

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 FRANCO RODRIGUEZ
P. ARIAS CARVAJAL De la Beneficencia Municipal de Madrid.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	J. GÓMEZ OCAÑA Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
M. GAYARRE Director de los Manicomios de Ciempozuelos.		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTIGA 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: Tratamiento de las obstrucciones del colédoco, por el Dr. D. José Blanc Fortacin.—Nota sobre el tratamiento de la gripe por la autoseroterapia, por Rafael Aguirre.—Contribución al estudio del tratamiento de los estados hipertiroideos, por E. Bonilla.—Reflexiones sobre el automovimiento, por el Dr. Abdón Sánchez Herrero.—Los factores etiológicos de la cirrosis de Laennec, por el Dr. Fidel Fernández Martínez.—Los casos de ictericia infecciosa que se observan en Tortosa corresponden á la espiroquetosis ictero hemorrágica, por el Dr. D. Manuel Vila.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La campaña sanitaria, por J. Franco Rodríguez.—Necrología: El Dr. D. Francisco de Cortejarena, por Angel Pulido.—Sesión de clausura del III Congreso de Sanidad civil.—Asamblea de médicos titulares.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

TRATAMIENTO DE LAS OBSTRUCCIONES DEL COLÉDOCO

FOR EL

DR. D. JOSÉ BLANC FORTACIN

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

Mi experiencia personal respecto á este asunto, abarca procesos de índole distinta, aunque significados todos por un hecho esencial, y que constituye el motivo principal del tratamiento quirúrgico puesto en práctica. Al llevarlo á cabo he podido recoger en casi todos los casos una observación que bien claramente expresaba el abuso de la expectación que en aquellos enfermos se cometió; casi todos los casos eran de oclusión coledociana antigua inveterada, rebelde á tratamientos farmacológicos y dietéticos que, si en algún espacio de tiempo pudieron ser instituidos como ensayo prudente y juicioso, al prolongarse con evidencia de fracaso debieron dejar paso á una terapéutica quirúrgica que mecánicamente resolviera lo que ellos no podían deshacer, y de esa prolongación inútil de una terapéutica fracasada, nació la agravación de los procesos oclusivos coledocianos y adición á los mismos de lesiones perihepáticas é infrahepáticas íntimas de difícil solución con la intervención quirúrgica. Al abrir la cavidad peritoneal en esos enfermos, la región infrahepática era

en un principio casi inaccesible; adherencias de todos órdenes, confusión de todos los órganos vecinos, imposibilitaban en el primer momento el acceso á las vías biliares; epiploon, colon, estómago, formaban en sínfisis á veces apretadísima una barrera que ha debido deshacer, con riesgo de perforación de los mismos, antes de hacer una exposición conveniente de los órganos y conductos sobre los que debía actuar.

Casi podemos decir que lo de menos en esos casos era lo que pasaba al colédoco; lo demás era el proceso perihepático á que dicha oclusión había dado origen; porque para nadie es dudoso ya, que oclusión de vías biliares presupone infección, y que no existiendo la corriente biliar que barre las paredes de los conductos, la flora anaerobia que ahí habita, emigra y se multiplica tratando de afectar la serosa; y á ese ataque responde el peritoneo con una aglutinación que representa quizás barrera salvadora, pero que más tarde es muralla que se opone también á la maniobra de una intervención bien dirigida. Por esa razón conviene que el organismo no tenga necesidad de tales artificios, y deber de los internistas es no dejar que las obstrucciones biliares lleguen á tal extremo.

No son sólo las dificultades técnicas las que abogan por la práctica de la intervención biliar en época temprana de su fase ó período quirúrgico; es que la reten-

ción de bilis ha de influir necesaria y desfavorablemente sobre diversos órganos. Pensemos en el duodeno, adonde un quimo ácido llega sin neutralización por la secreción biliar alcalina y comprenderemos el riesgo que corre su mucosa al faltarle la lubricación por la bilis. Imaginemos por otra parte las consecuencias que para una célula de función tan compleja como lo es la hepática, ha de acarrear la persistencia inmoderada de una ictericia y la más importante de una infección biliar, más ó menos intensa. El último caso operado por nosotros dice en ese sentido más que cuantos argumentos pudiéramos aducir. Es el de una señora que padecía ictericia de año y medio de fecha. La operamos encontrando ese proceso perihepático de que antes hemos hablado tan acentuado y complejo, que sólo el hecho de descubrir la vesícula nos llevó más de diez minutos de intervención; resecamos ese órgano, extrajimos de él y de colédoco más de ochenta cálculos, desagüamos los conductos, y cuando al cabo de dos meses y ya cerrada la herida volvimos á ver á la enferma, encontramos su cavidad peritoneal inundada por abundante ascitis; un proceso cirrótico de hígado había sido la consecuencia de aquella oposición á una intervención más precoz.

Pero si reflexionamos acerca del trayecto que el colédoco sigue antes de llegar á duodeno y recordamos que parte de aquel es retropancreático y aun intrapancreático, comprenderemos que la flora anaerobia que en el conducto citado existe, ha de provocar en esa glándula lesiones cuya gradación podrá escalonarse desde la cirrosis pancreática, desde la esclerosis que al fin representa un grado atenuado de infección, hasta los procesos supurados más extensos y rápidos en evolución. Y no digamos nada de aquellos casos en que la trayectoria del conducto pancreático se separa de la disposición normal, y en lugar de desaguar en la ampolla de Water, desagua en conducto colédoco á mayor ó menor altura de la desembocadura duodenal; las consecuencias de una oclusión coledociana suelen ser entonces terribles, pues la infección biliar, encontrando entonces vía amplia, provoca ó bien los fenómenos de una supuración pancreática, ó los más temibles de una pancreatitis aguda de evolución rapidísima con ese cuadro, que un distinguido clínico francés denominó de drama pancreático.

Aunque no llegue á ese término la propagación de la infección al páncreas y aun cuando la atenuación de la infección provoque sólo lesiones escleróticas, ellas, aparte la perturbación funcional, son origen de dificultades técnicas que han de ocuparnos en breve.

Así casi en esquema, por falta de espacio, damos las razones que nos autorizan á exigir el planteamiento de una intervención quirúrgica en aquellas oclusiones de colédoco, que, ó bien se manifiesten desde el primer momento con cuadro de grave infección ó que no se resuelvan en plazo prudencial de expectación, por tratamiento médico y dietético adecuados. Y dicho esto vamos á ver qué casos hemos tratado y cómo los hemos tratado.

La estadística personal de que nos vamos á ocupar

se compone de nueve obstrucciones *calculosas*; una *calculosa y neoplásica*; dos *ciatriciales* y dos *neoplásicas*.

Las primeras las hemos operado del siguiente modo: anestesia etérea; incisión de Kehr ó angular; posición en lordosis dorso lumbar, llamada de Kehr; talla del colédoco; extracción de los cálculos y colecistectomía, desagüe biliar y taponamiento infrahepático.

La talla del hepático y colédoco suele ser fácil cuando el cálculo es grande, y aun sin serlo cuando el expresado conducto es fácilmente accesible. Para ello sirve de gran auxiliar la vesícula; unas veces la tracción de la misma descubre el punto de unión ó arranque del cístico, y á poco que el cálculo ó cálculos coledocianos formen relieve ó el conducto se halle dilatado por la bilis, la incisión del expresado conducto colédoco lleva á su interior sin riesgo de falsas vías. Pero otras veces, como antes hemos dicho, la región infrahepática es casi inabordable; aun despegadas las adherencias, apenas si es posible distinguir bien la morfología de los órganos que constituyen el árbol biliar; la vesícula es un muñón; el ileo hepático es un trayecto ó bloque conjuntivo borroso, la unión de cístico y hepático es invisible. Para esos casos la luz de la vesícula es un buen guía; incíndase, vacíese de su contenido, bilis y cálculos, y continúese su incisión en todo su trayecto; esa incisión nos llevará al confluente hepatocístico donde se hallarán muchas veces cálculos enclavados y nos descubrirá la luz del colédoco que de otro modo sólo con muchos riesgos hubiéramos podido alcanzar. Llegados al colédoco, el cálculo podrá ser tan voluminoso que forme relieve á través de las paredes, en cuyo caso la talla sobre el cálculo es facilísima, ó más pequeño y poco palpable. Un medio para hacerlo más accesible es introducir un dedo por detrás de dicho conducto en el hiato de Winslow, y levantando el ileo hepático alcanzarlo cortando su escape hacia abajo. Mas esa maniobra no siempre es posible porque el hiato está muchas veces ocluido por adherencias. Abierta la luz del colédoco, casi siempre es posible extraer todos los cálculos en él existentes; sirven á maravilla las pinzas de anillos de Delageniere que permiten sin traumatizar las paredes coger los cálculos, aun aquellos situados á gran profundidad; aun sin ellas, con pinzas finas y largas hemos podido hacer presa de algunas piedras biliares situadas en porciones bajas del conducto sin necesidad de acudir á la expresión del conducto para rechazar los cálculos hacia arriba y sacarlos por la abertura del colédoco, ó como otros recomiendan, haciéndolos caer en la vesícula antes de abrir ésta.

Extraídos los cálculos importa restablecer el curso biliar comprobando, ó con el estilete de Delageniere ó con una sonda de Nélaton, la permeabilidad absoluta del conducto hasta el duodeno. El no hacer esto me ha originado algunas fistulas biliares ó la necesidad de repetir una intervención en busca del obstáculo. Y aquí he de insistir acerca de la necesidad de no dar la operación por terminada, sin estar seguros de la permeabilidad del conducto colédoco hasta el duodeno, ó de restablecer el curso de la bilis por otros artificios. La mayoría de las fistulas biliares no reconocen otro

origen que esa impermeabilidad, y cuantos medios se pongan en juego (taponamientos, digestiones continuas mediante comidas repetidas varias veces al día para establecer una continuidad no interrumpida de la corriente biliar) resultarán completamente inútiles; cuando el obstáculo es un cálculo la obstrucción se vence fácilmente como hemos visto, aunque el cálculo esté muy bajo actuando desde el interior del conducto.

En cuanto á la movilización duodenal tan preconizada por muchos de los cirujanos versados en esta operatoria, he de decir que no he podido obtener de ella resultado práctico alguno; quizás los casos en que he intervenido eran excesivamente complicados y adheridos; pero no me ha sido posible nunca realizar esa disección y aislamiento del conducto colédoco necesaria para llegar á vencer el atasco calculoso ó la compresión pancreática ejercida sobre el conducto colédoco. Antes que empeñarnos en una disección intrapancreática difícil infructuosa y expuesta á múltiples peligros preferiríamos actuar desde la porción terminal del conducto en ampolla de Water. Si bien entiendo que esa duodenotomía debe reservarse para aquellos cálculos atascados en dicha ampolla ó muy cerca.

Para esas oclusiones debidas á la compresión pancreática inflamatoria ó neoplásica y procesos similares que veremos luego, debe reservarse la derivación por vesícula como antes decíamos. Ténganse presente las deformaciones y oclusiones de conducto cístico que muchas veces acompañan á los procesos oclusivos de conducto colédoco, y antes de hacer una anastomosis cistoentérica ó cistogástrica, sóndese el conducto cístico y compruébese su dirección para evitar acodaduras ó deshacer si es posible las ya existentes. Pero suponiendo una permeabilidad perfecta de cístico y vesícula, la derivación de bilis hacia intestino se hace en esos casos por vesícula mediante intervención rápida é inocua.

Esa es la razón por la cual, aunque partidarios de la colecistectomía en procesos calculosos, no procedemos á ella hasta el final de la intervención y cuando ya tenemos asegurada la desobstrucción del colédoco.

Convencidos estamos de que en la inmensa mayoría de procesos biliares calculosos, la vesícula es el centro de formación de los cálculos, y que por otra parte, su función propia de reservorio modificador de la composición de la bilis, es prácticamente nula en razón á las alteraciones de su mucosa; pero así y todo, ese órgano que funcionalmente es inútil puede sacarnos de un conflicto de técnica utilizándolo como material plástico para desaguar en intestino una corriente biliar que no encuentra ni es posible lograr para ella salida por otra vía.

El caso operado de neoplasia y litiasis fué un error de diagnóstico. Era una enferma de unos cincuenta años que cuatro meses atrás presentó dolores intensos con carácter calculoso é ictericia persistente. Como esa ictericia además ofrecía oscilaciones en su intensidad y por otra parte la enferma no presentaba una acentuada demacración, juzgamos que se trataba de un cálculo detenido en colédoco. Al operarla encontramos

la vesícula retraída y con más de 80 cálculos del tamaño de granos de arroz, afacetados y blancos como de coleslerina pura; explorada la región de íleo hepático la encontramos toda ella rodeada de un bloque duro que se continuaba con tejido propio de cara cóncava de hígado. En este caso hicimos sólo un abocamiento de vesícula á peritoneo parietal. La enferma murió á los tres días.

Dos circunstancias llaman la atención en este caso; la primera es la relativa nutrición que presentaba la enferma á pesar de la grave lesión hepática que padecía. Tanto algunos compañeros internistas á quienes he consultado este punto, como yo, hemos podido comprobar que muchos enfermos de cáncer de hígado presentan cierta tolerancia á la lesión que no podía presumirse; los síntomas generales se presentan muy tardíamente, y entonces el individuo muere rápidamente. Digo esto para rectificar la noción de que no pueda padecer una neoplasia maligna hepática un enfermo con regular nutrición.

El otro punto es el relativo á la litiasis reciente posterior probablemente al desarrollo de la neoplasia que esta enferma presentaba y que nos hace presumir que en la patogenia de la litiasis influyen no sólo las condiciones apuntadas de infección vesicular, sino el cierre ó bloqueo de su cavidad que crea condiciones abonadas para una precipitación de coleslerina.

Los casos de lesiones cicatriciales de colédoco en que hemos intervenido han sido dos. En ambos, la impermeabilidad del colédoco recién originado por una desaparición de la luz del conducto que en su porción suprapancreática terminaba como en fondo de saco. Es probable que dicho proceso fuera determinado por una ulceración de las paredes del conducto consecutiva á la presión de un cálculo allí detenido mucho tiempo y que al emigrar dejara superficies cruentas que ó bien se adhirieran entre sí ó provocaran un proceso pericanalicular que acodara el conducto creando disposiciones valvulares que imposibilitaran el paso de la bilis.

En uno de los casos practiqué una sección del colédoco por encima del obstáculo y una implantación del mismo en duodeno; la intervención es larga y difícil por la profundidad á que hay que operar; además, la poca plasticidad de los conductos biliares expone á desuniones de la doble sutura y á fistulas consecutivas.

En el otro caso la enorme dilatación que presentaba el colédoco me permitió practicar con más comodidad una anastomosis lateral de ese conducto dilatado con el duodeno, según una técnica muy parecida á la de las anastomosis entéricas laterales.

En los dos casos de procesos neoplásicos incluyo el de un carcicoma de páncreas y el de un quiste hidático de cara inferior y región muy posterior de hígado. El primero presentaba una vesícula enormemente dilatada, que abierta dió salida á dos cálculos y gran cantidad de bilis. Comprobada la permeabilidad del cístico que en realidad era una segunda cavidad vesicular, tal era su distensión, pudimos hacer cómodamente una colecistoduodenostomía, desaguando en colédoco la corriente biliar con tan buen resultado, que el enfermo

se decoloró completamente de su tinte icterico y mejoró notablemente, muriendo un año después con enorme ascitis.

El caso de quiste hidatídico es interesante. Era un enfermo con historia de cólicos y color icterico. En sus datos diagnósticos de laboratorio se registra el dato de eosinofilia de 8 por 100. Creí en principio que era un quiste hidatídico de cara cóncava, pero en la intervención me encontré con vesícula dilatadísima y una tumoración profunda que por detrás de omento gastrohepático comprimía ileo. Creyendo que era una tumoración mesentérica y que no podía hacerse más que una derivación biliar, practiqué una anastomosis de la vesícula con yeyuno á través de mesocolon; una colecistoyeyunostomía trasmesocólica, que me pareció más fácil que la colecistoduodenostomía y más fisiológica que el abocamiento á colon. A los pocos días bajó el color icterico y se colorearon algo las heces del enfermo. Mas muy pronto continuaron como al principio los signos de oclusión biliar. Supuse que la anastomosis se habría invalidado por estrechamiento de la boca y acudí con nueva laparotomía á corregir este contratiempo, pero encontré la vesícula abocada á yeyuno, perfectamente retraída y la anastomosis libre sin adherencias, sin induraciones; en una palabra, en condiciones de funcionar. Dirigiéndome entonces al obstáculo que había considerado como neoplasia, noté en la tumoración cierta resistencia; disecado y separado el colédoco á un lado, puncioné con una aguja junto á él y obtuve líquido claro; incindi con cautela y extraje un hidátide; ensanché la abertura y salieron en gran cantidad. Exploré la profundidad y me encontré con que había una cavidad grande situada en lóbulo posterior izquierdo de hígado, que en su evolución hacia adelante había comprimido vías biliares. Siendo extensa esta compresión y alcanzando conducto hepático, se comprende que el desagüe vesiculoentérico no pudiera lograr el restablecimiento del curso biliar. Y este caso seguramente habrá de ser intervenido tercera vez para alcanzar por vía posterior la cavidad hepática donde el quiste se alojó, y obtener un desagüe más amplio y perfecto de la misma.

