

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO P. ARIAS CARVAJAL De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
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.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
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.	P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inlusa y Colegio de la Paz.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.			

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.— Archivo e 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 a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Insuficiencia pancreática en los niños, por el Dr. Carlos S. de los Terreros.— Tratamiento de las vesículas seminales crónicas, por el Dr. Angel Pulido Martín.— Síntomas notables observados en la epidemia de gripe del otoño de 1918, por el Dr. Don Cato Martín González.— Bibliografía, por el Dr. Carmelo Vall.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— Congreso Nacional de Medicina.— Banquete de la sección de Pediatría.— Unión Médica Nacional, por Angel Pulido.— Relación de las pensiones concedidas a las viudas y huérfanos de facultativos durante la epidemia de gripe.— Conferencia del Hospital de la Princesa.— Sección oficial.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EN LOS NIÑOS

POR EL

DR. CARLOS S. DE LOS TERREROS

Transitoria ó de un modo permanente, es afección que se da en los niños con alguna frecuencia la insuficiencia pancreática. Por ello conviene llamar la atención hacia esta glándula exo-y endocrina tan poco estudiada en la especialidad pediátrica.

Las propiedades proteolítica y esteatolítica del páncreas se realizan desde el comienzo de la vida, pero la amilolítica ó digestión de los hidratos de carbono no es activa hasta cinco meses después del nacimiento aproximadamente, lo que, como se comprende, tiene capital importancia para la reglamentación dietética en los casos de crianza artificial. Tal vez este hecho sea uno de los principales explicadores de la inferioridad de ésta con respecto a la natural, pues conocida es la diferencia en hidratos de carbono (lactosa) entre la leche de mujer (70 por 1.000) y las de vaca (47 por 1.000) y cabra (también 47 por 1.000), las más corrientemente utilizadas en nuestro país para lactancia artificial. Claro que á primera vista las cantidades proporcionales apuntadas simulan pregonar el hecho contrario (ausencia de capacidad amilolítica, luego más dificultosa de digerir la que posea mayor cantidad de carbohidratos), pero es que hay que fijarse un poco más en lo que sucede. En efecto, para compensar el escaso valor de la

leche de vaca ó cabra en el mencionado principio inmediato (hidrato de carbono, lactosa) se añade azúcar, pero azúcar muy diferente del biológico, si cabe la palabra, que entra en composición de la leche. Esta se digiere perfectamente por el jugo entérico del lactante, en tanto que aquella se comporta como sustancia extraña y más difícilmente atacable, por lo tanto.

Lo corrobora el hecho de contener la leche un fermento, descubierto por Béchamp, que posee la virtualidad de transformar el almidón en azúcar, diciendo á este propósito Morquio (1) que la existencia de dicho fermento amilolítico «explica por qué los niños á pecho que no lo tienen ni en su boca ni en su intestino durante los primeros meses, pueden digerir más fácilmente que los niños alimentados artificialmente, una pequeña cantidad de harina».

Pero esta á que nos venimos refiriendo es una *insuficiencia fisiológica*, puesto que no implica anormalidad y sí, únicamente, imperfección de desarrollo. Mas pasada esa época de alrededor de los cinco meses en que hemos visto se instaura ya la función pancreática de un modo completo, su insuficiencia entra ya en el terreno patológico, siendo sobre la que nos hemos propuesto llamar la atención en este trabajo.

Débense distinguir dos modalidades, según la intensidad y duración del trastorno: una leve y pasajera y otra más grave y, sobre todo, duradera.

(1) Los desarreglos gastro intestinales del lactante (Montevideo, 1918).

La primera es dable observarla con relativa frecuencia en niños menores de dos años y se limita en sus manifestaciones a perturbaciones en la digestión de cualquiera de los principios inmediatos (albuminoides, grasas, hidrato de carbono) provocadas por los regímenes exclusivistas, es decir, aquellos en los cuales figura sólo o predomina exageradamente uno de ellos (ejemplo: régimen farináceo, cárneo prematuro, etc.). Al principio subviene la secreción pancreática a las necesidades (recuérdese que el páncreas (Falta) (1) posee la propiedad de transformar algún principio inmediato en otro, tal como los hidratos de carbono en grasa, por ejemplo, pero dentro de cierto límite), pero más o menos pronto el exceso de trabajo produce una insuficiencia pancreática, que es la que da origen a la dispesia de que se trata.

En estos casos el trastorno glandular se limita a su secreción externa, cediendo rápidamente a un simple cambio de régimen (régimen de contraste) (2) por cuanto éste influye en el jugo segregado, según ha podido demostrar Wassiliw (3).

En estos niños pequeños no es posible practicar los análisis del adulto, sobre que además habrían de variar en sus resultados y valor; por ello hay que limitarse a recoger muy someramente los datos coprológicos. Estos son: mayor cantidad de agua en las heces; reacción alcalina o neutra de éstas, efecto de la putrefacción albuminoidea; aumento de cantidad de grasa, encontrándose cerca de las $\frac{3}{4}$ partes de las grasas neutras no desdobladas. Por otra parte, puede apreciarse *polifecalia*, deposiciones muy grandes, generalmente en masa blanduzca bien teñida; otras veces son más pequeñas y su color es blanquecino, con aspecto de masilla de vidrieros. Advertiremos que para poder recoger estos datos y concederles su verdadero valor (4) es preciso que no exista diarrea concomitante, pues entonces pueden ser debidas a éstas las mencionadas alteraciones coprológicas. Y no sólo éstas sino las microscópicas demostrativas de presencia de restos alimenticios no digeridos (no en otra cosa se basan las pruebas de Schmidt, de la caseína o de Gross, de Müller y Schlecht, etcétera), así como las macroscópicas (lentería) que tan privativas parecen de insuficiencia pancreática, pueden darse en casos de diarrea común, cosa fácilmente explicable sin más que recordar que los movimientos peristálticos exagerados impiden a los alimentos permanecer en el intestino el debido tiempo para sufrir de un modo normal la acción de los jugos digestivos.

En la orina de estos niños no se suele hallar al indicán, lo que es natural porque procediendo este cuerpo del indol formado en el intestino (putrefacción de albu-

minoides) y disminuyendo dicho indol en los casos en que falta o está disminuida la excreción de jugo pancreático en el duodeno, forzosamente tiene también que resultar amenguada la cantidad de indicán que se forme. En cambio, es corriente hallar en los análisis de estos pequeños enfermos amoniaco, en mayor o en menor proporción, al cual es debido el olor penetrante y la ligera acción corrosiva sobre los tegumentos que toque, de la orina de los mismos.

La forma *intensa* y *duradera* se da en niños ya algo mayores, pasados los dos primeros años de la vida. Formas puras de insuficiencia pancreática de esta clase hay que confesar que no se ven a menudo en la práctica pediátrica, pero también se hace necesario advertir que existen con más frecuencia de lo que hace pensar la escasa atención que en general se la concede.

Carecemos de material de autopsia en que apoyarnos; sin embargo, opinamos que la mayor parte de los casos observados son debidos a una pancreatitis crónica esclerosa, a una verdadera atrofia del tejido glandular: es indudablemente la forma anatomopatológica de elección en patología infantil.

Su etiología es oscura: no obstante, y aparte los casos de naturaleza específica (sífilis, tuberculosis), en todos los por nosotros recogidos resalta el hecho de padecimientos intestinales previos, intensos y reiterados. Induce a pensar en una propagación inflamatoria, por continuidad, de la mucosa duodenal a la ampolla de Vater y conducto de Wirsung, no deteniéndose en éste sino continuando por los canalículos excretores, cada vez más estrechos, hasta llegar al elemento noble del tejido glandular.

El cuadro semeiológico de la insuficiencia pancreática es pobre en el adulto (por ello se han ideado tantos medios objetivos que denoten el mal funcionamiento glandular) pero en el niño lo es más; en cambio, dichos escasos síntomas son sumamente expresivos.

Nosotros confesamos ingenuamente que no hemos conseguido palpar (dándonos cuenta de lo que palpamos) el páncreas en los niños. Claro que a semejante deficiencia pudiera suplir la provocación de dolor en punto o regiones determinadas (1), pero hemos de decir que en los niños este síntoma dolor no existe o es casi nulo, sea espontáneo o ya provocado. Tampoco se observan síntomas de compresión del colédoco (ictericia), cosa lógica dado que no existe aumento de volumen de la glándula, ni de otros órganos, ni síntomas denominados reflejos o a distancia (náuseas, vómitos, etc.).

