* se dará cuenta, á su debido tiempo, del resultado de nuestras gestiones.

Los médicos, cuya adhesión ha aparecido en *El Sol*, no tienen por qué reproducirla. Si algunos han enviado su adhesión y no la han visto publicada (por haberse extraviado la carta), deben escribir á *El Sol*.

A continuación del breve mensaje, irán en el pergamino los nombres de todos los adheridos, ya que no sería posible, por falta material de tiempo, recoger directamente las firmas, sin perjuicio de que se remitan al Dr. Clemenceau los originales de las cartas de adhesión que han de constituir el testimonio de nuestros sentimientos de compañeros y de ciudadanos.

Madrid, 1 de Enero de 1919.—*La Comisión.*

PROTECCIÓN MÉDICA

Acta de la sesión celebrada el día 28 de Noviembre de 1918, por la Junta de Damas.

Bajo la presidencia de la doctora Aleixandre y con asistencia de las de Gimeno, Aguilar, Cortezo, Verdes Montenegro, Villanueva, Rocafort, Terceño Soler, señora y señorita de Luquero, señorita de Pando y Valle y señora y señorita de Calvache, comienza la sesión leyéndose el acta y las cuentas del mes anterior, que fueron aprobadas.

A continuación la señora de Verdes Montenegro da cuenta de las solicitudes siguientes:

1.^a De doña Dolores Sentenera, viuda de Pedro; hay que hacer una investigación para ver lo que desea.

2.^a De doña Felisa Gil, viuda de Arias; investigación hecha por las señoras de Villanueva y Calvache. La Junta acuerda darle un donativo para Pascua.

Las señoras encargadas de las investigaciones dan cuenta de la situación de todos nuestros socorridos, y la Junta acuerda dar á las señoritas de Sanz 25 pesetas durante un trimestre; suspender las pensiones del Dr. Izquierdo, de la señora viuda de Adam, y ver si la señora de Barbosa está dentro de Reglamento; bajarle á la señora de Rementería la pensión á 15 pesetas, y que á todas las demás se continúe dando lo que se le daba hasta ahora, por no haber variado su situación económica.

La señora presidenta da cuenta de la solicitud de doña

Dolores Cano que pide se le dé un donativo para comprar unos libros, y la Junta le concede un donativo de 25 pesetas como anticipo de Pascua.

Se lee el oficio que esta Junta de Damas envió al Colegio de Médicos con varias peticiones y la contestación de dicha entidad manifestando su contrariedad por serle imposible acceder á las peticiones de Protección Médica, por la situación precaria de dicho Colegio, y autorizando la colocación de un cepillo en dicho local. (Extraoficialmente se ha recibido la promesa del donativo de Navidad.)

Por último, da cuenta la señora presidenta, con gran satisfacción, de lo conseguido cerca de los señores testamentarios de la santa dama doña Polonia González Ovejero á favor de tres familias de médicos inutilizados que atendemos hace tiempo: á la del Dr. Carrero, con una parálisis progresiva que no le permite andar solo; á la del Dr. Caverro, anciano y enfermo, y á la del Dr. García Blandich, enfermo cardíaco, al cual hace ocho días se le murió su esposa después de estar años sufriendo de un cáncer uterino. Para cada una de estas tres familias hemos conseguido por la mediación de la doctora Aleixandre, la cantidad de 250 pesetas. ¡Bendigamos la memoria de aquella caritativa señora que tanto se cuidó siempre de los desheredados que aun después de su muerte reciben sus beneficios! Y bendigamos asimismo á los que hoy tan dignamente cumplen aquellas generosas disposiciones. Al Sr. D. Fermín Sacristán, el testamento que atendió con su gran bondad nuestra demanda, le debemos muy especialmente gratitud, que por oficio se acordó manifestarle, nombrándole por aclamación socio protector de esta institución.

Se dió también cuenta del donativo de 125 pesetas que el gobernador civil mandó á esta entidad; toda la Junta envía á dicho señor el testimonio de su agradecimiento, pues esto proporcionará también auxilios que tanto necesitan nuestro desgraciados. Se acuerda enviarle un oficio dando las más expresivas gracias á tan ilustre señor.