Nota sobre el tratamiento de la gripe por la autoseroquimioterapia

POR

RAFAEL AGUIRRE

Con el título de *Autoseroquimioterapia* ha aparecido en los periódicos profesionales y políticos, acompañado de encomios evidentemente imprudentes, dado su origen semi oficial, otro nuevo tratamiento de las localizaciones respiratorias en la presente epidemia de gripe, debido al Dr. Valero.

El procedimiento que parece darse como novedad al asociar á la acción terapéutica del autosuero la de la cantaridina, produciendo un derrame seroso precisamente á través de los capilares situados en los focos enfermos, ha sido, en realidad, preconizado hace años por

Moduos (1), que empleaba la siguiente técnica: Aplicaba al enfermo un vejigatorio cantaridado, y una vez formada la ampolla de exudado, inyectaba hasta ocho centímetros cúbicos de éste subcutáneamente; si pasados tres días el enfermo no mejoraba, repetía la inyección y aun una tercera si tardaba la desferescencia de la enfermedad. El proceder del Dr. Valero únicamente tiene con el anterior pequeñas diferencias, en el número de centímetros cúbicos de serosidad inyectada (hasta doce centímetros cúbicos) y en el tiempo que espera para repetir la inyección en caso de fracaso de la anterior (cada cuarenta y ocho horas hasta conseguir el efecto buscado).

Entre las contraindicaciones que el Dr. Valero cita al procedimiento, está como es de rigor la alteración renal. Desde luego no podía faltar. Pero en una enfermedad como la gripe actual, en la que en más del 90 por 100 de los casos graves se presenta albúmina en la orina en mayor ó menor cantidad, ¿para qué casos queda indicado el empleo de esta terapia, si también se tiene en cuenta el resto de contraindicaciones, como prostatitis, embarazo, diabetes, etc.?

Además, el 10 por 100 de los casos restantes, si bien no tienen ni indicios de albúmina en su orina, están en las más favorables condiciones para tenerla, como da lugar á pensar la proporción tan elevada de su presencia en el 90 por 100; y es lógico pensar que la inyección de la serosidad que lleva en ella dosis aunque sean pequeñas de cantaridina, es una causa muy precisa para hacerla aparecer en enfermos tan predispuestos.

Es indudable, pues, que la autoseroquimioterapia está contraindicada en todos los casos graves de gripe, aun en aquellos que no tengan indicios de perturbación renal. Y, naturalmente, en los casos leves, que espontáneamente se curan todos, no hay por qué achacar los resultados á este tratamiento.

Dado el carácter semioficial que se ha dado á esta terapéutica, y á pesar de nuestro prejuicio contrario á su empleo, se decidió por consejo del decano de la Beneficencia Provincial, Dr. Isla, su ensayo en varios enfermos de gripe con localizaciones respiratorias en el servicio de enfermedades infecciosas del Hospital Provincial, á cargo del Dr. Maraón. Desde luego se empezó por hacer el análisis de las orinas y comprobar la ausencia en ellas de albúmina.

Se ha aplicado en enfermos más ó menos graves, en distintos días de enfermedad y siguiendo la técnica indicada por el Dr. Valero, y su resultado permite afirmar que no se encuentran esas rápidas mejorías por crisis ó lisis entre las catorce ó treinta y seis horas, y á veces antes, que dice su autor; y sí que no se ha notado ningún indicio que le haga más recomendable que cualquiera de otro de los innumerables tratamientos (con bases más ó menos científicas) á que la presente gripe ha dado origen; siendo de lamentar que desde las alturas oficiales se proceda con esta ligereza, al juzgar problemas de terapéutica cuya resolución debe acometerse con la mayor seriedad.

(1) Dariez: Sueros, Vacunas y Fermentos (Edición española), 1918.

Contribución al estudio del tratamiento de los estados hipertiroideos

POR

E. BONILLA (Madrid).

El estudio de la patología endocrina, que tanta importancia encierra para el investigador, tiene al mismo tiempo una trascendencia práctica, que siendo cada día mayor, es, sin embargo, todavía poco conocida por muchos clínicos. Hay entre nosotros algunos médicos que consideran los asuntos endocrinos como elucubraciones fantásticas, cuyo estudio dicen es bonito, como queriendo indicar que para ellos, hombres prácticos, no tiene valor ninguno. Esto que no es nada extraño dada nuestra castiza psicología misonéista, es de resultados fatales para los enfermos. El número de personas que padecen de las glándulas de secreción interna es considerable, y constantemente tenemos ocasión de observar las consecuencias nefastas que para ellas tienen los falsos diagnósticos y los tratamientos equivocados, establecidos por los prácticos que desconocen estos estudios.

Entre todas las endocrinopatías dominan por su número los trastornos tiroideos y entre ellos los de hiperfunción de la glándula tiroides, ó sea los que llamamos hoy estados hipertiroideos. Antes no se conocía más tipo de estos trastornos que el clásico síndrome de Basedow, que considerado como una neurosis por Charcot, es admitido desde Moebius y Gauthier, como la genuína representación del hipertiroidismo.

No cabe duda que en el síndrome de Basedow existen trastornos de otras glándulas de secreción interna, sobre todo insuficiencia genital, como ha señalado Marañón y hemos comprobado en nuestras observaciones clínicas; y muy frecuentemente hipertrofia tímica, caracterizada por la intensa linfocitosis que presentan estos enfermos (único modo de comprobar el aumento del timo en el adulto); esto demuestra que el Basedow constituye seguramente un estado pluriglandular, pero sin que pueda negarse, como han hecho algunos autores (Klose, Pende, Marimón), que es primitiva y predominantemente hipertiroideo.

La enfermedad de Basedow suele ser hoy día bien diagnosticada, pero este síndrome clásico no es la única, ni siquiera la más exacta representación del hipertiroidismo; existen otros muchos tipos, hasta llegar hasta los hipertiroidismos monosintomáticos de Levy y Rothschild, que generalmente no se diagnostican, y por consiguiente, no se tratan. Siendo complejísima la fisiología del tiroides, son muchísimas y muy diferentes las manifestaciones clínicas á que pueden dar lugar sus alteraciones morbosas; y así tenemos, refiriéndonos solamente á la hiperfunción, los hipertiroidismos de tipo cardiovascular; nervioso, diabético, consuntivo, digestivo, etc.; según cuales sean los síntomas predominantes (Marañón), como asimismo la reacción hipertiroidea que se presenta en los portadores de bocio, bien por influencias emocionales, ó por brusco desfallecimiento de otra glándula endocrina que prepara el terreno al hipertiroidismo (basedowismo de los portadores de

bocio producido por la insuficiencia genital de la menopausia); ó bien por lo que los alemanes llaman Iod-basedow, por desgracia frecuentísimo en España, que es un hipertiroidismo que se presenta en los portadores de bocio, á causa de una equivocada terapéutica por el iodo.

De este rápido bosquejo de las muy diferentes formas con que puede revelárenos el hipertiroidismo se deduce, que para poderlo tratar convenientemente, es necesario que el práctico aprenda á conocer todas estas formas y abandone la idea de que la hiperfunción del tiroides se presenta siempre con los clásicos síntomas que constituyen la enfermedad de Basedow (exoftalmos, bocio, temblor, taquicardia, adelgazamiento, etc.). Si queremos dar una regla para descubrir el hipertiroidismo, diremos que casi todos esos síntomas pueden faltar, especialmente el pretendidamente típico exoftalmos; hemos visto muchísimos hipertiroideos y son los menos los que tienen exoftalmos, siendo en cambio de gran importancia la retracción del párpado superior, que hace que el ojo aparezca muy abierto, con una expresión que recuerda la del terror (Glanzaug, de Kraus). Aparte de esta retracción del párpado, el síntoma más constante, casi nos atreveríamos á decir patognomónico del hipertiroidismo, es la taquicardia, como lo reconocen los modernos cardiopatólogos (Vaquer).

Cada una de estas formas de que hemos hablado exige un tratamiento especial ó sintomático, unido al fundamental del hipertiroidismo. La primera cuestión que debemos resolver, es si debe establecerse un tratamiento médico ó quirúrgico. Recordamos de nuestros tiempos de internado en las salas de cirugía, que á todo enfermo que llegaba con bocio, se le extirpaba, sin saber si era un bocio simple ó un bocio con reacción hipertiroidea; ni siquiera si se trataba, como muy frecuentemente ocurre, de un hipotiroideo. El único criterio que se seguía para operar ó no, era el tamaño de la tumoración; cuando el enfermo tenía un bocio grande, difícil de limitar, ofreciendo el peligro de una operación laboriosa y de no seguro éxito, no se operaba; en todos los casos en que no se intervenía se recetaba el iodo. Creemos que en muchos casos de bocio simple, pequeño, no debe operarse, pues la hidroterapia fría, y muchas veces la opoterapia genital, especialmente en las muchachas, hacen desaparecer el bocio, pudiendo emplearse también en estos casos (siempre que no exista síntoma ninguno de hipertiroidismo) el iodo y hasta la tiroidina; pero cuando el bocio es lo de menos y lo importante es la hiperfunción tiroidea, la operación sistemática debe rechazarse en absoluto. El hipertiroidismo es, como dice Marañón, una enfermedad esencialmente médica, y si algunas veces debe operarse, ha de ser el médico el que determine en qué casos, y cuándo y cómo ha de realizarse la intervención. Hay una regla absoluta para saber si un hipertiroideo debe operarse ó no, que es la implantación del bocio; siempre que el tumor produzca compresión debe operarse; en algunos hipertiroideos, el bocio dá síntomas que nos revelan la compresión (alteraciones de la voz, disnea, accesos de tos, etc.), pero hay otros que no pre-

entan síntoma ninguno y sin embargo tienen compresión; entonces podemos descubrirla por dos maniobras, que llamaremos signos de Marañoñ; consisten en hacer extender fuertemente la cabeza y comprimir hacia atrás con los dedos pulgares sobre el mango del esternón, con cuya maniobra se ingurgitan las venas del cuello, caso de que el bocio sea retroesternal; lo mismo se consigue haciendo que el enfermo levante los brazos cuando tiene la cabeza extendida.

En estos casos de bocio retroesternal se debe operar, pero hay que tener en cuenta que los signos de Marañoñ no son seguros de bocio, sino únicamente de tumoración retroesternal, y en muchos casos en que se presentan en unión de una fuerte mononucleosis nos harán sospechar la hipertrofia tímica que encierra grandes peligros para la anestesia. Todos los cirujanos reconocen que en las operaciones sobre el tiroides debe emplearse la anestesia local, y si esto no es posible, el éter, por ser muy peligroso el cloroformo, especialmente cuando el hipertiroidismo va acompañado de aumento del timo. Muy conocida es la acción perjudicial que sobre el hipertiroidismo tienen las preocupaciones intelectuales y los disgustos que tanto papel juegan en su patogenia, y lo mismo el trabajo físico por el desgaste muscular que ya tienen estos enfermos por su inestabilidad motora. De aquí que todo hipertiroidismo necesite un gran reposo físico, moral y psíquico; si por las condiciones sociales del enfermo que le obligan a trabajar, ó por circunstancias de familia que le ocasionan disgustos constantes no puede tener ese reposo, debe someterse sin ningún género de dudas a la intervención quirúrgica. En todos estos casos en que se decida la operación ha de tenerse en cuenta las alteraciones de la coagulabilidad de la sangre que tienen los hipertiroides, estableciéndose, por tanto, previamente un tratamiento recalcificante.

Numerosas son las operaciones que pueden realizarse sobre el tiroides, y sólo hemos de llamar la atención sobre los peligros que tiene extirpar gran cantidad de glándula; recordamos una hipertiroides que presentó después de la operación signos de hipotiroidismo, que la duraron bastante tiempo, si bien cesaron con la opoterapia tiroidea. También se ha empleado por Jaboulay, Jönnesco, etc., la resección del simpático cervical que da buenos resultados contra las manifestaciones simpaticotónicas, especialmente el exoftalmos. Garré, Capelle y otros han recomendado la extirpación del timo. De entre las numerosas historias de hipertiroides que tenemos, vamos a citar una como tipo de los casos en que debe intervenir quirúrgicamente por la situación del bocio.

S. R., de treinta y seis años; ha tenido seis hijos, tiene bien la regla, bocio grande, retroesternal, voz de compresión traqueal, ojos brillantes, temblor, taquicardia; curó completamente con la operación.

Otro caso típico de hipertiroidismo que en anatomía y funcionalmente era, á nuestro juicio, un caso médico, se trató primero médicamente; pero luego hubo de ser sometido á la intervención quirúrgica por no mejorar

nada la enferma á causa de constantes disgustos de familia, curándose con la operación.

Fuera de estos casos, que son los menos, debe establecerse el tratamiento médico. ¿En qué forma lo haremos? Una de las cosas más esenciales es el reposo de que ya hemos hablado; á éste ha de acompañar el régimen alimenticio. La carne debe ser limitada en estos enfermos y prohibida en los casos graves, así como los caldos, jugos, etc. La carne es nociva porque sin duda sus venenos excitan la actividad antitóxica del tiroides; así se ve que los animales carnívoros soportan muy mal la extirpación de esta glándula; el hombre que es omnívoro la soporta mejor y la sufren muy bien los animales exclusivamente herbívoros (Horsley). En cambio las grasas y los hidrocarbonados (féculas, dulces) están indicados como aconsejan Rudinger, Pende y otros, aunque los enfermos presenten glucosuria.

Para reducir el bocio, da grandes resultados la hidroterapia fría.

Como tratamiento medicamentoso debe emplearse el suero antitiroides y la opoterapia genital en la mujer, pues la opoterapia genital masculina no da, como se sabe, ningún resultado. El suero antitiroides que empleemos ha de ser fresco, pues los basedowianos son muy sensibles á los efectos tóxicos de los preparados orgánicos descompuestos, produciéndose algunas veces fenómenos de intoxicación muy llamativos. Los efectos tóxicos del suero se moderan tomándose con leche.

También se emplean otras opoterapias (hipofisaria, Renon), que da algunas veces buenos resultados, pero obrando como un simple tónico cardíaco; tímica (Mikulicz, Eppinger), que no tiene fundamento ninguno, pues en el hipertiroidismo hay casi siempre hipertrofia del timo, pero que, sin embargo, parece da buenos resultados; paratiroides (Marinesco, Eppinger); pancreática (Dickmann) y suprarrenal. Siendo el hipertiroidismo un síndrome pluriglandular, claro está que en muchos casos estarán indicadas alguna de estas opoterapias, debiendo elegirse por un detenido estudio del enfermo, aquella que corresponda á la glándula que acompañe al tiroides en su alteración funcional. Pende aconseja sistemáticamente esta opoterapia múltiple.

No tenemos experiencia personal de estas opoterapias, como tampoco de otros tratamientos aconsejados, con peor ó mejor resultado; electroterapia, muy recomendada entre nosotros por Galiana; radioterapia (Holzknecht, Falta, Pende); radiumterapia (Abbe y Dominici), etc.

Algunos fármacos se han empleado también sin fundamento ninguno, como la quinina, salicilato de sosa, etcétera. Kocher recomienda el fósforo fundándose en la pobreza en este cuerpo de los tiroides de basedowianos. El arsénico en inyección es muy útil en los desnutridos. En los hipertiroides con manifestaciones vagotónicas recomiendan los autores ingleses y americanos la atropina como moderador del neumogástrico; según nuestra experiencia da muy buenos resultados, pudiendo emplearse en forma de sulfato de atropina en inyec-

ciones ó de tintura de belladona, administrándose en gotas, en dosis de X á XV al día.

Como tratamiento sintomático debemos decir, que la diarrea, síntoma frecuentísimo en el hipertiroidismo, del que constituye á veces la única manifestación, depende del aumento de tono del vago, por lo cual, no cede á régimen ninguno, y si á los preparados de opio asociados á la atropina; y si no se consiguiese nada con esto, debe recurrirse á los enemas de adrenalina, recomendados por Noorden y Eppinger, con los cuales se logran brillantes resultados por aumentar la adrenalina el tono del simpático, neutralizándose de este modo la vagotonía. En ocasiones tendremos que emplear los tónicos cardíacos, los sedantes del sistema nervioso, etc., para combatir las complicaciones que pueden presentarse.