La fuente principal de datos para llegar al diagnóstico de la insuficiencia pancreática externa, hay que buscarla en el reconocimiento y análisis de las heces fecales. Como hemos manifestado antes, a simple vista

(1) FALTA: Die Erkrankungen der Bludrüsen (Berlin, 1913).

(2) S. DE LOS TERREROS: "Los regímenes de contraste", *Progresos de la Clínica*, Noviembre, 1917.

(3) Véase "Physiologie normale et pathologique de páncreas", E. HEDON, Paris.

(4) Algunos autores no dan gran valor al análisis de las heces de los niños pequeños, cosa lógica teniendo en cuenta la en general simplicidad de sus regímenes. ("Etude historique et critique sur les affections de l'appareil digestif dans le premier enfance", A. B. MARBAN, Paris, 1918.)

(1) La región que más asiduamente exploramos en estos casos es la correspondiente a la cabeza, utilizando para ello la demarcación de la zona de Chauiffard, que, como se sabe, se halla limitada por la *bisectriz* de un ángulo formado por una línea horizontal y otra vertical cuyo punto de unión o vértice es el ombligo, y dicha línea vertical.

ofrecen un aspecto especial que puede reputarse como característico: son cámaras más ó menos decoloradas, pastosas, de aspecto grasiento (á veces visible grasa libre) y sobre todo muy grandes: una gran abundancia de materia fecal (polifecalia) que se presenta, aunque el niño esté sometido á una dieta muy rigurosa, debe hacer pensar siempre en un trastorno de excreción pancreático.

Como también expusimos anteriormente, al referirnos á la otra forma clínica, se observa reacción neutra ó alcalina de las heces, mayor abundancia de agua en las mismas y perturbaciones, mostrables por el análisis, en el término digestivo de los principios inmediatos alimenticios, hidratos de carbono, albuminoides y grasas.

El estudio de la amilolisis fecal en los niños es deficiente y no conduce á grandes resultados por ello, pero lo que sí puede afirmarse es que las perturbaciones en la digestión de los mismos dan origen á anomalías fermentativas que provocan heces blandas, claras, llenas de burbujas gaseosas y de reacción ácida, caracteres punto menos que opuestos á los de las cámaras en caso de insuficiencia pancreática.

Se comprueba más veces en la práctica el mal aprovechamiento de los albuminoides, que da lugar á la llamada *azotorrea*, Lereboullet, entre otros autores, le concede una gran importancia para el diagnóstico de la insuficiencia pancreática. Cuando el niño come carne (por eso este signo tiene sólo valor en los ya mayorcitos, que es en los que se da la forma que venimos describiendo), trozos de la misma vistos en las heces ponen de manifiesto la azotorrea y sobre todo si el examen microscópico de ellas descubre fibras musculares. Las pruebas de Schmidt (1) y de Einhorn (2) se basan en esto.

El examen químico demuestra que el nitrógeno fecal está aumentado; así, toda cifra que sea superior á un 7 por 100, en el adulto, indica un mal aprovechamiento albuminoideo y si llega ó sobrepasa de un 10 por 100 puede temerse falta de jugo pancreático; en los niños la cifra de nitrógeno fecal, en estado normal del aparato digestivo, es más baja (un 3 á 5 por 100), lo que indudablemente se halla relacionado con el régimen propio de su edad.

Pero lo más frecuente y especialmente denotador de la escasez ó falta de aflujo pancreático al conjunto jugo entérico, lo constituye el trastorno de absorción y eliminación de las grasas: el exceso de éstas en las deposiciones (*esteatorrea*) se ha considerado por muchos como patognomónico de insuficiencia pancreática externa, y aunque en realidad no alcance tanto rango su importancia (*parcialmente* se suplen unos jugos digestivos á otros y puede existir ligera esteatorrea no dependiente de perturbación pancreática (Paulow, Enriquez, etc.), es preciso conceder que posee un gran valor diagnóstico. Conviene, por otra parte, distinguir la verdadera esteatorrea ó falta de absorción de las grasas

que aparecen en las heces, de la llamada *hipoesteatosis* que significa una digestión perturbada, incompleta, de las mismas, determinante de su falta de desdoblamiento.

Esto tiene transcendencia, porque puede no aparentar la cámara reconocida (macroscópicamente) el trastorno pancreático sospechado y demostrarlo el análisis químico de la misma. En efecto; sabido es que, aproximadamente, la proporción de grasas neutras desdobladas viene á ser de un 70 á un 80 por 100, lo mismo en el niño mayor de dos años que en el adulto; pues, si en el análisis se encuentra una cifra inferior á la primera (a veces baja exageradamente á un 30 por 100 y menos, sin que exista esteatorrea), puede temerse una afección pancreática.

Claro que en algunas ocasiones es susceptible de dar este signo la ausencia de bilis en el intestino (como también ésta puede producir esteatorrea), pero sobre ser en realidad raro y existir otros síntomas concomitantes de una y otra afección que pueden ayudar a diferenciarlas, tenemos á mano la prueba terapéutica que suele ser de infalibles resultados aclaradores de la duda, al menos en lo que á nuestra práctica se refiere. Por cierto que viene aquí muy oportunamente á cuento que hagamos alusión á la *eficacia medicamentosa*; es decir, *el tanto de responsabilidad en los fracasos debido á la falta de indicación ó á la indudablemente deficiente preparación ó inestabilidad* (1) *de muchas sustancias farmacológicas*, especialmente de las opoterápicas. Muchas más veces tiene lugar la falta de éxito por la segunda causa que por la primera, como hemos tenido ocasión de comprobar precisamente en niños afectos de insuficiencia pancreática externa, pues á la sucesiva falta de acción de algunos preparados, ha seguido el excelente resultado que había derecho á esperar con otro, y en alguno (que por cierto aún está en tratamiento) prescindiendo de todo preparado del comercio y recurriendo al uso de la glándula fresca (2). Tal vez no sea esto sólo por esa deficiente confección que lamentamos, sino porque active más *energicamente* ó mejor la sustancia glandular en su totalidad, que los extractos de ella, que son los corrientemente utilizados. Quizás pudiera aplicarse á la explicación de este hecho lo que dice el ilustre Dr. Carracido (3) al hablar de ciertas acciones farmacológicas:

«...Sin embargo, en ciertos casos puede ser beneficioso el empleo de órganos ó de productos naturales en toda la complejidad de su composición, porque ante los resultados positivamente obtenidos, los principios calificados como inertes, los que Cl. Bernard llamó *ganga inútil* de las drogas medicinales, no deben ser desdeñados: es muy probable que actúen suministrando materia nutritiva á determinadas células exhaustas de algu-

(1) A. SCHMIDT: *Deutsch. Arch. f. klin. med.*, 104, 1911.

(2) EINHORN: *Berl. klin. Woch.*, 1910.

(1) Véase G. MARAÑÓN: "Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición", 1914.

(2) Trozos pesados de 50 centigramos y encerrados en cápsulas no atacables por el jugo gástrico. Algunos autores han recomendado también el páncreas fresco (Engesser), pero no en esta forma, sino desmenuzado y tamizado en caldo.

(3) R. CARRACIDO: "La complejidad farmacológica en la prescripción médica", Madrid, 1903.

nos de sus componentes, ya por la insuficiencia de la alimentación, ya por haberlo perdido en el caso de una evolución viciosa.»

Volviendo a la eliminación de grasa en la heces, diremos que en la forma clínica de insuficiencia pancreática en los niños, que nos ocupa, la esteatorrea se comprueba a simple vista, pues salpicando la deposición véanse gotas grasientas ó pequeños trozos que recuerdan el sebo. Sin embargo, pudiera alguna vez confundirse la grasa con el moco y para ello es siempre conveniente extraerla por medio del éter. El examen microscópico de las cámaras permite ver gotitas de grasa ó verdaderas lagunas «de configuración parecidas á cortes de diversos tubérculos (nabos, zanahorias redondeadas) (1)», y cristales de ácidos grasos.

El análisis químico pone de relieve la deficiente acción de la lipasa, de la esteapsina pancreática, desde el momento en que se hallan perturbadas la emulsión y saponificación de las grasas. Dando una comida de prueba (hacer ingerir cantidad conocida de grasa, manteca, por ejemplo), la cantidad de dicha grasa en las heces aumenta considerablemente con respecto á lo que ocurre en el niño normal; más de *dos terceras partes* de la ingerida no es utilizada, excretándose (unas tres cuartas partes del total eliminado) en forma de grasas neutras no desdobladas.

En la orina de esta forma clínica, contrariamente á lo que se dice en la generalidad de los libros de la especialidad, *existe indican* y, á veces, en cantidad lo suficientemente considerable como para dar una reacción intensa.