Y no habiendo más asunto de qué tratar, se levantó la sesión á las ocho y media de la noche.

La secretaria de actas,
PILAR CALVACHE.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,8; mínima, 700,9; temperatura máxima, 8°,8; íd. mínima, 3°,4; vientos dominantes, O., SSO., NO., E. y S.

El número de los estados catarrales agudos del aparato respiratorio sigue siendo el propio de la estación, y aun numéricamente, inferior al de otros años en igual época; las formas graves de las bronconeumonías son en cambio más sensibles conservando su carácter infectivo gripal. Los afectos crónicos del aparato respiratorio y circulatorio continúan presentando complicaciones. La mortalidad no excede de la proporción estacional, excepto en la viruela, que sigue produciendo defunciones.

Crónicas.

Médicos españoles fallecidos en Alemania.—En la secretaría de Palacio ha sido facilitada á la prensa la siguiente nota:

«Según noticias recibidas de la Embajada de España en Berlín, los delegados españoles visitantes de los campamentos de prisioneros fueron todos atacados de la epidemia gripal. Las penalidades de sus continuos viajes de visita, efectuados en las malas condiciones á que las necesidades

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander.

les obligaban, unidas á las privaciones de alimentación, explican suficientemente la propagación en nuestros delegados de enfermedad tan extendida en los campamentos que visitaban.

El capitán médico D. Fernando Pérez García, no repuesto aún de un catarro gripal adquirido en el campamento de Hannover, decidió, por su propio impulso y en vista del gran número de órdenes de visita que tenía pendientes, salir á cumplimentarlas, viéndose obligado á regresar después de la primera visita al campamento de Minden, á causa de una infección pulmonar que le ocasionó la muerte á los seis días.

El médico segundo de la Armada Sr. Valderrama falleció también, al llegar á Suiza, á consecuencia de la gripe, adquirida durante la práctica de su servicio.

La higiene de la infancia.—El día 29 se inauguró la primera Casa de Higiene Infantil, patrocinada por el Comité Femenino Popular.

La benéfica institución que ha empezado á funcionar se halla domiciliada en la calle de la Esgrima, núm. 2, donde serán admitidos los hijos de ambos sexos de obreros pobres para que puedan utilizar los servicios siguientes: baños, general, de ducha y de pies; corte de pelo y desinfección de la cabeza; higiene de la boca, á cargo de señoritas sanitarias.

La nueva Casa de Higiene Popular consta de un salón de peluquería y gabinete de Odontología, salas de baños para niños y niñas, dependencias para oficinas y viviendas de las señoritas sanitarias.

Se verificó la ceremonia de la inauguración bajo la presidencia del Sr. Marcos, teniente de alcalde del distrito, que llevaba la representación del alcalde de Madrid. Asistieron las señoras de la Junta directiva y gran concurrencia que hicieron unánimes elogios de la instalación.

De Sanidad militar.—Ingresan en el Cuerpo con el empleo de farmacéuticos segundos, los siguientes opositores aprobados en la última convocatoria: D. Jesús García Caldar-Smith y D. Carlos Ulibarri Rubio, domiciliados en Madrid; D. Mariano Martínez Castilla, en Amusco (Palencia); don Constantino Abra Zurita, en Valladolid; D. Juan Salvat Boqué, en Tarragona; D. Manuel Pomares Sánchez-Rojas, en Elche (Alicante); D. Benito Casado García, en Córdoba; don Vicente Hijas Sánchez, en Oropesa (Toledo); D. Manuel de Mérida Nicolich, en Málaga, y D. Clemente Villaverde Almarza, en Sanchidrián (Ávila).

La Junta de Protección á la Infancia de Valencia.—En la última reunión celebrada en la Junta de Protección á la Infancia de Valencia, el vicepresidente, Dr. Gómez Ferrer, dió cuenta de la ponencia presentada en contestación á la comunicación del Consejo Superior respecto á las causas y remedios de la mortalidad de los niños en las inclusiones, y en especial respecto á Valencia.