Concretando estas nociones generales sobre el tratamiento del hipertiroidismo, vamos á indicar la manera cómo llevamos á cabo este tratamiento. Sometemos al enfermo á un régimen alimenticio á base de grasas é hidrocarbonados; con limitación y hasta prohibición de las carnes, según la intensidad del caso; á este régimen acompaña el reposo, recomendándole dormir mucho, acostándose temprano y levantándose tarde, y teniéndole una hora en absoluto descanso después de las comidas; el trabajo intelectual debe ser ligero ó suprimirse por completo en las fases muy agudas, debe permanecer mucho tiempo al aire libre, pero sin hacer ejercicio exagerado y alejarse de toda causa de disgusto y preocupación moral. Por la noche, sobre todo si el bocio es grande, le pondremos durante una hora una bolsa de hielo en la región tiroidea, con lo cual, la tumoración se suele reducir á veces rápidamente. Como medicación prescribimos una ó dos ampollas diarias de suero antitiroideo, tomadas en ayunas con un poco de leche ó después de las comidas.

Añadimos al suero, en las mujeres, la *ovarina*. Empleamos casi siempre la preparada por la casa Puy, de la que debe tomarse de XX á XXX gotas al día, en dos veces.

Hay que advertir que el suero no debe tomarse más de quince días seguidos; tras unos días de descanso, puede reanudarse su empleo. Si después de algunas semanas no ha aparecido la mejoría esperada, puede renunciarse á este medicamento pues la práctica enseña que lo que no se consigue pronto con estos sueros, no se consigue nunca.

Con este tratamiento fundamental, al que añadimos cuando sea preciso algunos de los remedios sintomáticos de que ya hemos hablado (atropina, opio, enemas de adrenalina, arsénico en inyecciones, etc.) se consiguen brillantes resultados en la inmensa mayoría de los casos. Si por cualquier circunstancia no se lograra alivio después de algún tiempo, debe intervenir el cirujano.

Creemos pueda ser de utilidad que copiemos brevemente algunas historias clínicas de diferentes tipos de hipertiroidismo entresacados de los muchísimos que hemos tenido ocasión de estudiar y en los cuales ha dado muy buenos resultados el tratamiento que acabamos de exponer.

P. R., cuarenta y tres años. Cuenta que desde hace diez meses empezó á notar un bulto en la región tiroidea, aplicándose iodo; á los dos meses había aumentado mucho de tamaño; le apareció con motivo de una gran impresión, porque asesinaron á su marido; cuando la exploramos tenía bocio pequeño, palpitations, desarreglos menstruales, taquicardia (80 pulsaciones), ojos muy abiertos, Stellwag y Moebius positivos, ligero nistagmus, caída del pelo y canicie, ligero temblor en las manos.

P. M., veintiún años, tiene el bocio desde hace tres años; hace un año comenzó á adelgazar y á sentir molestias gástricas de tipo hiperclorhídrico, signos oculares positivos, bocio pequeño, ojos muy brillantes pero sin exoftalmos, hipertriosis, taquicardia (104 pulsaciones), no tiene temblor.

J. R., de treinta y cinco años, ha tenido 11 hijos; hace seis años se le presentó el bocio, hace un año comenzó á tomar 190 gotas de iodo y una tableta de tiroidina al día, ligero temblor, exoftalmos, taquicardia (924 pulsaciones) (Iodbasedow típico).

C. L., de cuarenta y un años, tiene bocio hace catorce, ha tenido 6 hijos y 12 abortos, ha adelgazado 18 kilos en un año, palpitations, taquicardia (128 pulsaciones), temblor, reglas escasas, manos frías y sudorosas, fuerte exoftalmos. Síndrome de Basedow clásico.

A. B., de veintiséis años, ha sido siempre muy nervioso, mucho temblor, taquicardia (90 pulsaciones), suda mucho, caída del pelo, no tiene exoftalmos ni bocio; en cuatro meses ha adelgazado 10 kilos.

S. R., de veinticinco años, tuvo una gran impresión á causa de la muerte repentina de una hermana; desde entonces palpitations, adelgazamiento, muy nerviosa, temblor, taquicardia, reglas escasas, manos frías y sudorosas, sensaciones de calor en el rostro, reacción vasomotora muy acentuada en región tiroidea; no tiene bocio ni exoftalmos.

C. M., veintiún años, bocio, taquicardia, exoftalmos, aumenta de peso (9 kilos en diez meses), caída del pelo, reglas escasas y dolorosas, manos frías, irritabilidad vasomotora en el cuello; taquicardia (141 pulsaciones).

Estas historias nos parecen muy instructivas, pues además del excelente resultado obtenido en todas por el tratamiento médico, son una demostración exacta de la multiplicidad de formas del hipertiroidismo.

En ellas vemos al lado de un síndrome de Basedow con todos sus síntomas clásicos, casos en los que no existe ni siquiera bocio. De mucha enseñanza es, por tratarse de un hecho relativamente raro (aunque hemos observado bastantes casos), el de la enferma que, á pesar de su hipertiroidismo, engordó 9 kilos en diez meses; en estos casos es mayor la simpaticotonía que la hiperfunción tiroidea. Sólo un síntoma se mantiene constante en todas las historias expuestas, la taquicardia, que ya hemos dicho nos atrevemos á considerar como patognomónica del hipertiroidismo. Al querer exponer casos representativos de los diferentes tipos de hipertiroidismo, no hemos podido hacer figurar más que un caso masculino, lo que nos demuestra

la frecuencia mucho mayor con que se presenta esta enfermedad en la mujer.

En algunas historias hablamos de un síntoma que no está descrito en ningún libro: las manos frías y sudorosas; esto que se presenta casi siempre en el hipertiroidismo no depende de la hiperfunción tiroidea sino de la insuficiencia genital que siempre la acompaña. La experiencia clínica nos enseña que toda mujer que se nos presenta con estos trastornos vasomotores, nos refiere siempre, al interrogarla, padecer de desarreglos menstruales; por tanto las podemos llamar, como hace Maraño, «manos hipogenitales».

No queremos terminar este trabajo, aunque resultemos pesados, sin insistir sobre el peligro que tiene en el hipertiroidismo el empleo del iodo. Si en los bocios simples y, con más razón, en los acompañados de síntomas hipotiroideos, los preparados iodados pueden dar buen resultado, éstos estarán formalmente contraindicados en los bocios con reacción hipertiroidea, que se agravan considerablemente con el empleo del iodo, como se ve muy claro en la historia de Iodbase-dow más arriba expuesta.

REFLEXIONES SOBRE EL AUTO-MOVIMIENTO

POR EL

DR. ABDON SANCHEZ HERRERO

De la Beneficencia municipal, por oposición.

Uno de los aciertos más geniales de Letamendi (consúltese su *Curso de Patología general*, tomo 1, Nosología), fué considerar á la vida como un caso particular de movimiento (bajo el aspecto mecánico, se entiende). Por su parte, mi inolvidable maestro el profesor Burrieza, en su *Manual de Psicología elemental*, Valladolid, 1884, indicó que la sensación y el movimiento son las dos funciones, receptiva y reactiva, del comercio psico-físico.

Pues bien, lo que estos autores aplicaron al hombre, es preciso decirlo también (qué duda cabe) del alma, esta substancia racional automotora (San Agustín) que no puede dejar de moverse, en ninguno de sus tres estados sucesivos, porque de lo contrario, dejaría de ser finita. Cosa absurda.

De aquí se deduce que la frase de las esquelas mortuorias «el eterno descanso de su alma», envuelve un gravísimo error y demuestra que los que la usan, no son psicólogos, ni se han parado á reflexionar, ni hacen otra cosa que repetir como loros, lo que les han enseñado en su infancia. La causa es que se han formado del alma el concepto *a priori*, no el derivado de la observación, que posee la Psicología moderna. Suponer que por el acto de morir el cuerpo que animó, va á perder uno de sus atributos, es una imposibilidad lógica y un absurdo en Metafísica.

Lo que caracteriza al ser, es su actividad intrínseca. Esta se descompone en apercepción (que es aquella superior función de la conciencia que llamó Letamendi *corazón del alma* [*Curso de Clínica general*, Madrid, 1894, Prólogo]), y autómovimiento, ó movimiento de traslación, indispensable para progresar.

Para comprender mejor esto, es preciso que me detenga un momento en la explicación de cómo se exterioriza la voluntad-acción. De la voluntad-freno, me ocuparé más tarde. En la Prasología-Psicología del querer (Burrieza, loco

citato), hay que recordar los tres actos sucesivos: 1.º, propósito; 2.º, determinación, y 3.º, acto. Y éste, ejecutado por el cuerpo y en el estado transcendente, por el endocosmos, se revela por una cosa física, el movimiento. De suerte, que podemos considerar á éste como la expresión somática de la voluntad-acción (deseo), con el mismo derecho que la palabra lo es del pensamiento, ó la generación, del sentimiento.

Este es un esquema general que ni me satisface á mí, ni puede contentar á mi lector, así es que hay que detallar más, si queremos verlo claro y que no se nos confundan las nociones en el entendimiento, porque no nos podría suceder cosa peor.

Y aplicando un método cronológico, para ser más claro, voy á tomar á un jugador empedernido, desde que siente las ganas, el deseo de jugar, hasta que se sienta á la mesa de juego. Este ejemplo no sólo me permitirá estudiar sus momentos psicológicos (*intraanímicos*), sino que hasta resultará divertido, para el lector y para mí, si acierto á exponerlo.

Primer tiempo (Espiritual). *Formación del propósito* (Intención). Supongamos que nuestro hombre ha perdido la noche anterior, en un garito, todo el dinero que llevaba. De la experiencia, le quedó un recuerdo amargo. El entendimiento le dice: «No vayas». La pasión le dice: «Vé y te desquitarás». Como «pasión quita conocimiento», hay lucha entre la voluntad-acción y la voluntad-freno. Si vencé la primera, la intención está hecha.

Segundo tiempo (Endocósmico). *Representación del propósito* (Acción interna). A nuestro sujeto se le representan en su imaginación, valiéndose de las imágenes virtuales adquiridas por su experiencia anterior, por las veces pasadas que ha hecho aquello mismo, el hecho de salir de su casa, el camino que tiene que recorrer, la fisonomía é indumentaria del banquero y de los puntos; los dichos, en la jerga especial de aquella gente; el dinero que hay sobre la mesa. Y como esto lo ha vivido él mismo, toda esta escena intracraneana, animada por el soplo del pensamiento, tiene un color, una vida, una fuerza plástica tan enorme, que á un vicioso como él, le produce un placer vivísimo, casi sensual. Sus últimos escrúpulos se desvanecen, y diciendo: «Un día es un día» ó «El que no se arriesga, no pasa la mar», se lanza á la calle (determinación).

Tercer tiempo (Orgánico). *Ejecución del propósito* (Acción externa). El cuerpo no es más que una máquina, esclava del alma inteligente. No es responsable de nada, como no lo es el caballo que se desboca y atropella á los transeúntes por inhabilidad, por impericia de su jinete. Allí, junto al tapete verde, se estará horas y horas esta pobre carne, guiada por un apasionado, por un ciego, por un dislógico, hasta que una fuerte emoción (probablemente quedarse otra vez sin blanca), haga á éste recuperar el juicio. Lo cual no siempre ocurre, pues en el caso de que el jugador enloquezca, entonces agarra una Browning y se pega un tiro, como se ve todos los días en Montecarlo y en otras partes, por desgracia.

No sé si habré acertado en esta exposición, ni me pertenece á mí decirlo, sino al lector. Lo que sí resulta evidente, á mi entender, es la participación que toman las tres especies de la naturaleza humana (alma, endocosmos y organismo) en la exteriorización de la voluntad acción, que es el propio movimiento del espíritu inteligente.

Pues bien; sépase que esos tres momentos que he estudiado, pueden sufrir profundas modificaciones en el estado patológico. Las leyes de la psicología morbosa son idénticas á las de la normal, porque, como demostré en otra parte, la

Psiquiatría es la psicología *al revés*. Nada hay nuevo. Sólo cambia la decoración.

Así por ejemplo, en el histerismo se modifica el primer momento (la intención de movimiento), y claro está que faltando éste, que es la base, los otros dos vienen al suelo. Como todas las facultades del espíritu inteligente (que es simple) son solidarias entre sí, y en su actuación, este estado del propósito, obedece á la indiferencia hacia el mundo exterior. Yo tuve una enferma de este mal (en el Sanatorio del Pilar), de gran enseñanza.

Esta histérica hipobúlica pasaba largas horas sentada en la butaca; sin querer hacer ninguna labor manual, siquiera para entretenerse, como yo siempre la recomendaba. Era tal su afán de estar acostada, que aprovechaba los menores pretextos para hacerlo, á cualquiera hora del día, teniendo necesidad de recomendar á la enfermera tuviese cerrada la puerta de la habitación para evitarlo. Y en cuanto se des-cuidaba, ya se sabía, se la encontraba en la cama. Cuando se la reprendía, contestaba: ¿Para qué trabajar? ¡La vida es tan corta!

También el tiempo endocósmico (*acción interna*), puede alterarse y la Psiquiatría nos lo presenta alterado de un modo profundo, en el estuporado melancólico. En él hay una desconexión tal de las imágenes virtuales motoras (fórmula kinética, de Magalhaes Lemos), que este ser permanece en su rincón, pálido, cabizbajo, inerte, como si hubiera olvidado el *modus faciendi* de los movimientos que las necesidades de la vida exigen, para atender á los fines de nuestra existencia. El cuadro presenta un aspecto tan imponente que no se olvida jamás.

Finalmente, el tercer tiempo, el ejecutivo, el orgánico, puede perturbarse en multitud de afecciones del sistema nervioso central y del periférico. Basta recordar la impotencia á que se ve reducido el atáxico, al llegar al período paralítico, que es el último de esta enfermedad inexorable. El enfermo tiene la intención y la representación del movimiento; no puede ejecutarlo, á consecuencia de sus lesiones. Yo he visto bastantes atáxicos, tanto de estudiante, como de médico. Sin embargo, ninguno he visto en esta etapa, que conozco por los libros, especialmente por las descripciones clásicas de Erb y Leyden. Los matan antes las complicaciones del aparato respiratorio, siempre en ellos de evolución muy rápida.

Los factores etiológicos de la cirrosis de Laennec

POR EL DOCTOR

FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ (de Granada).

El Dr. L. Urrutia, de San Sebastián, distinguido y querido amigo mío, me honra en el núm. 3.393 de EL SIGLO MÉDICO publicando un comentario á mi trabajo «Los factores etiológicos de la cirrosis atrófica de Laennec», aparecido recientemente en *Los Progresos de la Clínica* (Agosto de 1918).

El Dr. Urrutia cree, en concreto, que el alcohol tiene poca importancia en la génesis de la enfermedad; que yo le concedo una importancia mayor que la que le corresponde, y que no interpreto exactamente los puntos de vista que él ha expuesto en sus publicaciones.

Voy á permitirme oponer algunos argumentos á los manejados por el querido colega.

En la página 352 del «Manual de Medicina interna» publicado en Madrid bajo la dirección de los doctores Hernando y Marañón, dice el Dr. Urrutia textualmente:

«Entre nosotros, Madinaveitia ha combatido desde los comienzos de su práctica la idea de que el alcohol sea causa frecuente de cirrosis, fundándose, principalmente, en que dicha enfermedad es desconocida entre los herreros de Oñate, alcoholizados de padres á hijos. Su experiencia ulterior ha confirmado esa creencia. Por nuestra parte, añadiremos que, si alguna vez encontramos antecedentes indudables de alcoholismo, en la mayoría se trataba de bebedores moderados, siendo alguno totalmente abstinentes; y que en Guipúzcoa, provincia que no se puede citar como modelo de temperancia, la cirrosis es poco frecuente, siendo la mayoría de nuestros casos, extraños al país.»

En el referido artículo de EL SIGLO MÉDICO detalla el Dr. Urrutia su estadística de 60 casos de cirróticos adultos. Resulta de ella que la influencia directa del alcohol era indiscutible en 21; pero que en los otros 39 tampoco se podía negar en absoluto, puesto que eran, dice, bebedores moderados habiendo solamente uno que nunca bebió más que agua, y siete mujeres que podían ser consideradas como casi abstinentes.

Por consiguiente, el 35 por 100 de los cirróticos de Urrutia deben su enfermedad al alcohol, y en el 65 por 100 restante no se puede eliminar en absoluto este factor etiológico.

El 26 por 100 de mis cirróticos deben su cirrosis al alcohol, que aparece como causa probable, aunque no exclusiva, en el 59,25 por 100 del total de la estadística.