La composición globular de la sangre se altera, disminuyendo, aunque poco, los hematíes, más los leucocitos, y siendo manifiesto el aumento de los linfocitos; en resumen: *ligera anemia, leucopenia y linfocitosis*. Este es el resultado que ha dado el análisis hemático en los enfermitos por nosotros observados, y creemos principal causante del fenómeno al trastorno endocrino que acompaña esta forma intensa de insuficiencia pancreática, como igualmente hacemos responsable á dicho trastorno de la hipotensión (2), del adelgazamiento pronunciado, verdadera autofagia, que experimentan tales pequeños enfermos, y del retraso evolutivo de los mismos (*infantilismo pancreático*) (3). No queremos entrar en este aspecto tan interesante de la afección, que tal vez sea objeto más adelante de otro artículo.

Tratamiento de las vesiculitis seminales crónicas

POR EL

DR. ANGEL PULIDO MARTÍN

Cirujano del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

Repetidas veces he insistido sobre la importancia que tiene el conocimiento de las lesiones de las vesículas seminales, cuya patología da lugar á síntomas pe-

nosos y en muchas ocasiones, perdónese me la palabra, *inesperados*.

Terminó la contienda secular entre los que reconocían en la vesícula seminal un órgano de contención del esperma y los que la suponían una glándula. Contienda que, dicho sea de paso, tuvo algún momento trágico, como al morir el célebre fisiólogo de Graaf, en un ataque de furor, porque la Comisión de sabios ingleses ante quienes expuso su concepto de las vesículas seminales, no le dió la razón. Hoy, aparte el valor de las vesículas seminales como órganos de reserva y el que puedan tener por la excreción ó secreción de alguna substancia de función desconocida, se va aceptando por todos los autores, la doctrina primeramente expuesta por Exner, de Viena, quien ve en las vesículas seminales dos órganos de absorción, y para ello se funda en *Razones de estructura del epitelio* que tapiza el interior de las vesículas. *Razones de disposición anatómica*, ya que las vesículas seminales no son como todos los órganos de contención esféricas ó piriformes, sino constituidas por un apelotonamiento de conductos con dilataciones y anfractuosidades donde se han multiplicado las superficies de contacto para un minimum de contenido que así resulta extendido sobre un maximum de continente. *Razones de orden fisiológico*, el aprovechamiento de algún producto de la secreción testicular, porque la eliminación al exterior de esta secreción no puede considerarse como función común y necesaria, del mismo modo que lo es, por ejemplo, la expulsión de la orina, que es el tipo de las excreciones. Y, por último, *razones patológicas* sobre el poder de absorción á nivel de las vesículas seminales, nos las da la Clínica con mayor frecuencia de lo que fuera deseable en los casos del llamado pseudorreumatismo blenorragico crónico tan conocido desde los fundamentales estudios de Fuller, quien, como todos saben, trata y cura este pseudorreumatismo blenorragico drenando operatoriamente las vesículas seminales.

Estos trabajos, los de Voelker en su monumental *Chirurgie der Samenblasen* y los bellísimos de Luys, repartidos en gran número de libros y publicaciones, me persuadieron de la trascendental importancia que tiene el diagnóstico de las lesiones de las vesículas seminales en el tratamiento de ciertos procesos periuretrales, y muy particularmente en la blenorragia crónica y en algunas de sus complicaciones.

No quiero molestar á la Academia exponiendo la sintomatología de las vesículas seminales, sintomatología que di á conocer hace algunos meses, en un artículo del periódico *Segovia Médica*, desde donde el trabajito ha recorrido gran número de publicaciones españolas y americanas. Pero he de repetir que, si en ocasiones las molestias, á veces intolerables, de los enfermos llaman la atención del médico sobre el tabique rectovesical (y en la mayoría de los casos son tratados como infectados de la próstata y sometidos á amasamientos intempestivos), en otros enfermos en el 50 por 100 de los casos, las vesículas lesionadas no dan indicios de sufrimiento y es deber del médico interrogar estos órganos para pronunciarse sobre su estado.

(1) PÉREZ ORTIZ: "Sobre la presencia de grasas é hidrato de carbono en las heces."

(2) SPOLVERINI: *Rivista Clinica Pediatrica*, 1914.

(3) BRAMWELL: *Edinburg. Med. Journal*. Véase referencia en *Rev. de Med. y Cirug. Prácticas*, 28-X-1916.

El diagnóstico de las enfermedades de las vesículas seminales lo hace el médico por la anamnesis, por el tacto rectal colocado el enfermo en posición conveniente para que el dedo alcance ambas vesículas, por la expresión digital y mejor todavía instrumental de las vesículas y examen microscópico del flujo obtenido y, por último, por la transluminación, método éste cuyas primicias espero ofrecer antes de mucho... Hay, sin embargo, dos alteraciones crónicas del hombre que se han relacionado últimamente con la contaminación microbiana de las vesículas seminales, el pseudorreumatismo blenorragico crónico y las epididimitis recidivantes, una de cuyas formas es la llamada epididimitis en balancín que se observa en aquellos casos en que durante largo tiempo, unas veces está inflamado un epididimo y otras el opuesto. El estudio detenido de estos casos, completado por las operaciones llevadas a cabo por los autores americanos que han seguido a Fuller, ha demostrado que en ambos padecimientos estaban enfermas las vesículas seminales, como lo estaban en otras muchas uretritis crónicas, que habían producido la desesperación de enfermos y médicos, quienes actuaron sobre todo el tramo urinario menos sobre las vesículas donde estaba atrincherado el germen que producía constantes reinfecciones...

El tratamiento de las vesículas seminales enfermas puede ser tan variado como su patología. Por ahora prescindiremos de las operaciones en las mismas vesículas, porque los procesos de vesiculitis crónicas que consideramos, desesperantes por su tenacidad y por las molestias de que se acompañan, no tienen la importancia trascendental que las lesiones fímicas y tumorales donde la operación puede estar exigida. En la inmensa mayoría de las infecciones gonocócicas y postgonocócicas el traumatismo tremendo que exige la exposición de las vesículas seminales nos parece fuera de proporción con el proceso originario y nos recuerda algo semejante a lo que sería matar gorriones a cañonazos.

La cirugía directa de las vesículas seminales gonocócicas estará indicada en los casos de vesiculitis flegmonosas y vesiculitis quísticas con oclusión del conducto eyeculador, cuando éstas vesiculitis quísticas vayan acompañadas de molestias ó dolores, pues si son bien toleradas, como hemos tenido ocasión de observar en algún caso, nosotros recomendamos la abstención operatoria.

Luys, en los casos de vesiculitis seminal crónica recomienda, como todos los autores, el amasamiento de la vesícula, y para facilitar la expulsión de los conglomerados y masas que las llenan, emplea la dilatación de los orificios de los conductos eyaculadores que practica por medio de su uretroscopio y con ayuda de tallos finísimos capaces para las aperturas que deben ampliar.

Al amasamiento de las vesículas, á la aplicación de algún supositorio y más recientemente á la dilatación de los orificios eyaculadores se limitaba la terapéutica que el especialista podía ejercer sobre las vesículas seminales en los casos de inflamación crónica cuando Luys imaginó la inyección á lo largo de los conductos

eyaculadores, desde la uretra, de líquidos antisépticos capaces de obrar sobre los gérmenes que, en ocasiones, pululan en cantidades extraordinarias en el interior de las vesículas; pero el escape del líquido á lo largo del vaso deferente, produjo en todos los casos la epididimitis del lado inyectado y se vió en la necesidad de abstenerse de un tratamiento que parecía lleno de lógica y de esperanzas.

La disposición estructural de las vesículas seminales, con una mucosa de cubierta llena de criptas, recesos, depresiones, recovecos y anfractuosidades, es tal, que en los cortes histológicos de la vesícula la luz de estas cavidades parece rodeada de una capa areolar ó esponjosa que es solo la sección de la multitud de invaginaciones del epitelio dentro de la misma capa de la mucosa... nada tiene, pues, de particular, que la terapéutica de inmunización no haya dado los resultados que pueden esperarse en otros órganos donde los agentes patógenos se hallan en íntimo contacto con el medio interno. Esta misma disposición tan abundante en cavidades secundarias explica que la incisión pura y sencilla de las vesículas, según se ha hecho por Fuller, no haya proporcionado tampoco los éxitos que podían exigirse de una intervención tan importante, pues es muy difícil, si no imposible, drenar todos los focos de la infección... En estas circunstancias y teniendo siempre presente que nos propnemos ejercer una acción terapéutica sobre las espermatoquistitis ó vesiculitis seminales gonocócicas y postgonocócicas *que no exijan la extirpación*, hemos practicado la vasopunción del conducto deferente, con un resultado tan satisfactorio, que no dudamos en vulgarizar el método del profesor Thomas, de Filadelfia.