El vocal Sr. Rivera presentó las bases del contrato de colocación en familia de los niños que por su edad y circunstancias deban ser objeto de los beneficios de la Real orden de 21 de Junio último; siendo también aprobados los trabajos preliminares para la implantación en su día de los tribunales para niños.

Oposiciones á Sanidad de la Armada.—Se anuncian oposiciones para cubrir cuatro vacantes de médicos segundos del Cuerpo de Sanidad de la Armada, que existen en la actualidad, y las que pudieran ocurrir hasta el final de los ejercicios, más otras seis plazas, que ingresarán en el Cuerpo en las vacantes que sucesivamente se vayan produciendo.

Las oposiciones entre doctores y licenciados en Medicina serán el 24 de Abril próximo.

Suplemento de crédito para Sanidad.—En la *Gaceta* publica el ministerio de Hacienda un Real decreto concediendo un suplemento de crédito de un millón de pesetas al capítulo 7.º, «Sanidad», artículo 2.º, «Defensa contra enfermedades evitables», del presupuesto vigente del Ministerio de la Gobernación, con destino á la defensa contra las epidemias y medidas que las mismas exigen en nuestro territorio.

Por los tuberculosos pobres.—Con motivo de la festividad de Pascua, se celebró el día 25 la reapertura del primer Comedor para tuberculosos pobres, adjunto al Real

Dispensario Antituberculoso Príncipe Alfonso (paseo Imperial, 6). Suceso tan importante, en esta estación invernal, para la clase pobre y enferma, se debe á que S. M. la Reina se ha dignado costear los gastos durante los tres meses de invierno, incorporándole en los Comedores de Caridad que sostiene, merced á su munificencia.

El acto fué presenciado por varias señoras de la Junta de patronato, y el ilustre director del Dispensario y fundador de este primer Comedor, Dr. Codina, dirigió breves palabras á los enfermos, poniéndoles de relieve la virtud higiénica y curativa de la limpieza y de la alimentación, y moviéndoles á sentir agradecimiento por todas las personas que se preocupan por ellos, y en especial de S. M. la Reina.

Mejor que aquí.—*La vacunación obligatoria en Tánger.*—El Sultán firmó en el pasado mes de Diciembre un decreto en el que dispone que para entrar en cualquier punto de la zona francesa será indispensable la presentación de un certificado legalizado de vacunación, cuya fecha no exceda en seis meses á la del decreto.

De no presentar el citado documento, será obligatorio vacunarse en el acto para entrar en la citada zona.

Esta disposición no afecta á los militares.

Curamos con electricidad, rayos X y radium en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocio, tumores graves, reumatismo, gota, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuro-motrices, colitis muco-membranosa, graves afecciones de la piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas imposibles de mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 53. Aplicaciones desde cinco pesetas.

Banquete al Dr. Bertoloty.—Organizado por varios compañeros y amigos del médico militar doctor D. Ricardo Bertoloty y Ramírez, se celebrará el día 8 de Enero de 1919, á las ocho y media de la noche, un banquete en el Hotel Ritz, como homenaje por haberle sido concedida la Cruz laureada de San Fernando por su heroico comportamiento.

Las tarjetas para este banquete se venden al precio de 17 pesetas, hasta el día 6, por la noche, en el Colegio de Médicos (Mayor, 1) y en el Hospital de la Princesa y librería de Fe, Puerta del Sol.

Aviso oficial.—La Administración de Contribuciones recuerda á los señores médicos de Madrid y su provincia la obligación en que se hallan de satisfacer su respectiva patente dentro de los quince primeros días del mes actual, y advierte que, transcurrido este plazo se exigirán las responsabilidades reglamentarias á aquellos que ejerzan sin haberla obtenido, así como á los señores farmacéuticos que despachen fórmulas que no contengan el número y clase de la nueva patente del profesor que las autorice.

CASA METZGER, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de oal 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, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para El Siglo Médico por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

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

¿NECESITA V. UN CICATRIZANTE PODEROSO?
¿SÍ? Pues use el **BÁLSAMO COLOFÓNICO**. De venta en Madrid, depósitos de Pérez Martín y farmacias de Gayoso y Borrell Hermanos.