Los demás factores que se pueden cotizar (sífilis, paludismo, abusos de especias y condimentos, infecciones diversas, intoxicaciones, etc., etc.) aparecen en proporciones insignificantes (de 1 á 7 por 100).

Hay, pues, derecho á suponer que el alcohol es la causa más frecuente de las cirrosis de Laennec, y tienen perfecto fundamento las conclusiones de mi modesto trabajo, que dicen, textualmente:

«Resalta, en primer lugar, el papel preponderante del alcohol en la génesis de la esclerosis del hígado, y se confirma la razón que ha asistido á los maestros clásicos para darle primordial importancia. No hay que ser, pues, demoleedor ni iconoclasta en este asunto, y es preciso aceptar la denominación de alcohólica para la mayoría de las cirrosis de Laennec.»

«Creemos poder afirmar, en vista de los datos anteriores, que el alcohol es la causa más frecuente de las cirrosis de Laennec; pero no es la única, y otra porción de factores pueden determinarla.»

Resulta, pues, según mi leal manera de ver esta cuestión, que quedan discutidos y objetados los cuatro puntos de vista del Dr. Urrutia.

El cree—y á sus textos me remito—que el alcohol tiene poca importancia en la génesis de la enfermedad. Yo creo que tiene mucha. Es agente causal en la mayoría de los casos, y no son precisamente los que él aporta los que demostrarían lo contrario. Ningún otro

factor de los que se cotizan, tiene en su haber un tanto por ciento tan numeroso como el alcohol.

El cree que yo le concedo mayor importancia de la que le corresponde, y yo me limito á decir que es la causa más frecuente, pero no la única.

El cree que yo no interpreto exactamente los puntos de vista que defiende en sus publicaciones, y copio el párrafo donde dice, bien claramente, que no acepta la idea de que el alcohol sea causa frecuente de cirrosis.

Granada y Enero de 1919.

Nuestro estimadísimo amigo y antiguo discípulo doctor D. Manuel Vilá, de Tortosa, nos ha remitido la siguiente nota en que se hallan resumidas provisionalmente sus impresiones acerca de una forma clínica que probablemente corresponde á la espiroquetosis icterohemorrágica (enfermedad de Weil) y que aparece de tiempo en tiempo en la comarca tortosina. Las comprobaciones experimentales de este hallazgo estaban llevándose á cabo de común acuerdo entre el Dr. Vilá y nuestro malogrado compañero Dr. D. Manuel Dalmau, recientemente fallecido en Barcelona.

G. PITTALUGA.

¿Los casos de ictericia infecciosa que se observan en Tortosa corresponden á la espiroquetosis icterohemorrágica?

POR EL

DR. D. MANUEL VILÁ

El ejercicio profesional durante diez y siete años en Tortosa (provincia de Tarragona) nos llevó al conocimiento de la existencia de cuadros clínicos que en las obras clásicas se califican con la denominación de *ictericias infecciosas*. La identificación de estos cuadros con las afecciones hoy catalogadas con el nombre de *espiroquetosis icterohemorrágica*, identificación muy extendida desde el hallazgo del spirocheto (por Inada é Ido) como agente etiológico del *tifus icterodes*. Los trabajos é investigaciones llevados á cabo durante los últimos años (en especial en Francia) dan á comprender que el tifus icterodes, la ictericia infecciosa y la espiroquetosis icterohemorrágica, corresponden á una misma entidad clínica que con el hallazgo del agente causal pone sobre la mesa su estudio, así como reclama una revisión de las entidades antes catalogadas en el mismo grupo para ver el alcance de su etiología y cuanto de ella se deriva.

Estos son los motivos que nos instan á remover esta cuestión en cuanto se refiere á los casos observados en nuestra comarca, y que creímos poder dar respuesta si la fatalidad no nos lo hubiera impedido. La epidemia gripal nos arrebató al entrañable compañero Dr. Dalmau (jefe de la Sección de Biología del Laboratorio municipal de Barcelona); la misma epidemia obligándome á un trabajo muy superior á mis fuerzas, hizo agudizar un proceso que me obligará á permanecer larga temporada apartado de todo trabajo profesional; por tanto, no extrañará que presentemos un trabajo incompleto, pues si bien dice poco en nuestro favor,

en cambio el mantenerlo en secreto nos expondría bien á llevarlos á la tumba, bien á perder un tiempo aprovechable por otros investigadores que den respuesta afirmativa ó negativa pero categórica á la pregunta con que encabezamos estas líneas.

Los hechos que debemos consignar propios de nuestra observación son los siguientes:

Temporalmente en el transcurso de dos ó tres meses observamos en nuestra práctica domiciliaria de 10 á 15 casos que coinciden cronológicamente con otros que nos refieren los compañeros; transcurren uno á dos años sin registrar ni tener noticia de ningún otro caso; después de transcurrir este tiempo reaparece un nuevo grupo de esta clase de enfermos; y así luego pasado otro periodo de tiempo sin conocer la existencia de ningún otro caso; y así sucesivamente nótase cierta periodicidad y coincidencia en la presentación de estos enfermos. Nada hay que nos llamara la atención respecto á preferencias estacionales ni topográficas dentro de nuestra comarca, lo mismo que en cuanto se refiere á sexo ó profesión, y si solo notamos una mayor frecuencia y gran benignidad en los niños de cuatro á diez años, siendo entre los adultos en los que se registran los casos graves y mortales.

En tres categorías podemos agrupar los casos observados, por sus caracteres clínicos y especialmente por su gravedad. Casos benignos; gravísimos, de duración efímera; y casos graves de larga duración.

Casos benignos.—Se reducen al aspecto de un simple empacho ó catarro gástrico febril con ictericia; con una duración de ocho á veinte días, que sólo impide al enfermo sus quehaceres los dos ó tres primeros días.

Los casos gravísimos, de los que son pocos en número los que hemos observado, corresponden á individuos que en perfecta salud son acometidos de manera brusca y violenta por escalofríos repetidos, seguidos de fiebre alta, delirio, ictericia muy variable en intensidad y duración, gran disminución de orina llegando muchas veces á la anuria, la orina muy pigmentada, intensamente albuminúrica y en algunos casos intensísima anuria. El aspecto de estos enfermos en el de una infección muy intensa sobrepuesta á una fuertísima intoxicación urémica, comenzando los primeros días ú horas el cuadro infeccioso para ser sustituido ó sobrepuesto por la uremia de forma cerebro-medular, generalmente. La duración de estos enfermos es de ocho, cinco y hasta tres días.

Casos graves de larga duración.—Estos se pueden agrupar en dos categorías, unos benignos y otros graves. Los benignos adquieren el tipo de periodos de fiebres discontinuas, remitentes ó intermitentes, separados por lapsos de diez y quince días ó más de completa apirexia y durante los cuales el enfermo solo lleva de anómalo algún trastorno gástrico, ligera ictericia generalmente menor que durante las fases de pirexia; no son raras las rinorragias y el picor cutáneo, en especial nasal, manchas purpúreas en piel y mucosas, arborizaciones conjuntivales, algunos vómitos pertinaces pero periódicos. Transcurridos dos ó tres meses durante los cuales existen distintos periodos de mejoría, y

aggravación, acaba por curar el enfermo sin que en general se observen secuelas.

La otra forma grave de larga duración es la que desde el comienzo adquiere tipo tífico, pero entre el grupo anterior y éste existe una tal gama de gravedad que resulta violenta la división artificial. Como tipo de estos casos acompañamos las dos historias clínicas siguientes, únicas que hemos podido recopilar con datos exactos:

J. M., soltero, de cuarenta años, domiciliado en Tortosa, calle de la Rosa, núm. 8, de oficio cochero y desde hace seis años sirve como á tal en casa de los señores marqueses de Bellet. Dedicado al cuidado de los caballos, duerme en la misma cuadra en un departamento alto.

No tiene antecedente familiar aplicable. Dice no recuerda haber padecido enfermedad alguna y por tanto no padeció sífilis ni enfermedades venéreas. Su género sin ser un modelo de virtud, sus costumbres son morigeradas, usa sin abusar del vino y tabaco, pero no cata los licores ni espíritus.

Su enfermedad actual data de Febrero de 1915; pasó de la salud á la enfermedad por medio de un escalofrío seguido de elevación térmica de 40°, gran quebrantamiento general, cefalalgia intensa, vómitos y estado nauseoso. Diariamente se repetían ligerísimos escalofríos y fiebre no tan intensa, y tras una duración de doce á quince horas remitía. Así continuó por espacio de unos doce días, presentando aspecto tífico, con sequedad y resquebrajamiento lingual fuligodentario, epistaxis, diarrea y adinamia; á los seis días comienza á notarse la orina ligeramente icterica, hasta que á los diez días tiene color acafetado intenso y aparece el color icterico de las mucosas y piel. A medida que la ictericia se acentuaba, el estado general del enfermo mejoraba, y lo que en los comienzos aparentaba una infección tífica muy grave, fué rápidamente mejorando hasta que á los diez y ocho días pudo el enfermo levantarse apirético, pero con ictericia, acolia y ligera astenia y poco apetito. A los ocho días de levantarse, ó sea á los doce ó catorce de apirexia, preséntase una nueva semana con accesos febriles muy irregulares en cuanto al escalofrío intensidad y duración de la fiebre; durante estos días se presentaron dos epistaxis de importancia; permanece luego quince ó veinte días apirético, y cuando mejor se hallaba, se presenta un formidable ataque epiléptico, con mordedura de lengua y babeo espumoso, incontinencia urinaria y fecal, estado de convulsiones tónicas y clónicas, gran trismus seguido de un período comatoso que duró más de media hora, á la cual despejóse el enfermo con inteligencia clara, apetito, etc.

Repite los períodos febriles tres veces más, siempre acompañados de epistaxis y adquiriendo durante ellos el aspecto de los tíficos, intercalados estos períodos de ocho, diez y quince días de apirexia y bienestar, conservando siempre algo de ictericia.

Transcurren sobre unos cuatro meses en este estado y cada quince ó veinte días durante el período febril ó fuera de él, se presenta un ataque epiléptico. Desaparece

el estado icterico lentamente, y cada vez menos intensos y más distanciados los períodos febriles, pero el enfermo presenta cada diez ó doce días una ó dos auras epilépticas ó bien un formidable ataque distanciándose más cada vez, hasta que á los catorce meses del comienzo de la enfermedad presenta el último ataque y desde entonces hasta hoy (26 Noviembre 1918) continúa perfectamente desempeñando el mismo cargo y en donde le hallará quien quiera cerciorarse, adquirir más detalles, ó quiera sacar sangre para su estudio.

Durante el curso de la enfermedad, con el fin de orientar el diagnóstico, se practicaron 2 Wassermanns con resultado negativo. Tres exámenes directos de sangre con tinción por May-Grünwald Giemsa, que nos demostraron ligera leucocitosis polinuclear, no se hallaron hemazotoarios (que para ello se examinaba). La orina aparte de pigmentos y ácidos biliares contenía albúmina en forma periódica y cantidad muy variable.

Nuestro diagnóstico en aquel entonces fué de *ictericia infecciosa*.

C. G., vecina de Tortosa, de sesenta y cinco años de edad, casada, con hijos, domiciliada en la calle de Cambrós, 10, 2.º

Antecedentes familiares muy vagos. Los personales son una fiebre tifoidea sufrida sin consecuencias, cuando tenía treinta años, y una erisipela de la cara, muy grave al decir de la enferma, que la padeció á los veinte años. Lo demás son cuatro partos y lactancias normales.

La enfermedad actual data del 10 de Febrero de 1918 y termina por la muerte de la enferma en 14 de Abril del mismo año. El comienzo es brusco con escalofrío, fiebre, quebrantamiento general y vómitos. Transcurre una semana con fiebre y síntomas tíficos, y al mejorar algo el estado general aparece la ictericia tegumentaria precedida tres días por ictericia. Instálase entonces un cuadro que á poca diferencia y con muy ligeras variaciones sigue los dos meses hasta la muerte de la enferma.

El aparato digestivo: lengua ligeramente saburosa al comienzo del mal, lentamente se torna acorchada, resquebrajada, y durante el último mes sufre verdaderas descamaciones en masa. Las encías al principio con ligero fuligo, en el decurso del mal presenta verdaderas hemorragias que repitiéndose sin orden algunas veces adquieren importancia. La bóveda palatina y velo secos en los comienzos, sufren igual resquebrajamiento y descamación que la lengua. Vómitos muy pertinaces durante la primera semana, cesan durante todo el otro período y sólo cada diez ó quince días presenta alguno que otro constituido por algún alimento ó bien por quimo, de color amarillento y al decir de la enferma, muy amargo. El abdomen durante toda la enfermedad permanece flácido é indoloro; sólo la presión intensa provoca ligero dolor en la región del hipocondrio derecho y epigástrica. Hígado y bazo permanecen normales en cuanto á su tamaño, configuración, lisura de bordes, etc. Las deposiciones son muy variables, alterna una pertinaz estreñimiento, que no cede sino á la extracción manual; con una diarrea profusa, bien líquida completamente, bien semisólida y mal trabada: el co-

lor variable del albino ceniciento al achocolatado obscuro sin que tenga relación este carácter con la consistencia.

La orina a los cuatro ó cinco días adquiere tinte icterico que se acentúa intensamente a los ocho días y ya continúa con este carácter de distinta tonalidad, hasta el final de la enfermedad. La cantidad varía según los días, oscilando entre 1.500 á 700 c. c., en veinticuatro horas. Desde los quince días de iniciada la enfermedad se registró albuminuria que continuó con grandes variaciones en su cantidad hasta el final de la enfermedad. Pigmentos y ácidos biliares también existían en marcada cantidad. El examen del sedimento de la centrifugación repetido diez veces en distintos períodos del mal, acusa la presencia de células pavimentosas de revestimiento vesical y uretral y sólo en escaso número y no en todos los exámenes presenta células propias de parénquima renal. Al final indicaremos el resultado de los exámenes biológicos de la orina.

Aparato respiratorio: Presenta en el transcurso de la enfermedad repetidas, pero no intensas rinorragias. El ritmo respiratorio parece no afectarse hasta los quince días que precedieron a la muerte, durante los cuales se apreciaron polipnea y Cheines Stoques marcadísimos. Transcurrió la enfermedad sin signos estetoscópicos y pleximétricos que denotaran trastorno anatómico del pulmón, y sólo los veinte últimos días en los planos posteriores se notaron signos evidentes de intensa y extensa flogosis, sin que la menor tos ni expectoración delataran tan intensa lesión.

El aparato circulatorio mostró ya desde el comienzo del mal una formal taquicardia no acompañada con el estado pirético. Ya a los veinte días las cifras del pulso oscilaban entre 100 y 120 con temperaturas máximas de 37,5 y 38°. A medida que la enfermedad avanzó, el pulso adquirió caracteres de pequeñez y depresibilidad, y durante los últimos veinte días adquirió el tipo de embriocardia, siendo completamente incontable. El centro cardíaco, que por su ritmo y tono era el que daba los caracteres del pulso, acusó al final de la enfermedad el tipo de miocardio fatigado, especialmente tras el esfuerzo de la enferma (subir a la cama, deposiciones) tras los cuales acusaba una gran taquicardia, no siendo raras las lipotimias; pero la auscultación cardíaca nunca nos delató la existencia de soplos orgánicos ni hémicos.

(Se concluirá).

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Complicaciones de la gripe, por el Dr. V. Juaristi.

—El autor ha observado durante la última epidemia gripal las siguientes complicaciones:

1.ª Gangrenas de la piel y mucosas, semejantes a las que se observan en el sarampión grave, todas en niños de tres á siete años. Podemos señalar una, extensa del triángulo de Scarpa, que produjo un esfacelo que dejó al descubierto los vasos, terminó por muerte; de las mucosas, masido relativamente frecuentes las de la boca, en niños han

rasmáticos. Es probable que algunas muertes hayan sido debidas á ulceraciones del intestino, en formas tíficas que han evolucionado rápidamente, pero faltan datos de autopsia.

2.ª Edemas glóticos, consecutivos á infecciones bucales y á lesiones renales; una vez han requerido la traqueotomía, sin resultado.