Los fundamentos de este método son:

I. Que inyectado un líquido en el conducto deferente, en la dirección de la desembocadura de la vía seminal en la uretra posterior, como la unión de la vesícula con esta vía seminal es de sección mayor que la abertura en la uretra del conducto eyaculador, hacia la vesícula, irá, en lugar de salir al exterior, el líquido inyectado, si previamente se ha tenido cuidado de vaciar la vesícula por el amasamiento.

II. Procurando no inyectar una cantidad grande de líquido para no despertar la contracción de la musculatura de las vesículas, este líquido puede permanecer allí durante largo tiempo donde ejercerá su acción germicida y donde, por lo tanto, el efecto terapéutico puede ser mayor que el producido por una sencilla vesiculotomía, y mientras el traumatismo operatorio es en el caso de la vasopunción insignificante según demuestran las historias clínicas de los operados por mí, la llegada hasta las mismas vesículas por sección perineal ó para-sacra es intervención de muchísima mayor trascendencia y gravedad.

Cualesquiera que puedan ser las objeciones teóricas que se hagan á esta operación, el resultado práctico que podemos ofrecer es excelente. No queremos decir que baste una sola vasopunción en todos los casos para curar espermatoquistitis de larga duración, pero sí hemos visto curar con este método enfermos que no ha-

bían encontrado alivio con ningún otro é insistimos sobre la inocuidad y sencillez de esta terapéutica.

La operación se reduce á practicar una pequeña incisión de un par de centímetros en el cuello de la bolsa, aislar el conducto deferente, inyectar en él por medio de una aguja unida á una jeringuilla de cristal, 2 ó 3 c. c. de una sal de plata, y cerrar cuidadosamente el orificio por donde ha penetrado la aguja, la vaina fibrosa del deferente y la piel, después de haber empujado hacia arriba el líquido inyectado para que su reflujo no pueda producir epididimitis.

Thomas insiste en un punto, que cree esencial en su técnica. Dice, que al sacar la aguja del vaso deferente se practique con una aguja y un hilo de catgut finísimos, un punto de sutura para cerrar el orificio por donde penetró la aguja y evitar una funiculitis química, producida por el antiséptico en su posible salida del vaso hasta el cordón. Yo he temido que este punto pudiera ocluir la luz del conducto, de por sí tan estrecho, y tuve la idea de sustituir el hilo de catgut, por la aplicación de un poco de colodión, que ha sido eficiente, en cuanto no se ha presentado en ningún caso fenómeno reaccional ni dolor en el cordón operado.

Tampoco he tenido el disgusto de ver en ninguno de mis enfermos epididimitis; para evitar la que pudiera originarse en un reflujo del líquido inyectado, conviene aplicar con el dedo una presión á lo largo y en dirección de la corriente normal del vaso deferente.

Esta operación, que puede practicarse con anestesia local, deprime tan poco á los enfermos, que varios de ellos fueron, inmediatamente después de la intervención, desde el Hospital de San Juan de Dios hasta la casa del Dr. Ratera, en la calle de Doña Bárbara de Braganza, donde se les hicieron las radiografías correspondientes, una de las cuales acompaña á este artículo.

A continuación expondré algunos detalles de las historias clínicas de los operados; pero antes quiero llamar de nuevo la atención de los lectores sobre el hecho, que en la mitad de los enfermos de *vesiculitis seminal*, no hay síntomas que llame la atención del médico sobre la vesícula; las molestias y síntomas son de orden general ó de orden reflejo.

PRIMER CASO.—Pseudorreumatismo blenorragico.

Cipriano G. S., de cuarenta y un años, casado, natural de Naval Moral de Toledo, habitante en Talavera de la Reina, de profesión cochero.

Ingresó en nuestra clínica el 27 de Septiembre del 1917.

Los padres del enfermo viven y están bien de salud. El enfermo ha tenido sólo de niño sarampión, y de mozo (diez y siete años) neumonía.

Enfermedad actual.—El 21 de Febrero del año actual (1917) tuvo los primeros síntomas de una blenorragia, y á los diez ó doce días empezó á notar dolores violentos en las articulaciones (rodillas, codos, etc.). Se daba tintura de iodo, con la cual parecía calmarse momentáneamente, pero sin tratar su blenorragia, y después de apurar cuantos remedios le recomendaron para sus artritis, ingresó en nuestra clínica el 27 de Septiembre.

Desde el primer día se le hicieron lavados de la uretra y la vejiga é inyecciones intravenosas de sublimado corrosivo al 1 por 1.000. El día 18 de Octubre se le exploró la próstata, que parece normal, y las vesículas seminales, que dan por expresión un flujo, donde abundan cocos de distintas familias. El día 26 de Octubre es operado, inyectándole en los vasos deferentes 4 c. c. de una disolución de colargol al 10 por 100.

Curso postoperatorio.—Muy bueno. Al día siguiente de la operación fué á casa del Dr. Ratera. En las poluciones que ha tenido durante los cuatro días consecutivos á la operación, salió parte del líquido inyectado que le manchó de negro. A los seis días se le quitaron los puntos de la piel, y cuatro días después marchó á su pueblo, desde donde nos ha enviado algunos enfermos con distintas formas de reumatismo, pues dice ha curado por completo. Ha desaparecido todo signo de enfermedad de la uretra y de sus anejos.

SEGUNDO CASO.—Blenorragia, epididimitis de repetición é hidrocele.

Eduardo A. L., de diez y siete años, soltero, natural de Madrid, donde reside, y es ajustador mecánico.

Ingresó el 23 de Octubre del 1917.

Sus padres viven y están buenos. El sólo ha padecido sarampión hasta la

Enfermedad actual.—Hace cinco meses contrajo una blenorragia, que se trató con permanganato y protargol. Curó de su afección a la uretra, pero antes tuvo una doble epididimitis. Hace un mes notó de nuevo dolor en el epididimo derecho, donde se formó una pequeña tumoración.

Exploración.—Se le aprecia en el epididimo derecho una masa algo fluctuante. La orina clara con algún filamento. En el licor exprimido de las vesículas hay leucocitos y cocos.

Operación.—El 10 de Noviembre de 1917. Se inyectan en el vaso deferente izquierdo 2 c. c. de colargol al 10 por 100. En el derecho no se pudo inyectar porque estaba ocluido. Al mismo tiempo se comprobó la existencia en el lado derecho de un pequeño hidrocele del tamaño de una avellana, que se vació y tocó con iodo la cavidad que lo limitaba.

Seis días después se quitan los puntos de la piel y se le da el alta al día siguiente.

CASO TERCERO.—Vesiculitis seminal.

Miguel H. M., de veintisiete años, soltero, natural de Vadillo de la Sierra (Ávila), donde vive, y es barbero.

Ingresó el 30 de Octubre del 1917.

Sus padres viven y están bien. El sólo ha padecido una fiebre tifoidea hace cuatro años.

Enfermedad actual.—Hace dos años fué infectado de blenorragia, que se trató con píldoras é inyecciones diferentes. A los nueve meses de enfermedad tuvo una epididimitis del lado derecho, que combatió con revulsión. Hace cinco meses se encuentra mejor de su padecimiento uretral, pero siempre cuando hace ejercicio tiene dolores en la región, en el ano y en el hipogastrio. Cuando orina no tiene la menor molestia urinaria. Los síntomas aquejados se acentúan por excesos sexuales ó

extralimitación en las bebidas. No hay supuración ni gota uretral.

Exploración.—Por el lavado sale el agua de la uretra anterior limpia. Orinando después el enfermo en dos copas, la orina de la segunda copa tiene algún filamento. Tacto prostático. Próstata aumentada de volumen, sensiblemente igual en ambos lados. Vesícula seminal del lado derecho aumentada de volumen. No se aprecia la del lado izquierdo. El líquido procedente de las vesículas seminales abunda en leucocitos y gérmenes diversos.

Operación.—Hecha el 2 de Noviembre de 1917. Se inyectan 4 c. c. de colargol en cada vaso deferente. A los cinco días se quitan los puntos. Alta el 9 de Noviembre de 1917.

CASO CUARTO.—Vesiculitis seminal blenorragica.