3.ª Más frecuente ha sido aún la otitis supurada, en niños y adultos. En el Hospital hemos abierto varios abscesos auriculares enormes; han curado con rapidez, sin más operación que la incisión amplia. Las investigaciones bacteriológicas no han demostrado más que las cosas ordinarias de la supuración. (*Aragón Médico*, Enero de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Una corrección de la reacción a la fenolftalina para la comprobación de las hemorragias ocultas en las heces, por el Dr. J. Boas, de Berlín.—El nuevo procedimiento de Boas es el siguiente: Se disuelven 25 gramos de potasa cáustica en 100 c. c. de agua destilada y se añade 1 gramo de fenolftalina del comercio, agitando todo vivamente hasta que se produzca la disolución. Entonces se coloca todo en un matraz de Erlenmeyer añadiendo algo de zinc metálico y calentando y haciendo hervir nuevamente hasta que desaparezca el tinte rosáceo y quede la solución completamente clara, lo cual tarda una ó dos horas. Cuando se ha enfriado la mezcla se añade agua destilada hasta completar de nuevo 100 c. c. y se filtra. Se obtiene entonces una solución transparente que no se modifica aun cuando se la añada ácido acético glacial y alcohol. La solución se mantiene varias semanas inalterada. Esta preparación es necesaria porque la fenolftalina del comercio contiene restos de fenolftaleína que dan a la solución alcalina en el primer momento una coloración rojiza.

Se hace un extracto de las heces con 15 á 20 gramos de alcohol y V gotas de ácido acético glacial. En un tubo de ensayo se ponen XV gotas del reactivo y VI gotas de peróxido de hidrógeno al 3 por 100, luego se añaden 2 c. c. de alcohol absoluto y se agita. Se coloca sobre este tubo de ensayo un embudo provisto de papel de filtro ordinario y se vierte en él la mitad del extracto indicado, de manera que según vaya filtrando, vaya escurriendo a lo largo de la pared del tubo. Si hay hematina, según la cantidad en que se halle presente se ve aparecer inmediatamente ó al cabo de algún tiempo un anillo rosado ó rojo intenso. Para apreciarle mejor, cuando es poco intenso se le mira sobre un fondo blanco. Esta reacción se titula, según su autor, prueba anular de la fenolftalina.

— Cuando se trate de averiguar la presencia de sangre en el contenido gástrico, el extracto debe hacerse con ácido acético y éter, lo demás igual. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 6 de Mayo de 1915.)

3. Sobre la presencia de bacilos tuberculosos en las heces, por T. Schzam.—En un cuadro ha resumido el autor las observaciones hechas en 85 casos, y que confirman la tesis de la presencia habitual de bacilos tuberculosos en las heces de los enfermos llegados a un período avanzado de la enfermedad y, especialmente, en los tuberculosos pulmonares febriles. Esta presencia se determina por el método de Reh. Se mezcla en un tubo de Esbach una cantidad de heces con agua destilada y éter. Después de agitar bien, se dejan depositar las partículas menos finas; luego se centrifuga el extrato etéreo, se hace disolver el sedimento en un poco de éter y se coloca sobre una placa.

Es raro que se obtengan resultados positivos en los primeros períodos de la enfermedad en los adultos. (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, Cristianía, Junio, 1918.)

4. **Epidemia de gastroenteritis de etiología desconocida, por K. Wassenar.**—Sobrevino esta epidemia en Julio de 1918 entre los refugiados belgas en Nunspeet; cerca de 500 casos en una población de 6.500 habitantes.

Sólo se registraron cinco defunciones. Los demás atacados curaron en un espacio de tiempo de una á tres semanas.

Clínicamente la afección se caracterizaba por dolores abdominales violentos, sobre todo al nivel del ombligo, diarrea (heces acuosas sin mucus, de aspecto no sanguinolento, pero siempre positivas para la presencia de sangre) con vómitos y tenesmo; pulso normal, temperatura de 35° á 38,5 C., sin roséola.

Los exámenes repetidos microscópicos y bacteriológicos de las heces, de los vómitos y de la orina, son todos negativos. Los casos se presentaron casi simultáneamente por toda la población (una causa local hídrica ó alimenticia era poco verosímil) y analizados el agua y los alimentos consumidos en la época de la epidemia en el Laboratorio central de Utrecht, no se encontró nada sospechoso.

El autor cree que ha podido tratarse de una forma intestinal de la gripe. En efecto, la epidemia comenzó precisamente en el momento en que los casos de gripe se multiplicaban entre los refugiados y decreció al mismo tiempo que la gripe disminuía de intensidad; únicamente no fueron atacados dos locales reservados á los viejos de más de sesenta años y cuatro destinados á niños de menos de tres años. (*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 12 de Octubre de 1918.)

5. **Un síntoma de ciática.**—Rimbaud, examinando la región del tendón de Aquiles en numerosos casos de ciáticas médicas y quirúrgicas, se vió sorprendido por la apariencia que en muchos sujetos tomaba el pie del lado afecto.

En lugar de presentar el aspecto habitual de una cuerda tensa, hasta el punto de inserción en el calcáneo, el tendón de Aquiles es menos aparente, y las dos depresiones que á cada lado le separan de los maleolos se borran; el tendón parece alargado, y la región como edematosa. En los casos más típicos el saliente tendinoso desaparece, las fosas retro-maleolares se borran, la parte posterior del pie toma un aspecto regular y aplanado muy característico.

Estos fenómenos revelan la hipotonía de los gemelos, ya señalada por Oppenheim, Barré, etc. El síntoma que nos ocupa se presenta en el 70 por 100 de los casos de lesión quirúrgica del ciático, y en el 25 por 100 de las ciáticas médicas. (*Le Progrès Médical*, 9 de Noviembre de 1918.)

6. **Tuberculosis pleuropulmonar aguda de origen traumático.**—Descos refiere la observación de un caso de tuberculosis pleuro pulmonar de evolución aguda, sobrevenido á consecuencia de un traumatismo de guerra. Se trataba de un soldado aviador, de buena salud habitual y sin antecedentes patológicos. Poco tiempo después de una caída de avión, en la cual sufrió una contusión en la parte izquierda del pecho, se presentaron todos los síntomas de un derrame pleurítico izquierdo, ascendiendo la macidez hasta la espina del omoplato, permaneciendo libre el espacio de Traube. Pocos días después de su hospitalización sucumbió el enfermo á consecuencia de edema pulmonar agudo. La autopsia demostró que la pleura izquierda contenía casi un litro de líquido serofibrinoso y que era asiento de lesiones típicas difusas de pleuresía aguda con falsas membranas. El pulmón estaba congestionado y tenía su lóbulo superior invadido por lesiones tuberculosas confluentes. El pulmón derecho estaba también congestionado, pero ni en él ni en los demás órganos existían lesiones tuberculosas. Esta observación pone de manifiesto la realidad de la tuberculosis traumática. (*Le Progrès Médical*, 9 de Noviembre de 1918.)

7. **Septicemia meningocócica con tipo de fiebre intermitente.**—Serre y Brette refieren la observación de un caso de septicemia determinada por meningococos, que se manifestaba por accesos febriles intermitentes, simulando el paludismo; se trataba de un enfermo que presentó durante sesenta y seis días un estado infeccioso caracterizado por accesos febriles. Estos accesos fueron cotidianos durante la primera semana de la enfermedad; después se presentaron cada tres días ó cada cuatro. Durante el acceso se observan los tres estadios de escalofríos, calor y sudor habituales en el paludismo. Frecuentemente se acompañaban los accesos de los dolores articulares ó de una erupción polimorfa. El estado general estaba poco afectado, y el bazo no se hallaba aumentado de volumen. La hemocultura reveló la presencia en la sangre del meningococo A. Tratado el enfermo por inyecciones intravenosas de suero antimeningocócico, curó en pocos días. (*Le Progrès Médical*, 9 de Noviembre de 1918.)

HIGIENE

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las enfermedades venéreas en Alemania.**—De un estudio hecho por O. Gans sobre 1.000 casos de enfermedades venéreas (740 blenorragias y 260 sífilis) tratados en un Hospital Militar, resulta que en solo un 21,3 por 100 de los casos procedía la infección de las mujeres públicas, y en los demás se podía establecer el siguiente orden de infección femenina: camareras, sirvientes, prostitutas de la calle, empleadas en tiendas, pensionistas, obreras y mujeres legítimas de los mismos soldados; 692 eran solteras y 308 casadas. No había más que un 14 por 100 de los hombres que hubieran sido infectados en el servicio activo; los demás lo fueron en sus casas, en el curso de una licencia, ó durante su estancia en el depósito. De estas cifras se debe deducir, según Gans, que las medidas que se adopten contra las mujeres infectadas pueden producir efectos útiles, sobre todo en el interior del territorio en que reside el mal principal, es decir, allí donde el aislamiento obligatorio de las mujeres infectadas no es factible.

La Comisión nombrada por el Reichstag para examinar la cuestión de las enfermedades venéreas y de los problemas conexos ha propuesto las reformas legislativas siguientes:

1.ª, el secreto profesional médico en materia de enfermedades venéreas, debe ser suspendido en interés del Estado. En otros términos, debe hacerse á las autoridades una declaración «nominativa» de los casos de enfermedad de esta naturaleza; 2.ª, el contagio de una enfermedad venérea debe ser castigada; 3.ª, las Sociedades de Seguros y organizaciones análogas, deberían emprender una campaña contra el peligro venéreo. Las Sociedades de Seguros deberían sostener los gastos de establecimiento de los Dispensarios antivenéreos, mientras que los gastos de tratamiento podrían ser sostenidos en parte por ellas y en parte por las Sociedades mutuales. Debería establecerse un servicio permanente de comprobación y de vigilancia de los sífilíticos; 4.ª, los programas de los exámenes médicos deberán contener preguntas sobre el tratamiento de las enfermedades venéreas y de la piel; 5.ª, el tratamiento de los sujetos atacados de enfermedad venérea deberá estar reservado á los prácticos especializados; 6.ª, se prohibirá toda publicidad que tienda á atraer los clientes afectos de estas enfermedades.

Además, se indica en el proyecto que la visita obligatoria y el tratamiento de las mujeres deben ser reglamentadas por la legislación de manera más uniforme de lo que lo han sido hasta aquí. (*The British Medical Journal*, 13 de Julio de 1918.)

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La calvicie y la verdad científica, por el Dr. D. Julio Bravo Sanfeliú.—Después de describir los varios tipos de calvicie que se observan en la práctica, hace el autor acerca del tratamiento las siguientes consideraciones:

El tratamiento de la calvicie más racional, más cuidadoso y más tenazmente reiterado, podrá suspender en ciertos límites la caída del pelo que queda, podrá detener más ó menos el avance de la atrofia papilar, pero nunca podrá nada contra las papilas atrofiadas por completo.

Si el individuo había sufrido un «defluvium capillorum» más ó menos rápido y las papilas no habían tenido tiempo de atrofiarse, es muy posible que con un tratamiento adecuado y hasta con un específico comercial, se obtenga un éxito de qué abusar.

Pero en una calvicie vulgar ligeramente avanzada, hay ya muchísimos folículos completamente atrofiados.

Y nada se diga en una calvicie de tipo «en bola de billar».

Si quedan diseminados algunos folículos á medio atrofiar, se podrá conseguir con un tratamiento acertado que brote esa «pelusa de melocotón», como tan ajustadamente se dice. Pero nada más. Y no creo que esto resuelva el conflicto estético-social.

No puede ser. Pretender que con unas fricciones de un líquido X salga pelo, allí donde no queda una papila, es como si se pretendiese con otra fricción hacer salir una uña en un dedo en que la matriz ungüal estuviese destruida ó atrofiada por completo.

Sería tan ilusorio como pretender que una mujer menopáusica volviese á ser fértil sólo por el hecho de poner al descubierto sus ovarios y friccionarlos con un líquido maravilloso. La comparación aunque disparatada—desde el punto de vista de la transcendencia técnica—me parece exacta. En el ovario, como en la piel, los folículos son unos é invisibles.

Se nace ya con todos los folículos—en germen ó más ó menos desarrollados—que se han de tener en la edad adulta.

Podrán tardar más ó menos en llegar á su perfecto estado de desarrollo. Pero nunca un folículo dará origen á otro folículo. Si uno muere, no hay quien lo reemplace.

Así se comprende el fracaso del tratamiento de la calvicie verdadera y definitiva.

Como no se hagan cultivos artificiales de folículos pilares y previa una labor de arado, á su manera, se siembren y prendan... hoy por hoy, una vez la calvicie establecida, hay que resignarse á lucirla, ó ocultarla. Y nada más.

¡Ah! Y de los industriales que abusan de la buena fe del vulgo, prometiendo lo que no pueden dar, lo más suave que puede decirse es que son unos charlatanes. (*Aragón Médico*, Zaragoza, Diciembre 1918.)

2. Tricoficia en una lactante de tres meses, por el Dr. José May.—N. N., de tres meses; antecedentes hereditarios y personales negativos.

Hace un mes que la madre empezó á notar que le aparecían en las manos unas pequeñas escamitas, que luego se fueron generalizando hasta llenarle los brazos, las piernas y la cara, especialmente en la región frontal, por lo cual la lleva al Dr. Puyol quien me la envía para su diagnóstico.

Al examen se comprueba en todas esas regiones, figuras circulares y de arcos de círculo, rodeando piel sana, constituidos por una ligera escamita que es posible destacar al más leve raspado.

Esta circunstancia me hizo eliminar toda clase de sospecha sobre afecciones hereditarias, é interrogando á la madre, logré saber que en la casa otro chico tenía, en menor número, algunas manchas, aunque más coloradas. La invité á que me trajera ese chico y el de ella y preparé los tubos de cultivo para tratar de hacer un cultivo; cosa que efectivamente hice, con el resultado positivo que ustedes ven.

El diagnóstico, después de ver el segundo niño, no tuvo para mí más duda; estaba frente á un caso de tricoficia, que el cultivo confirmó ampliamente.

Este caso tiene de particular lo generalizado de la afección y la edad extrema (tres meses) que tiene el atacado. (*Revista Médica del Uruguay*, Noviembre 1918.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Inspección de las enfermedades venéreas en el ejército.—En el *Journ American Med. Assoc.*, 10 de Agosto de 1918, Suou y Sawyer, de Washington, publican un trabajo magistral donde exponen las medidas profilácticas empleadas para combatir las enfermedades venéreas en el ejército y sus resultados. He aquí su conclusiones:

1.^a Las enfermedades venéreas son la causa mayor de incapacidad en el ejército.

2.^a El número mayor de casos de enfermedades venéreas en el ejército, en los Estados Unidos, más de cinco sextos del total en las unidades cuyas cifras se han obtenido, habían contraído su enfermedad antes de alistarse.

3.^a La exposición del soldado á la enfermedad venérea se reduce con éxito por la educación, por el recreo sano, por el esfuerzo de las leyes contra la prostitución y el alcohol y por el descubrimiento y tratamiento de los portadores de gérmenes.

4.^a Estas medidas son aplicables á las comunidades civiles fuera de las zonas de acantonamiento, y deben ser aplicadas en general para la protección de la salud del futuro soldado y del público en general.

5.^a La inspección de las enfermedades venéreas debe hallarse bajo la dirección general de las autoridades de la salud pública, pero deben recibir la cooperación de actividades instructoras (de educación) y el refuerzo de las leyes, y no deben dudar en emplear abogados y otros hombres y mujeres con autoridad y capacidad en aspectos no médicos, del mismo modo que se llama á los ingenieros para suprimir las causas de impurificación de las aguas en las epidemias tifoideas.

6.^a En el ejército, las enfermedades venéreas están todavía más reducidas por tratamiento obligatorio al principio y al profiláctico de los hombres expuestos á pesar de las medidas protectoras mencionadas.

7.^a La reducción de las enfermedades venéreas, como grupo, es el mayor problema de salud pública del día y el que ofrece una solución en un futuro inmediato. Se conocen medidas eficaces de prevención y sólo necesitan ser aplicadas en mayor escala.

4. Estudios de la función renal.—Prothingam, en los *Archives of Internal Medicine* de Chicago, Julio, 1918, dice que de sus estudios sobre la función renal empleando para conocerla la fenolsulfoneftaleína, la eliminación del nitrógeno de la urea, la urea sanguínea, y el índice de eliminación de la urea, no se ha podido encontrar una evidencia de alteración de la función renal durante ó después de las infecciones agudas en las cuales, el examen por los antiguos procedimientos clínicos no hallase signos de nefritis.

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.

La propaganda por la salud.—En la Academia de Medicina.

La patriótica, elevada y plausible iniciativa tomada por algunos elementos médicos y no médicos, con objeto de llevar al cuerpo social el convencimiento de la necesidad de influir por todos los medios posibles en la modificación del pavoroso problema que significa para el porvenir de nuestro país el estado actual de la salubridad pública, continúa desarrollándose de una manera perseverante y animosa y sigue siendo en todas partes recibida de un modo entusiasta y alentador; á la reuniones celebradas en Madrid y en Toledo, se han sumado en estos últimos días otra dedicada á los centros instructivos femeninos, que tuvo lugar en el Salón del Conservatorio de Música, y la última celebrada el domingo 2 en la ciudad de Avila.

Presidió la del Conservatorio el señor ministro de Instrucción Pública y usaron de la palabra los Sres. Francos Rodríguez, Juarros y Recasens, que se ocuparon de los aspectos higiénicos de la educación física y moral y el Sr. Cort, catedrático de la Escuela de Arquitectura, que disertó acerca de las condiciones higiénicas de los locales escolares. Todos obtuvieron los aplausos que son de suponer, dadas las condiciones de los conferenciantes.

El señor Ministro puso fin al acto con palabras alentadoras y elocuentes, que también fueron muy aplaudidas por el numeroso público, femenino en su mayoría, que llenaba el local.

El mitin de Avila fué solemne, córdial y entusiasta. Comenzó por un discurso de presentación del inspector de Sanidad de aquella provincia, señor Rasuero, correcto y atinado, expuesto de fácil palabra y acogido con aplausos; siguió á éste un elocuente discurso del Sr. Torres (D. Santiago), vicepresidente del Colegio de Médicos, que demostró además de sus relevantes condiciones oratorias, su convencimiento por la conveniencia de la labor emprendida y su entusiasmo por la clase que representaba. El Sr. Francos Rodríguez hizo uno de los mejores discursos que le hemos oído, pintando la desdenosa desatención de que son objeto por parte de la sociedad y de los Gobiernos las clases y los

asuntos sanitarios; con su habitual acierto y con el éxito de siempre disertó el Sr. Juarros acerca de los resultados estadísticos demostrativos de la decadencia física de nuestro pueblo; el Sr. Recasens obtuvo una calurosa ovación por su discurso sobre puericultura y derecho de la mujer embarazada á las atenciones y protección del Estado, y, por último, el Sr. Cortezo, recibido con calurosos aplausos, se ocupó de lo que puede significar la amenaza de la autonomía municipal en su aspecto sanitario dado los hechos que de la experiencia se deducen y que demuestran que los Ayuntamientos que con más apremio é insistencia exigen la autonomía, son precisamente los que más desatendidas tienen las funciones que les están conferidas por las leyes en materia de salud pública y los que como consecuencia de esto son con más frecuencia y mayor intensidad castigados por epidemias evitables. El gobernador D. Cristóbal de Castro puso término al acto con ingeniosas y entusiastas frases recibidas con unánime aprobación.

Después de esta sesión, celebrada en el teatro reboante de distinguido público, se dirigieron los *misioneros* al Casino en el que se les obsequió con una selecta comida, sentándose con ellos á la mesa los médicos de Avila y su provincia y representaciones diversas de todos los elementos sociales. No hubo brindis por lo inmediato de la salida del tren y los expedicionarios fueron despedidos en la estación con el mismo cordial entusiasmo que reinó en todo este inolvidable día. La próxima reunión tendrá lugar el día 16 en Alicante con motivo de la celebración del primer centenario de la muerte de Francisco Javier Balmis, hijo de aquella población y heroico propagador de la vacuna en el continente americano y en el continente asiático.

El sábado último comenzaron las sesiones públicas literarias de la Real Academia Nacional de Medicina; continuación de las que con carácter reservado, pero no secreto, venía la docta Corporación celebrando y en las que se ha ocupado del asunto de la gripe. Presidió el Dr. Cortejarena, realizando este último acto de su vida pública en la Corporación á que mayores amores demostró siempre. El Sr. Murillo disertó acerca de los aspectos bacterio-

lógicos que se desprenden de los últimos estudios hechos en España y en el extranjero sobre la epidemia gripal, y lo hizo de la manera que era de esperar en el sabio investigador y reputado micrologo.

DECIO CARLAN.

LA CAMPANA SANITARIA

A X, mi querido amigo y compañero.

Confieso que no me acordaba de tu nombre, ni de las horas felices que pasamos juntos en cátedras y clínicas, ni menos, de los días alegres en que notábamos en el alma las hondas y sanas inquietudes de la ilusión y de las ambiciones. Todo aquello pasó, porque el huracán del tiempo se lleva apresuradamente lo grato, y ahora, cuando llega á mis manos tu carta, me siento de súbito transportado á épocas en que nuestro *haber* se reducía á esperanzas.

Pero, ¡lo que son las cosas! El período de las escaseces, de las rudas labores, de los esfuerzos continuos me parece más risueño, más apetecible, que el del triunfo conseguido, las aspiraciones logradas y las ansias satisfechas. Y es que nada se iguala con los íntimos regocijos que produce el ímpetu juvenil; durante su imperio no se conoce bien lo que puede la envidia, lo que trabaja el despecho; se ignora cuáles son los afanes de las malas pasiones y se trabaja con sosiego porque no se perciben las asechanzas de los impotentes y la rabia de los vencidos, eternos amparados en el derecho del pataleo... Pero dejémonos de filosofías baratas y á nuestro asunto; es decir, al asunto que me planteas en tu carta. ¿Para qué organizáis esas reuniones de carácter sanitario?, me preguntas. ¿Qué perseguís con ellas? ¿Por qué en vez de discursos no aportáis cosas más positivas? ¿Cómo, vosotros los que fuisteis ministros y sois representantes en Cortes y tenéis influencia en la vida pública, os metéis en propagandas propias de los batalladores, cuando no rebeldes?...

¡Si viéras cuánto te agradezco la interpelación que me diriges! Sí, estoy sinceramente reconocido á tu curiosidad, porque al satisfacerla, procuraré disuadir á otros muchos que como tú se extrañan de que varios hombres de buena voluntad, por puro amor á las ideas, propaguen las que consideran convenientes á la salud pública.

Se necesita estar ciego, no atender á las estadísticas oficiales, colocarse de espaldas á la realidad, para no advertir que el problema sanitario es uno de los más graves entre los que acosan á la España actual. Los índices de mortalidad elevados; la natalidad decreciente; los reclutamientos militares acusando horribles tantos por ciento de mozos inútiles para el servicio de las armas por faltas de capacidad torácica y de talla ó de suficiencia en la complexión orgánica; la suma aterradora de niños que sucumben en los cuatro años primeros de la vida; los infinitos jóvenes que se malogran; la persistencia de enfermedades evitables que debieran

haber desaparecido con medidas que son corrientes en todas partes; el que crezca entre nosotros la viruela—que al pueblo que la sufre le da patente de salvaje;—los estragos del paludismo, los de las infecciones tíficas, todo delata un estado social que es necesario reprimir, transformar, y para ello no bastan Parlamentos y Gobiernos, no son suficientes Concejos y Diputaciones; mal tan extenso y agudo no se remedia con solo el esfuerzo de los médicos y de personajes y agentes oficiales; hay que acudir á la sociedad entera; decir á cuantos la componen que á cada paso corren el riesgo de perecer por cosas remediables; estimular á los individuos para que se defiendan y no desdénen á los enemigos invisibles que conducidos por viajeros, arrastrados por las aguas, ó en alas del viento, difunden gérmenes de enfermedad y de muerte.

Un día varios hombres amantes del país, dolidos de la indiferencia pública ante la indiscutible degeneración física de España; impulsados por sus estudios, por sus obligaciones políticas ó profesionales, por deseo de ser útiles, piensan en despertar á la conciencia nacional y en ser estímulo para las clases directoras, acicate de las dirigidas, y de la propia suerte que los partidos buscan adeptos y los intereses clientela, y defensores las ideas de diversa índole, hacer de la Sanidad partido, interés é idea, para que no una ley, no un ministerio, no una clase, sino todo el país, todas las leyes, todas las clases, todos los elementos pongan su atención en la vida física consagrándola esfuerzo continuo, acción ardiente, impulso soberano, capaces de vencer dificultades, salvar peligros y destruir males inveterados.

Para ello es indispensable, es preciso hablar, no en un centro determinado á una hora fija en día único, sino en muchos días y en diferentes lugares. La tribuna la usa el propagandista político para sus fines; ¿por qué no ha de apelar á ella el propagandista de intereses sociales? A la tribuna hemos ido, como se va en todos los pueblos cultos, donde no extrañan ciertos actos inherentes á la civilización, y sólo asombran las costumbres fosilizadas, el espíritu retrasado de los que no saben salir del paso ordinario, tienen el alma de cántaro y en vez de pensar en los hijos y en los nietos, piensan en los padres y en los abuelos, y se parecen á la mujer de Loth en varias cosas, una de ellas en volver la cabeza hacia atrás cuando es preciso poner siempre la vista en lo futuro.

Podíamos haber procurado fundar una asociación, un organismo artificioso con Junta directiva, y por supuesto cuotas. Cualquier artilugio de los muchos que sirven para que varios señores mangoneen y les saquen los cuartos á los compañeros y amigos. Nada de eso; nosotros no necesitamos cosa alguna. Nuestra finalidad no es la de adquirir posición que ya tenemos, ni lucro que rechazamos, ni apoyo que no pedimos. Nada de apoderamiento ni de procuraciones; ni de presidencias, ni de representaciones con dietas, sueldos, ayudas, viáticos ó como se le quiera llamar; que ha de ser en suma, pretexto para que viva cualquier sujeto que no posee recursos más decorosos con que atender á la despena.

Creemos que es necesario producir un movimiento de opinión y acudimos á la palabra y á la pluma. Como no se trata de legislar, ni lo que perseguimos es obra que se improvisa, ni estriba en la voluntad de un gobierno, ni en el esfuerzo de una clase, por lo mismo no se puede esperar de nuestra acción que la concretemos á la esfera política. ¿Qué tiene que ver cuanto se haga en la vida parlamentaria, en todos los aspectos de la vida oficial, con la conveniencia de infiltrar en la Nación, en la plena ciudadanía el ardiente amor á los santos preceptos de la Higiene? Cuando nos preguntan ¿qué consiguen ustedes con sus discursos?, contestaremos: Pues conseguimos que los pueblos, que los órganos de opinión sepan, en fuerza de repetírselo, que la vida física de España está en decadencia, que la raza degenera, que es necesario elevar el nivel fisiológico para que no siga deprimido el moral y acentúe sus visibles y dolorosas debilidades.

Pero ¿es que este afán nos ha brotado de pronto? Quien tal aseverase revelaría que nos desconoce ó que agravia al octavo mandamiento de la Iglesia. De mí, no hablemos, no vale la pena. Hablemos de Cortezo, que hace unos quince años, nada menos, siendo Director general, redactó el decreto de la vacunación obligatoria y la *Instrucción Sanitaria* vigente, para impedir el bochorno de que nos reglase en materia de Higiene pública una ley achacosa y desvencijada; hablemos de Gimeno, que en la cátedra, en la tribuna, en el ministerio, como autor de la que llamó Política Sanitaria, dió brillantísima cuenta de sus intenciones; hablemos de Recasens, maestro ilustre; de Carracido, honor de la ciencia española; de Juarros, incansable y siempre lucido en sus trabajos periodísticos. ¿No hace mucho tiempo que todos ellos tratan el mismo tema? Pues entonces, ¿se ha de poner tilde á sus labores, porque salgan á la calle, y no limitándose ya á los discípulos, no concretándose á Academias, revistas ó centros especiales, busquen directamente á las muchedumbres en noble peregrinación?

La obra—la de los hombres citados—es desinteresada. Que alce el dedo quien pueda achacarles propósito egoísta. Uno preside la Real Academia, está en la Comisión permanente del Consejo de Estado, ya fué ministro, pertenece á las más elevadas corporaciones; sus vanidades, si las tuviera, estarían ahitas, y, sin embargo, viejo, trabajado, con poca vista, sin ningún estímulo que no sea el de su gran corazón, general que no desdeña el ser soldado, se toma la molestia de correr por tierras patrias para decir á quien le escucha: «Hay que hacerlo todo por amor á la madre España.»

El otro deja su ministerio, compromete la neutralidad correspondiente á su elevadísimo cargo por cariño á sus convencimientos. Ha sido ministro varias veces y de cosas diferentes. Preguntadles á los marinos y os cantarán sus méritos; á los intelectuales y le colmarán de alabanzas; á los diplomáticos y os narrarán la satisfacción con que le han visto proceder en las delicadísimas cuestiones internacionales. Es hombre á quien han tocado todas las glorias posibles en la vida pública, y, sin embargo, aqúde como

un principiante al concurso abierto en favor de la Higiene.

Recasens, maestro insigne, con clientela fastuosa, mimado, halagado ¿qué ha de buscar en los mítines sanitarios? ¿Qué ha de pedirles Carracido, el orador admirable, el hombre modesto, que huye de exaltaciones, precisamente porque las merece todas? Juarros que se encontró con la victoria en los primeros combates, ¿por qué ha de mezclarse en la acción sanitaria que no sea por móviles altruistas?

Me temo que tú no crees en el desinterés. Hasta cierto punto tu desconfianza es disculpable; como á veces topastes con el logrero, el necesitado; con el que por falta de escrúpulos ó por hambre se apodera de las buenas causas para hacerlas instrumento de sus torpes aspiraciones, cierras los oídos á cuanto represente clamor redentorista.

Pero has de observar que en ciertos aspectos hay clases y no cabe confundir á unas personas con otras; además que nosotros predicamos, pero sin poner á nadie la cuenta. Déjennos á quienes podemos permitirnos ese lujo, tener el de trabajar por una mejora social de las más urgentes. Déjennos que prescindamos de luchas, de rivalidades, de contraposiciones, para advertir á nuestro país que debe hacer un soberano esfuerzo, hasta igualarse en cuestiones de salud pública con los pueblos de Europa, donde no acaecen, como en el nuestro, ciertas desdichas.

Lo que podéis hacer tú y quienes como tú piensen, es coadyuvar á la obra. Cada médico debe disponerse á luchar, no sólo en legítima defensa de sus intereses personales, sino en los de la salud colectiva. En estos días se trata del problema de la autonomía regional; los empleados públicos, en general, y los telegrafistas y otros cuerpos, en particular, se han alzado contra el intento de que ciertos servicios se arranquen al Estado. La Sanidad, hemos dicho algunos, pocos, por cierto, se función del Estado. En el Congreso y en el Senado nos apercibimos para defender el genuino carácter de la Sanidad; yo, modestamente, he escrito varios artículos, procuro, en cuanto de mí depende, dar impulso á la noble causa. ¿Ha habido algún movimiento vuestro? ¿Por qué los médicos de cada provincia, de cada distrito, de cada pueblo, no se dirigen á los Poderes públicos, diciéndoles: La Sanidad no puede quedar sometida á las acciones locales, y los médicos no podemos ser los únicos que el Estado abandone, ya que ha garantizado la estabilidad decorosa del sacerdote, del maestro y del funcionario público?

Si el tiempo que se gasta en celos infundados, en chismes inútiles, en comentarios injustos, se invirtiese en una acción común, ¡cuánto ganarían la salud pública y la clase encargada de sostenerla! No vamos á proponer una organización burocrática, porque eso acaba siempre en sacadineros. Nada de juntas y juntitas; nada de derramas y de amables y fecundas exploraciones á los bolsillos. Para velar por la salud de cada pueblo, para delatar las demasías locales contra la Higiene, para defenderse de las coacciones caciquiles, basta con que cada médico, ó un grupo formado con

los más próximos, perseverantemente acudan á la publicidad, busquen medios de ser oídos, y cuando todos con igual pensamiento, aunque sin conexiones organizadas trabajen en igual sentido, se producirán en España entera formidables sacudidas.

En cuanto á lo que me refieres del compañero M., quien te dijo que no llevábamos nada á los mítines, dile que, en efecto, nada llevamos. Lo que él necesita no podemos proporcionárselo nosotros, porque sólo Dios puede otorgarlo á las criaturas. Pero, en fin, el reparo me parece, además de impropio, viejo. Allá en el siglo pasado, un Sr. Posada Herrera increpaba á los demócratas, diciéndoles: «¿Qué pedazo de pan le dáis al pueblo con el sufragio universal?» Aquel señor ignoraba que con el sufragio se conquista el pan, cuando el sufragio se usa con verdadera conciencia.

Nosotros no llevamos nada á las reuniones sanitarias, nada que no sea estímulo para que los pueblo sacudan su apatía, se cercioren de sus lacerias, se apresten á exigir la restauración de su vida física que se cuarte y derrumba. Llevamos, además, fe en las ideas, ¿no te parece suficiente? Pues te añadiré que llevamos cariño por la clase médica y amor á la Patria. Todo eso no representa beneficio inmediato, cosa que se pegue al riñón; pero reconoce que es lo imprescindible para resolver las grandes crisis de nuestro país.

Te confieso que tu carta me ha descorazonado un poco; pero la impresión deprimente ha sido pasajera. Continuaremos nuestra obra; son ya varias provincias las que nos llaman y aceptamos el honor que nos brindan, seguros de que allá, en lo futuro, si alguien recuerda nuestros nombres, y al recordarlos alude á la actual campaña sanitaria, dirá: «Su labor fué honrada.» Esto nos basta. A ciertas alturas de la vida, más que el juicio ajeno, importa la satisfacción de la propia conciencia.