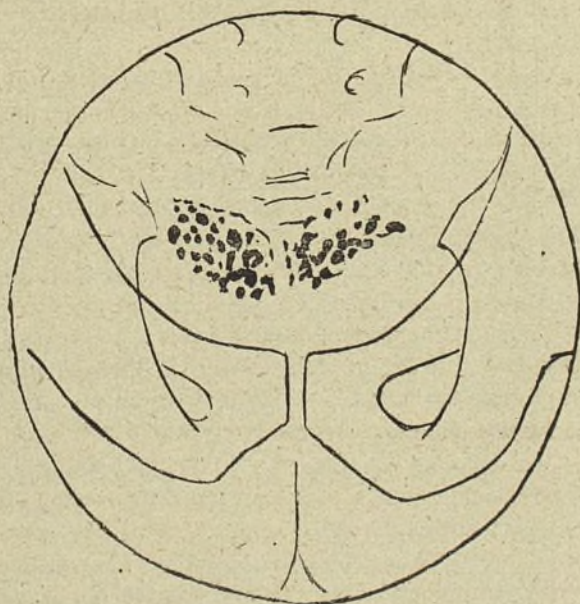
José V. R., de veintisiete años, soltero, natural de Lugo, residente en Madrid, donde es panadero.

Su padre murió reumático. Su madre vive y está buena. El tuvo de niño sarampión. A los veintiún años paludismo é ictericia. A los veinticinco años una úlcera venérea con adenitis inguinal.

Enfermedad actual.—El año pasado tuvo, en el mes de Junio, blenorragia que se trató con lavados de permanganato y dice curó á los ocho días. En Mayo último nueva blenorragia, contra la cual empleó el permanganato. En nuestra consulta se le trataba una prostatitis que padecía con amasamiento y lavados. Se le hacía también el amasamiento de las vesículas, que daba lugar á la expulsión de gran cantidad de masas purulentas.

Operación.—Hecha el mismo día de su ingreso, el 29 de Octubre de 1917. Se inyectan en cada vaso deferente 2 c. c. de colargol, y á las dos horas va hasta casa del Dr. Ratera, donde se le hace la magnífica radiografía que acompaña.

A los siete días se le quitan los puntos y alta al día siguiente.



CASO QUINTO.—Vesiculitis seminal crónica.

Joaquín O. F., de veinticinco años, soltero, natural

de Madrid, donde vive, y es conductor del tranvía.

Su padre murió de apoplejía. Su madre está buena.

El tuvo de niño el sarampión. Hace ocho años blenorragia que supuraba mucho. Al mes tuvo una epididimitis del lado izquierdo. Se trató con permanganato y desapareció la supuración.

Hace cuatro años volvió el flujo, y al dejar á los quince días de supurar, se presentó nueva inflamación en el epididimo izquierdo. A los veinte días se inflamó el epididimo derecho y duró este estado cuatro meses, quedando un nódulo en polo superior y otro en el polo inferior de este epididimo. Hace dos años comenzó á tener molestias en el ano. El año anterior volvió la epididimitis del lado derecho, que desapareció á los dos meses y medio de emplear vacunas.

Prostatitis que se trata por amasamiento y lavados y vesiculitis seminal.

Operación.—El día 6 de Febrero es operado. Inyección de 3 c. c. de la disolución de colargol en cada vaso deferente. Tres días después tiene una eyaculación negra.

Se le quitan los puntos á los seis días y es dado de alta á los ocho: el 16 de Febrero de 1918.

La orina de este enfermo está completamente limpia, hoy, al cabo de un año. No ha tenido nuevas inflamaciones de los epidídimos y sólo se ha presentado una vez en la consulta para pedirnos autorización para contraer matrimonio. Con este motivo hemos revisado todo su aparato génitourinario, comprobando su normalidad.

CASO SEXTO.—Vesiculitis seminal y epididimitis.

Pablo A. E., de diez y nueve años, de Miraflores de la Sierra (Madrid), habitante en Madrid, de oficio albañil.

Ingresó en el hospital el día 13 de Noviembre de 1917.

Sus padres están sanos. El tuvo de niño escarlatina, viruela y sarampión. En Marzo último sufrió una blenorragia que curó con lavados de permanganato é inyecciones de protargol. En Agosto fué infectado nuevamente; se curaba, como la vez anterior, con permanganato, pero al mes y medio tuvo una epididimitis del lado derecho que trató con una pomada de guayacol. A fines de Octubre se repitió la inflamación del epididimo derecho é ingresó en nuestra clínica, donde le hicimos inyecciones de vacunas gonocócicas, inyecciones intravenosas de sublimado al 1 por 1 000 y lavados de permanganato. Desapareció la inflamación epididimaria, quedando solo un nódulo en el polo inferior. Hecho el amasamiento de la vesícula seminal derecha, se encontraron en el flujo evacuado numerosos leucocitos y cocos.

Operación el día 1 de Diciembre.—Inyección en el vaso deferente derecho de 2 c. c. de la disolución de colargol. El mismo día de la operación, hecha con cloroformo, tuvo el enfermo vómitos, y ningún otro trastorno durante los cinco días que siguieron hasta que en el sexto se quitaron los puntos de la sutura. Durante los tres primeros días, la orina era negra. Alta curado cinco días después.

Caso séptimo.—Blenorragia aguda con artritis de la rodilla derecha.

José V. D., de veintitún años, soltero, natural de Lugo, residente en Madrid, donde es jornalero.

Sus padres viven. El de pequeño estuvo sano. En los primeros días del último Agosto tuvo una blenorragia y al final del mismo mes afirma que sufrió una nueva infección y otra más aguda en Septiembre, acompañada de dolores en la vejiga de la orina, frecuencia de la micción y hematuria terminal. Se trató con medicación interna, píldoras y polvos.

Hace diez días tiene dolores é inflamación en la rodilla derecha.

Estado actual.—Micción cada media hora. Orina purulenta, supuración uretral escasa. La rodilla derecha está bastante aumentada de volumen, tiene considerable cantidad de derrame sinovial y es dolorosa.

Se ordena al enfermo permanezca en la cama, obligándole al reposo más completo y le ponemos inyecciones intravenosas de sublimado corrosivo al 1 por 1.000.

Hacia el 25 de Noviembre, es decir, seis días después de ingresado en la clínica, se le presentó una inflamación en el epididimo derecho que le desapareció en cuatro días quedándole un pequeño nódulo en el polo superior.

El día 1 de Diciembre y para esterilizar el aparato genital hice la vasopunción del deferente derecho donde inyecté 2 c. c. de colargol. Hay un pequeño hidrocele, lo incindo y froto la vaginal con una torunda. Practico idéntica inyección en el deferente izquierdo donde también había unos cuantos gramos de líquido seroso en la vaginal.

Cinco días después tuvo el enfermo una eyaculación negra. El curso de esta operación como el de todas las anteriores, fué apirético, se quitaron los puntos á los seis días y se dió de alta al enfermo tres días después.

Sólo en un caso comprobamos la existencia de una oclusión del deferente que nos impidió practicar la inyección ya descubierto el conducto. En dos ocasiones encontramos hidroceles muy pequeños, reaccionales, en procesos inflamatorios del epididimo. En casi todos los casos, los enfermos acusaron la eliminación de la substancia inyectada que apareció en la orina en un caso, y en forma de poluciones en otros varios. Estas poluciones, negras por el colargol, fueron en días sucesivos al de la inyección, en un caso al quinto día, lo que demuestra que todo ese tiempo había permanecido en la vesícula el antiséptico ejerciendo su benéfica influencia. Todos los enfermos se consideraron curados al marchar del hospital, habían cesado las molestias que les obligaron á ingresar en la clínica y á casi todos hemos vuelto á ver en ocasiones distintas encontrándolos libres de alteraciones referentes á las vesículas. *En ningún caso, lo repetimos, hemos visto epididimitis, ni funiculitis después de las inyecciones.*

Síntomas notables observados en la epidemia de gripe del otoño de 1918

POR EL

DR. D. CASTO MARTÍN GONZÁLEZ

Médico titular de Ventas con Peña Aguilera (Toledo).

Colapso de las fibras musculares, de los bronquios y vesículas pulmonares.—Determinado por un estado de hepaticización del parénquima, con inhibición de los movimientos respiratorios y rigidez de las paredes costales. Es preciso para descubrir este fenómeno, excitar fuertemente al enfermo para que tosa ó respire profundamente mientras se le ausculta, y entonces percibe el oído el despegamiento de las vesículas ó el estertor subcrepitante, revelador del proceso inflamatorio del pulmón, que casi siempre se localiza en los lóbulos inferiores. Este síntoma se observa en las formas graves y adinámicas, con algo de submacidez, y precede á los característicos de la neumonía.