J. FRANCOS RODRÍGUEZ

NECROLOGÍA

EL DR. D. FRANCISCO DE CORTEJARENA

La noticia del fallecimiento del ilustre Dr. D. Francisco de Cortejarena ha producido una sorpresa dolorosa, porque á pesar de su avanzada edad, ya rayana en los ochenta y cuatro años (los cumpliría el 15 de Junio), su privilegiada naturaleza le permitía seguir alardeando de buena salud, excelente capacidad y de las energías necesarias para acudir, con el entusiasmo juvenil que le era tan característico, á las diferentes actuaciones á que le requería la vida académica y social que llevaba. Así, el miércoles de la semana pasada presidía, con el entusiasmo durante cerca de medio siglo demostrado, la sesión inaugural de la Sociedad Ginecológica, esa distinguida y laboriosa Corporación científica que fundamos el año 1874 los Dres. Castillo de Piñeiro, Rodríguez Rubí, Cortejarena y el que escribe, y que tanto ha contribuido al progreso de la obstetricia y ginecología en España. En las últimas sesiones de gobierno de la Real Academia Nacional de Medicina,

todavía leía notables ponencias sobre obras aspirantes á premios y acerca de concursos de socorros. No más lejos que el sábado último, día 1.º de este mes, presidía la sesión pública literaria de la misma Academia, y hace pocos días, en la última sesión del Real Consejo de Sanidad, pronunciaba un elocuente discurso, felicitando al muy distinguido Dr. Sarabia, con ocasión de posesionarse este discípulo suyo de la plaza de consejero para la que había sido recientemente nombrado. De esta suerte, con perfecta lucidez mental y siempre regocijado espíritu, el afamado maestro vino manteniendo su jamás interrumpida obra de colaboración científica, hasta pocas horas antes de su muerte, la cual acaeció el martes, día 4 del corriente, á las ocho de la noche.

La Providencia, que se mostró siempre propicia con nuestro querido amigo durante su larga vida, coronó esta bienandanza llevándosele de la manera más dulce y tranquila que se puede desear. Leve indisposición de origen gástrico le produjo una ligera congestión pulmonar y cerebral. Viendo que le sobrevenía algo de sopor, su médico y filial amigo el Dr. Benavente le puso una inyección de cafeína, con la cual se repuso; entonces, temiendo alguna complicación grave, dada su avanzada edad, se le administraron los Sacramentos, que recibió con perfecta razón y serenidad, y habiéndose presentado poco después otro estado congestivo, cayó en coma con el cual se sumió muy rápida y suavemente en el sueño eterno, dejando así en cuantos le rodeaban la sensación de que la naturaleza recogía con la mayor suavidad posible aquella vida que había sido durante muchos años amor y provecho de los miles de discípulos, clientes y amigos que le habíamos tratado.

El Dr. Cortejarena fué una personalidad médica brillante y simpática. Sus hechos y su renombre comenzaron á mediados del pasado siglo y no terminaron hasta pocas horas antes de su fallecimiento, mostrándose siempre con idéntico carácter.

Estudioso, atrayente, activo, preocupado sin cesar con el noble afán de ser útil y servicial, dotado de una benevolencia sin límites para juzgar hechos y personas, generoso y noble en cuantas ocasiones era molestado ó desatendido en sus justas aspiraciones y legítimas intereses, se caracterizaba siempre por su facilidad para asociarse á toda iniciativa que tendiera á empresas de utilidad pública, ó á servicio y enaltecimiento de Instituciones y compañeros.

En la Facultad Central de Medicina, donde ejerció el apostolado de la Enseñanza, especialmente durante los años de la revolución, en los cuales sus esfuerzos y su entusiasmo hubieron de suplir holganzas y deserciones de los catedráticos en propiedad; en las Corporaciones á que pertenecía, como el Real Consejo de Sanidad, la Academia de Medicina y la Sociedad Ginecológica, donde intervenía frecuentemente con las luces de su experiencia y su buen sentido, acudiendo á todo debate, fuera de sanidad, cirugía, medicina ó ciencia social, en la práctica particular, donde conquistó merecido renombre de peritísimo tocólogo y hábil cirujano; en todas partes, en fin, lució siempre atrayéndose incesante

mente el cariño, el respeto y la atención de los oyentes, por la bondad de sus sentimientos, la sencillez de sus exposiciones, la ingenuidad de sus doctrinas y un fondo de prudente escepticismo contra novedades des-

se expresaba, hacían que sus discursos fueran escuchados con agrado. El noble interés con que evocaba el recuerdo de sus maestros; la ternura con que ensalzaba los progresos y prestigios de sus discípulos y la veneración



*A la Redaccion del Siglo Médico
recuerdo del 20 de Junio de 1909
bodas de oro profesionales de su
compañero desde Enero de 1862 a
Diciembre 1874, y colaborador hasta
la fecha*

Francisco de Cortázar

lumbradoras de las teorías flamantes y contra toda desconsideración, así á los prestigios de la medicina clásica como á las eminencias que la habían creado y mantenido.

Esta posición que adoptaba siempre su espíritu y la oratoria particularísima, familiar muchas veces, conque

que sentía por todo lo que tenía origen español, imprimían cierto carácter paternal á sus observaciones, generalmente expuestas á última hora, cuando los debates tocaban á su fin.

Fué de los hombres más dichosos que hemos conocido. La fortuna heredada y adquirida, la familia, la

clientela, la sociedad que frecuentaba, todo le sonrió, y así pudo gozar de una existencia tan envidiable que mantuvo sin cesar en sus labios el himno de la felicidad. Solamente cuatro grandes dolores sufrió en el largo espacio de más de medio siglo que le tratamos: la pérdida de sus dos esposas primeras; la muerte de un hijo idolatrado, que era ya abogado; la injusta separación de la enseñanza oficial, á la que se vió obligado por disposiciones administrativas, favorables para otros menos meritorios que él, y desatentas con quien había educado numerosas generaciones de escolares, y la elección de presidente de la Academia de Medicina hecha á favor del Dr. Cortezo, en Diciembre de 1914, cuando por fallecimiento del Dr. Calleja, esperaba haberle sucedido desde la vicepresidencia que ocupaba. Produjole esta decepción sentimiento muy intenso, que le tuvo retraído un poco de tiempo; pero como su alma noble y nada rencorosa no podía alimentar el enojo mucho tiempo, el álbum de honor que sus compañeros le tributaron y el convencimiento de que la Academia debía al Dr. Cortezo una gratitud extraordinaria por altos servicios de él recibidos, desvanecieron su disgusto y muy pronto reconoció que lo hecho estaba puesto en razón y justicia y que sus compañeros, sus clientes y sus admiradores que eran muchos, acreditaban públicamente de la manera más honrosa y elocuente que les era posible el homenaje honrosísimo que merecían sus virtudes y su historia.

Cortejarena fué hombre de mucho método y de un gran sentido práctico, y por eso cuanto se le confiaba lo desempeñaba con prontitud y acierto. Bajo este aspecto resultaba de una grande utilidad, y su colaboración fué siempre activa. Ha publicado numerosos trabajos, fruto de observaciones personales, y en 1909 dió á luz, con motivo de celebrar sus bodas de oro con la profesión, unas Memorias que tituló TIEMPO PASADO, donde en estilo ameno y con ingenuidad seductora narró cuanto ocupó su atención y realizó su vida durante los cincuenta años transcurridos desde 1859 á 1909.

Decía así Cortezo en el pensamiento que escribió para el álbum de honor con que le enaltecieron en 1915 muchos admiradores: «En 1867 el plebiscito estudiantil le calificaba de sabio, bueno, cortés, afable y de levantado espíritu, y el plebiscito de hoy no tiene que modificar aquellos calificativos, que los académicos proclaman igualmente.»

Cortejarena estudió en París, siguiendo los cursos de Trouseau, Velpau y otros célebres médicos, á los cuales dedica sentidos recuerdos en sus memorias ya citadas; explicó las asignaturas de Obstetricia, Patología quirúrgica, Patología médica, Operaciones... durante treinta y dos años; asistió á muchos Congresos internacionales de Medicina, desempeñó la Dirección General de Sanidad y representó en el Senado la Academia de Medicina y las provincias de Madrid y Orense, siendo honrado además con la gran Cruz de Isabel la Católica, la Encomienda de Carlos III, la de oficial de la Legión de Honor...

EL SIGLO MÉDICO guarda un recuerdo inolvidable

y un culto devotísimo para tan querido maestro. Desde su juventud, por íntima amistad con las venerandas grandes figuras de Méndez Alvaro, Nieto y Serrano, actuó siempre como redactor de nuestro semanario, y fallecidas aquellas todavía siguió ayudándonos en nuestras tareas periodísticas con trabajos interesantes. Amigo querido, su bondad sin límites, su afecto siempre vivo, eran como un tesoro de recuerdos sagrados, de atenciones valiosas, de servicios inagotables que nos hacían quererle con ese afecto que traspasa la amistad corriente y se convierte en un culto espiritual que sobrevive á la muerte del ser querido. Por esto, mientras nuestro corazón lata, el nombre de Cortejarena se unirá en sacrosanta comunión á los de Méndez Alvaro, Nieto y Serrano con los cuales le vimos siempre unido.

Del precioso Album arriba citado, tributado en homenaje al Dr. Cortejarena, tomamos la siguiente poesía del Dr. Francos Rodríguez:

No se mide la vida por los años,
Que hay viejos en agraz y mozos viejos.
No pueden definirla los espejos,
Que la cuentan mejor los desengaños.
Se finge lozanía con amaños,
Pero al nacer sucumben sus reflejos,
Que sólo á quien los mira desde lejos
Oculta el tiempo sus terribles daños.
La existencia fecunda, siempre es breve,
Siempre parece corta, siempre honrada,
Por eso, aunque eres joven animoso,
Cuando el Señor á su mansión te lleve,
No dará fin á senectud cansada,
Sino descanso á un corazón hermoso.

ANGEL PULIDO

Sesión de clausura del III Congreso de Sanidad Civil.

En el salón de actos del Ateneo y ocupando la presidencia el Dr. Pittaluga, se celebró la sesión de clausura de dicho Congreso.

El Sr. Albiñana leyó la adhesión del ministro de la Gobernación Dr. Gímene, que en cariñosa carta ofrecía su concurso para colaborar á la organización sanitaria en España.

Del discurso de clausura estaba encargado el sabio catedrático y profesor del Instituto de Alfonso XIII Dr. Pittaluga. Conocida la personalidad del conferenciante, bastaba conocer la labor encomendada, para comprender la transcendencia del acto; queremos dar noticia de cuanto dijo, por su importancia, pero ha de ser tarea difícil coordinar la riqueza de ideas vertidas por el conferenciante, con su erudición admirable y adornada con la galanura de estilo habitual en el Dr. Pittaluga.

Empezó agradeciendo el encargo que se le había hecho y por el cual sentía gran satisfacción, á la vez, por lo que á su persona se refería, así como también por tratarse de que por vez primera era un médico, un profesional alejado de las oligarquías el que clausuraba un Congreso de Medicina, y ello era indicio de renovación, de independencia, de ansia de libertad en la clase médica.

Leyó á continuación una carta del sabio Ramón y Cajal, en la cual delegaba su representación en la persona del orador y ofrecía su apoyo y el de todos sus compañeros del Ins-

tituto de Alfonso XIII para colaborar en la mejora y engrandecimiento de la Sanidad española; aquella sentida y noble adhesión del Sr. Cajal dió lugar á que el conferenciante describiese con maravilloso realismo la personalidad del venerable maestro, diciendo que su corazón y su alma puramente aragoneses, fuertes, encerrando dentro de sí solo la nobleza, habían sabido resistir y triunfar contra cuantas presiones se ejercieron sobre él; con el mismo tesón, el mismo desinterés, la misma nobleza de miras había luchado más de veinte años por la ciencia, por la justicia, por la Sanidad, por la patria toda.

Leyó asimismo otra entusiasta adhesión de D. Melquiades Alvarez, el cual también delegaba la representación, en su nombre y en el de su partido, en el Dr. Pittaluga y hacía resaltar su entusiasmo al ver la coincidencia de las conclusiones de este Congreso con el programa sanitario del partido reformista; mandaba entusiasta felicitación al conferenciante, por haber sido el alma del programa sanitario de su partido; al mismo tiempo ofrecía su apoyo incondicional para la realización de las mejoras sanitarias. Ambas adhesiones fueron aplaudidas frenéticamente.

El orador, respetando y dejando aparte el carácter político, enalteció la labor pro-sanidad del partido reformista, y diciendo que el hombre que tantas veces había renunciado el poder, por querer gobernar con su conciencia, era el único que aportaba un programa sanitario.

Entró de lleno en su discurso al pedir que sean rápidamente concedidas las pensiones á los hijos y viudas de los compañeros muertos heroicamente en el cumplimiento de su deber durante la pasada epidemia, diciendo que hace falta que domine el concepto fundamental del bien y que triunfe el concepto de deber en la clase médica, que en este caso supone sacrificio por alcanzar el bien colectivo. Se duele el orador del retraso con que las cosas de justicia y humanidad son cumplidas por las oligarquías gobernantes.

Al referirse al pago de los titulares por el Estado, dijo que siempre debía respetarse lo que como esto, siendo un bien, una mejora de una clase, suponía un bien colectivo. No hay libertad espiritual si no hay libertad económica; sin libertad económica no hay libertad de conciencia ni de unión, y por ello, por ansia de independencia de nuestra clase, debemos mejorar la situación económica de los titulares; censuró el ansia de ser héroes de los españoles y al efecto indicó que en España no podía la clase médica luchar por su bienestar económico, sino á lo sumo por alcanzar el título de héroe, que solo dos ó tres habían logrado.

Sin libertad económica no hay libertad de conciencia y de unión, dijo, y para justificarlo recordó el crimen cometido, el engaño de que el siglo XIX hizo víctima al siglo XX, diciéndole que éramos libres, que gozábamos de libertad, y al efecto citó el ejemplo, diciendo qué importa que nos haya dejado el sufragio, si al no dejar pan material y espiritual á los hijos, éstos quedaban á merced de los caciques y de las corporaciones municipales, formadas en su mayoría por los menos doctos de la sociedad.

Luego dijo que debía huirse de la descentralización sanitaria, porque la tendencia del mundo entero era autonómica y muchas de las personalidades verían con disgusto la parcialidad hacia el centralismo; segundo, porque sería capaz de regularse mejor la política sanitaria siendo la inspección regional, pero siempre quedando el pago de los titulares á cargo del Estado; con ello se descentralizaría el cuerpo médico y quedaría libre de las indignidades y presiones del

caciquismo odioso; crearía á los municipios la responsabilidad administrativa ante el poder central.

Se ocupó de la huelga de médicos de que tanto se había hablado, y en tonos sentidísimos ensalzó la nobleza de sentimientos de cuantos habían protestado de ella, pero diciendo que no debían dejarse llevar por los influjos sentimentalistas que varían del otro yo que todos llevamos dentro y en los cuales todos coincidimos, y que todas las medidas eran legales, por violentas que fuesen, para defender una colectividad escarnecida, y que para ello hacía la aclaración, de que la huelga profesional no sería nunca; nosotros, dijo, veremos nuestros enfermos; les atenderemos si cabe más que de ordinario, pero nosotros no firmaremos ningún certificado; es decir, declararemos la huelga para la profesión oficial.

Recomendó la unión de la clase médica toda, que coincidiesen las asambleas en sus conclusiones y que juntas laborasen para el engrandecimiento de la clase, que con ello aportaban un óbolo al engrandecimiento de nuestra querida patria.

Con estas palabras terminó su conferencia el notabilísimo orador; el sabio Dr. Pittaluga, que puso en evidencia, á más de sus condiciones, su independencia y rectitud de criterio y el ansia de renovación de la clase médica española,

El orador fué constantemente interrumpido por la gran concurrencia que asistió al acto y que subrayaba con aplausos delirantes los párrafos de su oración; al terminar fué ovacionado largamente el Dr. Pittaluga, que alcanzó las altas cumbres de la erudición.