Manchas pseudoequimóticas producidas por el empleo de los rubefacientes.—Si á un enfermo de gripe se le aplica un sinapismo, éste produce en la piel una mancha casi equimótica del tamaño de aquél, de color intensamente violáceo, que desaparece á la presión del dedo, pero cuya mancha dura hasta más allá de la convalecencia aunque la enfermedad sea larga. He observado que la intensidad de aquélla es tanto mayor cuanto más grave es el caso. Se trata sin duda de un trastorno circulatorio con parálisis vasomotora. Sin pretender que este sea un síntoma nuevo de la gripe, yo al menos no le he visto descrito en ninguna patología.

Vértigo.—Es frecuente en el curso de la gripe, se determina al moverse el enfermo para sentarse ó bajarse de la cama y también persiste en la convalecencia.

Vómitos y diarrea.—En el curso de una gripe de marcha normal ocurren con frecuencia, y cuando éstos se presentan son reveladores de invasión neumónica; la auscultación inmediata confirma la existencia de la pulmonía, antes que haya expectoración, punta de costado, etc.

Ronquera.—Es muy frecuente en todas las formas, pero en las graves adquiere este síntoma una importancia capital. Ocasionada por una intensa laringitis con sequedad de la mucosa así como de todo el árbol aéreo, es un síntoma muy penoso para el enfermo y de muy difícil tratamiento. Acusa éste un intenso ardor con sensación de quemadura y cuerpo extraño que se extiende á la tráquea. Hay afonía completa y acompaña siempre á neumonías de curso rápido; regularmente estas laringitis las preceden. Los más diversos medios empleados son ineficaces; sólo el suero antidiftérico algunas veces lo es.

Exudados pulmonares.—En las formas hemorrágicas, el esputo tiene tres aspectos; el francamente hemoptoico de color rojo vivo de sangre arterial, el de color vinoso parecido al del infarto pulmonar y, por último, el serosanguinolento. Este es muy notable por la cantidad, pues constituye una verdadera exósmosis de tra-

sudación del suero de la sangre que riega el aparato respiratorio. La espucación es constante, con tos breve y frecuente y á veces por un movimiento de regurgitación, como si lleno el árbol aéreo del líquido, constantemente estuviera desagüando. Es tal la cantidad, que las jofainas, de visita á visita, se encuentran llenas ó mediadas. Sale constantemente de la boca de los enfermos, y si adoptan el decúbito lateral se escapa por las comisuras manchando las ropas de cama. El aspecto de éstos no puede ser más grave, mueren todos con síntomas de asfixia siendo ineficaz el tratamiento.

Exantemas.—Tres formas se han observado: la morbillosa, la escarlatínica y la urticaria.

El más frecuente es el escarlatinoso, acompaña casi siempre á la gripe hemorrágica y es un signo de gravedad; sin embargo, se han visto dos casos en los tipos graves con altas temperaturas y sin complicaciones pulmonares. El aspecto de los enfermos es por demás grave. Tienen la cara roja, abotagada, los ojos salientes y llorosos, las fauces abiertas, el cuello aparece algo hinchado y toda la piel del cuerpo presenta el eritema de punteado fino propio de la escarlatina. La lengua, boca, nariz y faringe están secas, y aquella tiene un color violáceo brillante como si estuviera recubierta con un barniz.

La palabra es difícil, la voz ronca, apagada y hay una ansiedad, un desasosiego, un malestar indefinibles como no se observan en ninguna otra enfermedad, acompañado de una angustia epigástrica indescriptible. Así que el enfermo se sienta en la cama, y si va acompañado de laringitis como casi siempre ocurre, acusa una sensación constrictora en el cuello, en el pecho, llevándose la mano á estas partes como queriendo arrancar lo que le constriñe, y con las fauces y la boca respira ruidosamente, dando el paso del aire por la tráquea una sensación análoga al ruido que se produce cuando se sopla por un tubo de mediano calibre. Inclina el tronco hacia adelante, se agarra á las ropas de la cama, y con la mirada fija en el espacio, con expresión de terror, haciendo un violento esfuerzo cae pesadamente en el lecho doblando la cabeza. Otro nuevo acceso análogo al anterior se repite después de permanecer en un estado de soñolencia casi estuporosa interrumpido tan sólo por la sed devoradora; sed que no se calma por las bebidas, ni éstas tampoco humedecen sus secas fauces.

Aborto.—En las mujeres embarazadas atacadas de gripe es frecuente el aborto, y si son invadidas de neumonía, en casi todas tiene lugar éste ó el parto prematuro.

Menorragias.—En las demás es muy frecuente que el flujo catamenial, en el curso de la gripe normal ó complicada, se presente, corresponda ó no á las épocas de las reglas. Como signo pronóstico no es malo. Acaso tenga un mecanismo parecido esta hemorragia á las epistaxis que por cierto no se le puede considerar como síntoma nuevo ó no observado antes. Son bastantes los autores de patología que describen este síntoma.

La influencia de la sangría general en las mujeres en gestación con pulmonía ó congestión es beneficiosa; si no cura muchas veces, llena indicaciones vitales y da lugar y espera para poder emplear otros medios. Ella por sí sola no determina el aborto ni el parto prematuro, antes bien le evita muchas veces.

En un caso de gripe de forma hemorrágica y exantemática complicada con edema pulmonar y neumonía, ocurre el parto prematuro (seis meses) con placenta previa. Es expulsada ésta y con los movimientos de la enferma se rompe la inserción del cordón quedando el feto dentro. Es notable que á pesar de romperse el cordón y no ser ligado no existiera la más pequeña hemorragia que ni siquiera mancha las ropas de la cama. La enferma muere á las pocas horas con signos de asfixia. ¿Cómo pudo suceder esto, cuando precisamente el síntoma hemorragia es el que caracteriza la placenta previa? Acaso la gran congestión en los órganos respiratorios y la insuficiencia circulatoria pudieran explicar el hecho.

No he visto fenómenos de descamación en las formas exantemáticas de la gripe.

Punta de costado.—En las neumonías de forma pleurítica (lobulares todas) el dolor de costado ha sido tan intenso, que fueron necesarias fuertes dosis de morfina para calmarle (3 ó 4 centigramos en inyecciones en las veinticuatro horas). Llama la atención la tolerancia por parte del enfermo, y la influencia favorable para la tos, pues merced á aquélla ésta puede verificarse. La evolución de la pulmonía es larga y termina por crisis escalonada.

Bradycardia.—Es corriente la bradicardia, tanto que este síntoma á pesar de coexistir con estados graves da una impresión falsa que se desvanece después de un reconocimiento del aparato cardiorespiratorio.

Taquicardia.—En cambio la taquicardia sólo se presenta en las neumonías que han de terminar por la muerte; entonces adquiere el ritmo pendular, y á veces el pulso es taquiaritmico. Esta taquicardia tiene de particular que no es influenciada por la digital ni la digitalina, antes bien parece que la agrava. El aceite alcanforado, la cafeína, la esparteína y la estricnina no parece que tampoco ejerzan influjo; sostienen el tono precariamente y nada más.

Ya se invoque la teoría bulbar ó la miocárdica en la génesis de esta taquicardia, es lo cierto que se presenta repentinamente en el curso de una neumonía que ha evolucionado hasta entonces, con pulso regular y bradicárdico, modificando el aspecto del enfermo y anunciando un fin funesto.

Olor que exhala el enfermo de gripe.—Es *sui generis*, excesivamente fétido, tirando á agrio el aliento; pero el que exhala de la piel por el sudor tiene una fetidez especial que aumenta en los locales cerrados. En los primeros días de la epidemia, hasta que las gentes se convencieron de la bondad de la ventilación, la permanencia en las habitaciones de los enfermos era verdaderamente molesta y penosa, se sentía la necesidad de respirar

otro aire y salir cuanto antes. Después, sea porque las familias se habituaron a la ventilación ó porque la enfermedad no tuviera la virulencia que antes, y las ropas se mudasen con frecuencia, ya no se percibe el mal olor de entonces.

Sordera.—Es muy frecuente, y lo mismo se presenta en las formas graves que en las de mediana intensidad. A veces desaparece rápidamente. Es acompañada de zumbido de oídos, independiente de toda medicación. Se le puede atribuir á un catarro de la trompa.

Eptistaxis.—Se observa con relativa frecuencia, sobre todo en los niños. Suele ser muy abundante, tanto que asusta á las familias, pero se cohibe fácilmente con taponamiento anterior empapados los algodones en solución de antipirina. No constituye síntoma nuevo, son muchos los autores de patología que le citan en sus descripciones; y todos están conformes en su significación pronóstica favorable.

Sensación de muerte inminente.—En los casos graves, complicados, con lucidez, es muy frecuente, casi pudiéramos decir constantemente que los enfermos acusen la sensación de muerte inminente; todos dicen: «Me muero». Y lo dicen (salvo dos excepciones en que el delirio fué terrorífico) con una tranquilidad, una convicción que asusta, como si fuera la muerte la solución más natural, la única, que debe tener su enfermedad, dejando la vida con resignación tranquila.

Delirio.—Al pasar á supuración las neumonías se presenta un delirio tranquilo que es casi siempre el anuncio de un fin funesto. Otras veces es debido á hiperhemias cerebrales y meníngeas, y en este caso suele ser terrorífico. Acaso influido por el ambiente de pesimismo de todas las conversaciones. En todos la facies retrata el terror; se levantan, se sientan en el lecho y con los ojos desmesuradamente abiertos dicen que se mueren. Pero aquí es la expresión del miedo insuperable lo que mueve á exteriorizar la idea vesánica, muy á la inversa de lo que ocurre en los que conservan lucidez, donde la convicción íntima determina la creencia tranquila de su próximo fin.

BIBLIOGRAFIA

ANALES DE LA CLÍNICA DE SAN IGNACIO

Hemos recibido este folleto con un resumen de los enfermos operados en 1918.

Casos verdaderamente notables son los que presenta en ellos el Dr. Urrutia. Acostumbrados nos tiene este eminente cirujano á estas muestras de su gran valer y al modo cómo sabe hacer provechosa para los demás la enseñanza que le deja la labor diaria con sus enfermos.

Constantemente, en libros y revistas, nos da notas de gran saber clínico, y en ocasiones, como ésta, nos presenta con resultados tan brillantes un resumen, en donde nos señala, con su modo de proceder y de razonar, orientación en el modo de resolver muchos problemas de la clínica.

El total de intervenciones practicadas ha sido 133, entre ellas 112 laparotomías con 12 muertos. Cita un caso de estenosis de cardias, en donde hizo una gastrostomía; 10 cánceres de estómago, en tres hizo sólo gastroenterostomía y en los otros siete gastrectomía. Reduce mucho las contraindicaciones de la gastrectomía, dejando la gastroenterostomía para muy contados casos, que por circunstancias de orden general ó local no sea factible la resección. Treinta y cuatro úlceras crónicas de estómago y 23 duodenales; tres fueron tratadas por gastroenterostomía y 54 por gastrectomía. La técnica con preferencia la gastroenterostomía posterior, reservando la gastroyeyunostomía término lateral para casos especiales, sobre todo para las resecciones muy extensas. Una observación de linitis de Brinton (variedad fibromatosa) que operó haciendo una resección casi total y anastomosis del yeyuno, según el proceder de Richel Polya.

Cinco casos de afecciones del ciego; uno, laparotomizado, no intervino por inoperabilidad del tumor. En dos hizo colectomía derecha, una por tuberculosis úlcerohipertrófica y otra por tífis tumoral, y en otras dos, por éstasis intestinales, reseccó parte del ileon, colon ascendente y parte del transversal. La anastomosis la hace con botón de Murphy, y, siguiendo el proceder de Lane, una vez hecha la hemostasia de la extensa superficie cruenta que resulta de haber extirpado el colon, procede á la sutura parietal, sin preocuparse de la peritonización.

Hay ocho casos de apendicitis crónicas y uno aguda; dos casos de colecistitis calculosa tratados por colecistectomía; una de colecistitis crónica sin cálculo, que tras una colecistostomía á lo Kehr-Poppert reaparecieron las molestias á los ocho meses con sensibilidad de la región apendicular y hubo, en una segunda intervención, de extirpar la vesícula y el apéndice.

Dos casos de obstrucción calculosa del colédoco por cálculo y uno por induración de la cabeza del páncreas; uno muy curioso de cáncer recto sigmoideo y una porción de casos más de no menor interés.

Muy interesantes son también los casos que publican los Dres. Orej. (génitourinarias), Castañeda y Antín (garganta, nariz y oídos) y Vidaur (cirugía ocular), así como las observaciones que sobre las complicaciones broncopulmonares en las intervenciones abdominales hace el Dr. Bergareche.

DR. CARMELO VALLS.

Periódicos médicos.

BACTERIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento de las vacunas estafilocócicas polivalentes, por el Dr. Marcelino Pinto.—He aquí las conclusiones que el autor deduce de su interesante trabajo:

1.ª Que en todas las manifestaciones estafilocócicas, ya agudas ó crónicas, deben ser empleadas sin pérdida de tiempo las vacunas específicas polivalentes, reservándose las autógenas para aquellos casos de señalada rebeldía, en los que pudiera haber fracasado (muy raros) las de tipo stock.

2.ª El uso de estas vacunas es inofensivo, si se observan las debidas y elementales precauciones en su administración (reacciones local y general y cuidados de anafilaxia).

3.ª Los resultados de su aplicación son siempre en extremo beneficiosos; ya abortando unos casos, limitando otros y previniendo en todos, sucesivas reinfecciones, si se hace una completa inmunización, por lo que el método tendrá cada vez más adeptos, como lo han conseguido otros sueros y vacunas con los que tantos beneficios se reportan hoy día á la Humanidad.

4.ª La utilización de estas vacunas se hacen perfectamente compatibles con todas las demás medicaciones locales que en muchas ocasiones las complementan. (*Boletín de Medicina Naval*, Madrid, Abril 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Meningitis purulenta con bacilo de Eberth, aislado del líquido cefalorraquídeo, por el Dr. A. P. Ulhoa Cintra.**—He aquí las conclusiones que el autor deduce de su documentado estudio:

1.^a La infección eberthiana puede localizarse primitivamente en las meninges, respetando los linfáticos intestinales—meningitis típicas preventivas,—pudiendo ser tardío el ataque á los órganos abdominales constituyendo el meningitis tifus.

2.^a La meningitis típica purulenta primitiva se exterioriza por el mismo aspecto clínico de la meningitis cerebroespinal con meningococo.

3.^a Únicamente el examen del líquido cefalorraquídeo, unido á otras pruebas de laboratorio, permite el diagnóstico diferencial.

4.^a Es bastante rara la presencia del bacilo tífico en cultivo puro.

5.^a El pronóstico es siempre gravísimo, terminando en la mayor parte de casos con la muerte. (*Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, Sao Paulo (Brasil), Septiembre de 1918.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Epifora y su tratamiento, por el Dr. J. A. Kearuey.**—El autor llega á las siguientes conclusiones:

1.^a La epifora es el resultado de la estenosis de las vías lagrimales no producida por inflamación.

a) Una estenosis de los puntos ó de los canaliculos se corrige practicando la incisión de Bowman en el canaliculo inferior.

b) La estenosis del saco lagrimal ó del conducto nasal se trata introduciendo un dilatador por el canaliculo incindido hasta el meato inferior de la nariz. Los casos que se resisten pueden corregirse colocando un estilete de plomo que se deja puesto hasta seis meses y más. Si estas medidas fuesen insuficientes, se recurre á la escisión de la porción palpebral de la glándula lagrimal ó la extirpación del saco lagrimal.

2.^a Cuando la epifora tenga por causa una estenosis de las vías lagrimales debida á la inflamación:

a) La dacriocistostomía es de necesidad cuando la epifora es resultado de una inflamación catarral ó flemonosa del saco.

b) La operación preferible es aquella en la cual el saco lagrimal es extirpado á través del canaliculo incindido. (*Medical Record*, 5 de Octubre de 1918.)

UROLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Mecanismo de la diuresis experimental por la pituitrina**—En el *Journ. American Med. Assoc.* (11 de Enero de 1919) se asegura que la investigación de las funciones del cuerpo pituitario ó hipófisis y la posibilidad de su empleo en organoterapia, se han complicado por el hecho recientemente conocido de que la parte anterior y la posterior ó infundibuliforme de la glándula, producen diferentes efectos. Las aplicaciones terapéuticas se han limitado hasta ahora al lóbulo posterior que comprende la porción intermedia. Schaffer demostró hace años que los extractos de ésta producen aumento de la presión sanguínea y diuresis. El empleo inteligente de los diuréticos depende, cuando la terapéutica se hace racional, de una correcta comprensión del mecanismo en virtud del cual obra el diurético. En el caso del riñón, las posibilidades son dobles. Las sustancias pueden provocar

un aumento en la producción de la orina alterando el suministro de sangre á través de los vasos renales. Estos se dilatan más ó menos cuando se contraen en otro lado y se deducen efectos diuréticos. O la célula renal puede ser estimulada directamente por la sustancia que se investiga. Así actúan la urea y la cafeína como diuréticos.