ASAMBLEA DE MEDICOS TITULARES

En la Asamblea de médicos titulares, de cuya celebración dimos cuenta en nuestro último número, se aprobaron las siguientes conclusiones:

- 1.^a Pago de los titulares por el Estado.
- 2.^a Que todos los titulares sean, á su vez, inspectores de Sanidad en sus respectivos distritos.
- 3.^a Que la Instrucción de Sanidad se convierta en Ley, tal como está vigente y en lo que no se oponga á las presentes conclusiones.
- 4.^a Que se resuelvan inmediatamente, sin tramitación dilatoria, las concesiones á favor de las viudas y huérfanos de los médicos fallecidos, víctimas de la epidemia gripal, extendiendo las pensiones á los inutilizados parcialmente para el ejercicio de la profesión; y, asimismo, que se hagan efectivos los emolumentos de todos los médicos que han prestado asistencia, por orden gubernativa, en los diferentes pueblos epidemiados.
- 5.^a La Asamblea de titulares apoya todas las conclusiones aprobadas por la de Colegios Médicos.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID⁽¹⁾

Los agentes físicos, ya sea obrando en forma de traumatismo (conjuntivitis traumática), cuerpos extraños, polvo, etcétera, son siempre fáciles de descubrir por los conmemorativos. Los cuerpos extraños se encuentran además al explorar la conjuntiva en sus diversas regiones.

La luz obra sobre todo por las radiaciones de corta lon-

(1) Véase el número anterior.

SIL-AL

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

gitud de onda que contiene (rayos ultravioletados) y sólo produce inflamaciones conjuntivales en determinadas circunstancias fáciles de establecer por los antecedentes (paseos por ventisqueros ó campos de nieve vivamente iluminados con luz solar, exposición sin cristales protectores á la luz de un arco voltaico ó á la que se produce en un corto circuito entre dos conductores de alto voltaje).

No menciono los rayos Roentgen; el radio y el mesoterium por ser de uso exclusivamente terapéutico ó diagnóstico.

Hay un cierto número de sustancias químicas, como las quinonas, los colores de anilina artificiales, los vapores de nitro-naftalina, de cloro y osmio, la sangre de anguila, el calomel, plomo, podafilino y ciertos alcaloides, la atropina y la eserina que, entre otras, pueden producir lesiones conjuntivales. Como se comprende, el oficio ó profesión del paciente y, en general, las conmemorativas más primitivas nos permitirán descartar fácilmente estos factores etiológicos.

Las conjuntivitis de causa microbiana son las más frecuentes puesto que forman más del 70 por 100 del total de ellas.

Unas son de origen exógeno y resultan de la proliferación primitiva del germen en la conjuntivitis por presentar como carácter constante la presencia del germen que los motiva en la secreción, sobre todo en el periodo de acné de la afección. Son, por lo tanto, fáciles de diagnosticar.

Otras son de causa endógena y resultan de la proliferación en el tejido mucoso ó submucoso de gérmenes que han penetrado por un punto lejano y que han sido transportados á la conjuntiva por vía sanguínea, ya se trate de los gérmenes mismos, ya de sus toxinas.

En unas el germen es conocido (treponema, gonococo). La conjuntivitis sifilítica simple, aparte ciertos caracteres especiales que en cierto modo pueden servir para su diagnóstico, presupone la infección lútica hereditaria ó adquirida. Las conjuntivitis que acompañan al sarampión, viruela, varicela, eritema polimorfo, etc., coexisten con los síntomas de estas afecciones generales. La llamada conjuntivitis impetiginosa la cito aquí porque á veces reviste la forma catarral y desde este punto de vista pudiera ofrecer analogías con la conjuntivitis gonocócica metastásica. Pero la edad del sujeto, sus antecedentes, la coexistencia con la diátesis escrofulosa, etc., permiten en general atribuirla á sus verdaderas causas. El catarro conjuntival que precede á la *queratitis punctata superficialis* pudiera suscitar de momento dudas, que se disipan al aparecer cuatro ó cinco días después las lesiones corneales. *Formas clínicas y complicaciones.* A veces la inyección en vez de ser únicamente conjuntival es también escleral, de color vinoso sombrío que recuerda la escleritis. Otras veces, ya simultáneamente, ya como complicación tardía, el iris y el cuerpo ciliar son también atacados. Creo oportuno citar un caso observado por el profesor Márquez hace once años, que es lástima no se hubiera publicado, que hace referencia á un joven portador de una uretritis gonocócica, el cual fué súbitamente atacado de artritis de la rodilla é inflamación ocular, con la particularidad de que, además de la conjuntiva y la esclerótica, había una infiltración corneal circunscrita cercana al limbo con fenómenos de iridociclitis.

(Se concluirá)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,9; mínima, 701,1; temperatura máxima, 12º,2 id. mínima, -7º,8; vientos dominantes O., SO. ONO.

Las afecciones crónicas del aparato circulatorio han experimentado agravaciones en estos últimos días; ellas y las agudas y crónicas del aparato respiratorio han producido la mayoría de los casos graves observados. También los estados congestivos en los sujetos arterio escleróticos, han producido algunas defunciones. Sin embargo, la cifra total de la mortalidad no ha excedido de los límites normales en la estación.

La viruela disminuye.

Mortalidad de Madrid en Enero de 1919 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio precedente.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Enero de 1919.
Menores de 1 año.....	313	277
De 1 á 4 años.....	220	232
De 5 á 19.....	100	149
De 20 á 39.....	198	375
De 40 á 59.....	339	417
De 60 en adelante.....	585	662
Sin clasificación.....	5	10
TOTAL.....	1.760	2.122

Comparación por diagnósticos de más importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Enero de 1919.
Fiebre tifoidea.....	8	9
Tifus exantemático.....	1	1
Viruela.....	20	58
Sarampión.....	18	4
Escarlatina.....	3	»
Coqueluche.....	5	5
Difteria.....	15	4
Gripe.....	34	167
Otras epidémicas.....	3	2
Tuberculosis pulmonar.....	143	206
Idem meningea.....	12	13
Otras tuberculosis.....	19	24
Cancerosas.....	55	74
Meningitis simple.....	86	78
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	98	103
Orgánicas del corazón.....	162	155
Bronquitis aguda.....	180	157
Idem crónica.....	89	102
Pneumonía.....	55	61
Bronco-pneumonía y otras.....	189	290
Enteritis (menores de dos años).....	56	41
Cirrosis hepática.....	14	10
Nefritis.....	55	62
Septicemia puerperal.....	7	17
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	56	56
Senectud.....	56	65
Otras enfermedades.....	321	368
TOTAL.....	1.760	2.122

Varones..... 1.049
Hembras..... 1.073

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, LABORATORIO PESQUI Prim, 25-San Sebastián".

La mortalidad del mes de Enero siempre elevada ha sido este año la más alta del siglo.

Se le aproximaron Enero de 1914 que llegó á 2.074
— Enero de 1918 — á 1.918

Digno de estudio es que la mortalidad de menores de cinco años á pesar de la viruela, fué ligeramente inferior al promedio precedente ya en progreso respecto á los anteriores.

FALLECIDOS EN MADRID EN ENERO DE 1918.

DIAGNOSTICADOS DE GRIPE

Por grandes grupos de edades:

EDADES	Varones.	Hembras.	TOTAL
De 0 á 4 años.....	8	5	13
5 á 9 ».....	3	1	4
10 á 19 ».....	4	7	11
20 á 39 ».....	31	43	74
40 á 59 ».....	24	15	99
60 ó más.....	15	11	26
Sin clasificación.....	»	»	»
TOTAL.....	85	82	167

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	13	10	23
6 al 10.....	19	17	36
11 al 15.....	21	17	38
16 al 20.....	16	17	33
21 al 25.....	5	8	13
26 al 31.....	11	13	24
TOTAL.....	85	82	167

DIFERENTES FORMAS EN QUE HA SIDO DIAGNOSTICADA LA GRIPE

Gripe ó infección gripal.....	54
Bronconeumonía gripal.....	75
Neumonía gripal.....	17
Bronquitis gripal.....	5
Intestinal ó abdominal.....	5
Catarro gástrico gripal.....	1
Meningitis gripal.....	2
Gripe cerebral.....	1
Endocarditis gripal.....	1
Miocarditis gripal.....	1
Asistolia por gripe.....	1
Peritonitis gripal.....	1
Gripe toraciconerviosa.....	1
Forma pulmonar.....	1
Forma nerviosa.....	1

167

FALLECIDOS EN ENERO DIAGNOSTICADOS DE BRONCONEUMONÍA

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	12	27	39
6 al 10.....	17	20	37
11 al 15.....	23	29	52
16 al 20.....	20	17	37
21 al 25.....	19	17	36
26 al 31.....	18	22	40
TOTAL.....	109	132	241

FALLECIDOS EN ENERO POR VIRUELA

Por grandes grupos de edades:

Menores de 1 año.....	17
De 1 á 5 años.....	22
6 á 19 ».....	6
20 á 39 ».....	9
40 á 59 ».....	2
60 ó más.....	2
Sin clasificación.....	»

TOTAL..... 58

Por grupos de cinco días:

DÍAS	Varones.	Hembras.	TOTAL
Del 1 al 5.....	3	5	8
6 al 10.....	9	7	16
11 al 15.....	6	5	11
16 al 20.....	»	7	7
21 al 25.....	3	5	8
26 al 31.....	5	3	8
TOTAL.....	26	32	58

De los 100 barrios de Madrid, en 64 no hubo defunciones por viruela:

En Cuatro Caminos.....	5
En San Isidro.....	5
En Prosperidad.....	4
En Bellas Vistas.....	4
En Aguas.....	3
En Humilladero.....	3
En Plaza de Toros.....	3
Sin domicilio en Madrid.....	2

En Noviembre de 1918.....	117
Diciembre de 1918.....	81
Enero de 1919.....	58

Crónicas.

Comité Femenino de Higiene Popular.—Se ha reunido este Comité Femenino de Damas Españolas en sesión de junta general reglamentaria en el salón de actos del Ayuntamiento, el día 28 de Enero, para la renovación de cargos de su Junta, que fué nuevamente reelegida.

Puesto á discusión el proyecto del nuevo reglamento de la Junta, fué aprobado por unanimidad por sus 191 asociadas, siendo modificados los artículos 3.º y 9.º en su párrafo tercero; 16, 23, 24, 25 y 37, y artículo 9.º párrafo quinto.

La señora presidenta, señora de Tolosa Latour (D. Rafael), dió cuenta de los donativos recibidos de las señoras de Dato, Ruiz Jiménez, Román, Mira, de Gómez de la Lama, Grúa de Sánchez, de Herrera, Suárez Inclán, Sr. Lavalle, condesas de Romanones, Cerragería; del Banco de España, señora marquesa de Revilla de la Cañada, Codina y Castelví, testamentaria Lemaur, de los marqueses de Linares, y otros muchos, que han ofrecido como estos últimos su incondicional apoyo en favor de la Primera Casa de Higiene Benéfica Infantil, que esta incansable Junta de Damas ha establecido en favor de los hijos de los obreros pobres.

Por los médicos fallecidos en la última epidemia.—La suscripción nacional en favor de las familias de los médicos fallecidos á causa de la epidemia actual asciende á 6 481 pesetas.

Los donativos pueden dirigirse al doctor Barajas, tesorero del Colegio de Médicos, Mayor, 1.

Corresponsal electo.—En la última sesión de gobierno

Los médicos en la epidemia

necesitan ante todo sostener las fuerzas del enfermo y asegurar una rápida y completa convalecencia. Estas indicaciones las cumple maravillosamente el

“BIOTÓNICO ALBIÑANA”

poderosa medicación glicero-cacodílico-fosforada, de seguro efecto reconstituyente, que prescriben los médicos en todos los pueblos atacados.—Pídase en las farmacias bien surtidas y al depositario general, E. DURAN (S. en C.), Mariana Pineda, 10.—MADRID

celebrada por la Real Academia de Medicina leyó el Dr. Márquez un informe acerca de la Memoria sobre el *Traqueoma*, presentada por el Sr. D. Manuel Marín Amat, en opción al título de académico corresponsal, acordándose por unanimidad su admisión para ocupar una vacante cuando ocurra, por encontrarse actualmente cubiertas las plazas reglamentarias. El trabajo, que fué aprobado por unanimidad, fué objeto, así como el dictamen, de generales elogios.

Otra vez sobre lo mismo.—Con verdadero sentimiento nos vemos obligados á insistir en llamar la atención á algunos colegas, acerca de su desahogado procedimiento de reproducir trabajos de nuestra Revista sin tener la elemental consideración de probidad y cortesía de mencionar su origen. El abuso ha llegado á tal extremo, que alguno llena por completo su número con artículos procedentes de EL SIGLO MÉDICO y de otro colega catalán que también se queja con la misma razón que nosotros. Como por nuestra parte seguimos procedimiento completamente distinto, tenemos el derecho de exigir la debida reciprocidad, antes de acudir á medios que nos serían dolorosos.

Cursos de Ampliación de Estudios Médicos.—En el mes de Marzo próximo comenzará el quinto año de estos cursos; programas é informes se facilitan en la Facultad de Medicina, Ateneo de internos, Madrid.

Con radium, rayos X y electricidad, aislados ó asociados convenientemente según indicaciones de las enfermedades, curamos cáncer, lupus, leucoplasias, bocio exoftálmico, reuma, gota, neuralgias, neurastenia, parálisis, tabes dorsal, dispepsias, gastralgias, dilatación, tumor ó úlcera gástrica ó intestinal, colitis muco-membranosa, prostatitis, cistitis y metritis crónicas, espermatorrea, tumores graves, cataratas en período de formación y en ocasiones las ya formadas, úlceras, opacidades córneas, enfermedades piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes, afecciones crónicas imposible mejorarlas con ningún otro medio. Princesa, 58, Instituto Radiumterápico. Aplicaciones económicas.

La vacuna en Madrid.—Continúa con gran actividad la campaña emprendida por las autoridades contra la viruela.

En el Laboratorio municipal fueron vacunados el día 4 3.014 personas y se facilitaron 6.800 dosis.

El alcalde ha ordenado que en las Casas de Socorro se vacune durante todo el día.

El alcalde de Vallecas, D. Francisco Pedrero Pingarrón, de acuerdo con los médicos de la localidad, ha dispuesto desde hace días un servicio especial de vacuna en la Casa de Socorro. A diario se vacunan unas 500 personas.

La perseverancia y la persuasión del alcalde y de los señores médicos han dado por resultado que acudan a vacunarse los niños de las escuelas con sus profesores; los obreros con sus patronos, y, en general, toda clase de personas.

Consultas públicas.—Resumen de los servicios facultativos prestados en la Policlínica Velázquez durante el mes de Enero:

Visitas de urgencia á domicilio, 73; casos de urgencia en la Policlínica, 94; casos judiciales, 9; asistencia á partos, 4.

En las consultas públicas gratuitas:

Cirugía general, 98; cirugía infantil, 74; medicina general, 43; boca y dientes, 110; pulmón y corazón, 87; estómago é intestinos, 45; ojos, 32; matriz y embarazo, 43; garganta, nariz y oídos, 95; sistema nervioso, 27; vacunación y revacunación, 756.

Total de servicios prestados, 1.590.

—Durante el pasado mes de Enero han sido prestados en la Policlínica popular de Madrid de socorro de urgencia (Madera, 61) los servicios siguientes:

Servicios de urgencia á domicilio, 64; íd. íd. en la Policlínica, 170; casos judiciales, 2; enfermos asistidos en las consultas de especialidades, 1.024; operaciones practicadas en la Policlínica, 10; íd. íd. con estancia en la misma, 8; tratamiento por inyecciones, 1.259; vacunados, 832. Total de enfermos asistidos, 4.013.

—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete Médico de Socorro del barrio de Salamanca durante el mes de Enero:

En consulta pública, 740; ídem de niños, 162; á domicilio

y en el Gabinete, 133; casos judiciales, 4; vacunados, 507; consulta de boca y dientes, 270. Total, 1.816.

Cruz Roja.—En la Junta general celebrada por la primera comisión de la Cruz Roja española el día 26 de Enero ha quedado constituida la de Gobierno en la siguiente forma:

Presidente, Dr. D. Ramón Antolín y Becerro; vicepresidente primero, D. Alfonso María Sánchez Vega; ídem segundo, D. Manuel Barrios; secretario general, D. Alberto Clemente; contador, D. José Olivares; tesorero, D. Alfredo Echegaray Romea; vocal primero y secretario de actas, don José Silvestre; ídem segundo, D. Fernando Varela; ídem tercero, Dr. D. Felipe Arjona; ídem cuarto, Dr. D. Silverio Hernández; director de almacén, D. José Guisval; presidente de la comisión del Consultorio, D. Alberto León Peralta

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

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODOPEPTONA

IODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE
3 gotas: 1 centígramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis.— Niños. . . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . . de 10 á 50 gotas

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

SOLUCION BENEDICTO

Glicerofosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros 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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:
FARMACIA ROBERT · Laura 74
BARCELONA



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?
¿SI? Pues use el **BÁLSAMO COLOFÓNICO UNIVERSAL**. De venta en Madrid, depósitos de Pérez Martín, E. Durán y farmacias de Gayoso y Borrell Hermanos.