En la farmacología de los medicamentos útiles de Hatcher y Wilbert se pone en evidencia lo incierta que es la acción del extracto pituitario como diurético. Allí se dice:

Los vasos renales se dilatan porque se contraen los esplácnicos y este efecto se ha invocado para explicar la acción diurética, tan conocida de la glándula pituitaria, pero no hay razón para dudar de que también actúe directamente sobre las células renales causando un aumento de secreción; ambas acciones probablemente intervienen en la diuresis.

Una actividad celular verdadera supone metabolismo y, por lo tanto, necesidad de oxígeno. No hay ejemplo en el cual se pueda probar que un órgano aumenta su actividad en circunstancias fisiológicas sin que se aumente su demanda de oxígeno. Si los extractos de pituitaria provocan un aumento en la actividad del tejido renal, el riñón ofrecerá un aumento en el consumo de oxígeno. En los estudios experimentales llevados á cabo por Knollton y Silverman en el Colegio de Medicina de la Universidad de Siracusa, se empleó el consumo de oxígeno como criterio, sin obtener convicción de que el extracto de pituitaria estimule las células del riñón. Por otra parte, en todos los casos de diuresis renal se observó un aumento de sangre en los vasos renales. Por eso, los autores mencionados afirman que puede explicarse la acción diurética del extracto de pituitaria por cambios vasculares y aumento de la presión en el filtro renal. Tales efectos vasculares se hallan en armonía con otras acciones del lóbulo posterior del cuerpo pituitario sobre músculos que son más familiares para el médico.

GINECOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Diagnóstico precoz del cáncer uterino, por el doctor Vital Aza.**—De una conferencia dada por el autor en el Colegio de Médicos de Valladolid, reproducimos los siguientes «Conocimientos útiles para el diagnóstico precoz del cáncer uterino»:

1.^o Es sospechosa de cáncer toda hemorragia, por pequeña que sea, que tenga lugar fuera del período menstrual y cualquiera que sea la edad de la enferma.

2.^o Son particularmente significativas las hemorragias producidas durante el coito, y las que recaen en mujeres que ya habían dejado de menstruar, llevando uno ó más años de menopausia.

3.^o El flujo abundante, fétido ó de color sanguinolento (agua de lavar carne) puede ser también de origen canceroso.

4.^o Son cancerosas la mayor parte de excrecencias duras, friables, del cuello uterino que sangran fácilmente y pueden fragmentarse con la uña, así como las verdaderas úlceras cervicales, en las que existe una clara pérdida de sustancia.

5.^o Cuando el diagnóstico se presente dudoso, antes de dejar pasar el tiempo, debe cortarse una pequeña cuña del cuello uterino sospechoso, ó introducir en la cavidad de matriz una cucharilla de legrado, para obtener un colgajo de mucosa: estos trozos de tejido, colocados dentro de un frasco de cristal con alcohol de 90° ó formol al 10 por 100, se enviarán á un Laboratorio para su análisis, y se acatará el informe que se nos envíe. (*La Clínica Castellana*, Valladolid, Marzo 1919.)

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.

Post phoebus nubila.

Pasadas las alegres fiestas, los banquetes amistosos solemnes ó cordiales y expansivos y lo que importa más, terminada la labor brillante y fecunda de las Secciones, pasó una nube por el limpio horizonte en que había hecho su admirable evolución el Congreso Nacional, que terminó el día 25 sus tareas. Como anunciábamos en nuestro número anterior, debía celebrarse la sesión de clausura, presidida por el ministro de la Gobernación, en el Teatro del Centro. Dificultades inesperadas, invitaciones equivocadas, faltas de previsión ó lo que quiera que fuese, que ni queremos ni debemos enjuiciar á nadie, hicieron que á última hora se volviese al propósito de celebrar en el Paraninfo de la Universidad la referida sesión, y el público, que molesto y descontento tuvo que atravesar Madrid para encontrarse en un local en donde ni sillas ni bancos se habían colocado, manifestó su desagrado en forma tal, que los escasos pero bulliciosos elementos que acechaban ocasión para exteriorizar su dolor del triunfo ajeno, encontraron fácil atmósfera para dar proporciones de escándalo á lo que pudo ser manifestación de desagrado, que todos hubiesen respetado.

El acto hubo de suspenderse, y como esto y lo ocurrido fuera por todos deplorado, tanto más cuanto que formaba contraste con la marcha anterior del Congreso en todas sus manifestaciones, se comenzaron á lanzar inculpaciones y á suponer y formular cargos, cuya reproducción no conduciría hoy á otra cosa que á ahondar divisiones, que es interés de todos que desaparezca y que nosotros particularmente hemos trabajado siempre por borrar.

Oyendo á unos y otros, he aquí lo que, unido á lo que por nosotros sabido, hemos podido deducir como explicación del lamentable incidente, que hubiera deslucido el Congreso, si al día siguiente la reflexión y el buen sentido, por una parte, y la intervención y buena voluntad de gentes sensatas no hubieran contribuido á que la sesión definitiva de clausura se celebrara del modo satisfactorio como se celebró.

Lo ocurrido, á juicio nuestro, fué lo siguiente:

En el programa inicial de la Asamblea (antes de Octubre) existía un acto que había de consistir en una reunión de médicos titulares y en una Asamblea general de médicos en el Teatro Real, para constituir una Sociedad general española, al modo de las existentes en Inglaterra y Estados Unidos.

Esta reunión quedó, como todo el Congreso, suspendida hasta el mes de Abril, por el justificado motivo de la epidemia gripal, no sin que algunos periódicos protestaran de tal aplazamiento, al que buscaban explicaciones más ó menos maliciosas. Llegado el mes de Enero, diferentes organizaciones creyeron oportuno convocar reuniones en Madrid para tratar de asuntos profesionales y principalmente de las reformas sanitarias municipales y de los intereses de los médicos titulares, por entonces traídos al debate por la Prensa y por los médicos y algunos otros elementos parlamentarios. Pro ducto de estas reuniones fué un Comité y la aprobación de unas bases de programa, que en nada difería del espontáneamente predicado y aceptado por cuantos de tales asuntos se ocupan.

Llega el último Congreso y estima, sin duda alguna, la Comisión organizadora (así al menos lo creemos) que poner de nuevo á discusión estas cuestiones significaba desconfianza en la representación del Comité y en la importancia de las reuniones que le dieron origen, y creyó que bastaba convenir en la sesión última en la constitución de la Sociedad, nombrando para organizarla y de común acuerdo, una Comisión imparcial. Esta es una explicación; la otra es que muchos médicos no consideran suficiente lo acordado en Febrero por Asambleas á que no habían concurrido ó de que no habían tenido noticia, y querían á toda costa que se celebrara la reunión anunciada desde un principio.

Sea de ello lo que quiera, es lo cierto que mediaron por una y otra parte francas explicaciones y se llegó al resultado de paz y cordura que todos hemos visto con complacencia. Es de esperar que estos temperamentos duren y por nuestra parte hacemos por ello fervientes votos, convencidos como lo estamos que sin una íntima cohesión y una leal inteligencia no conseguiremos más que ayudar á nuestros adversarios y dar la razón á los que nos calif-

can de inquietos y desunidos. Todo el que predique ó ayude á la división de clases dentro de la médica, es su peor enemigo y debe ser por ella rechazado.

DECIO CARLAN

CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

Sesión de clausura.

A las cuatro de la tarde tuvo lugar en el teatro del Centro la sesión de clausura del Primer Congreso Nacional de Medicina.

Presidió el acto el ministro de la Gobernación, señor Goicoechea, con el que tomaron asiento en la presidencia madame y mademoiselle Curie y los doctores Márquez, Rodríguez Carracido, Calatayud, Juarros y el secretario del Congreso, D. Florestán Aguilar.

En lugar destinado al efecto en el escenario tomaron asiento los presidentes de las diferentes secciones.

La sala del teatro se hallaba completamente ocupada, figurando entre los concurrentes muchas señoras.

Abierta la sesión, el secretario dió lectura á las conclusiones de las distintas secciones.

Las conclusiones.

Las conclusiones, leídas y aprobadas por unanimidad, fueron las siguientes:

Sección I.—Anatomía.—Que el laboratorio de Fisiología humana, dirigido por el Dr. Pi Suñer, sea elevado por el Gobierno de S. M. á la categoría de Instituto Científico, en forma análoga al Instituto de Medicina Legal y de Radioactividad de la Universidad Central, al de Hidrobiología de Valencia y al Anatómico de Sierra, de Valladolid.

Sección IV.—(Subsección A.) Enfermedades del pecho.—Primero. Que es necesaria la creación de una enseñanza especializada de enfermedades del pulmón y corazón.

Segundo. Que debe cuanto antes procederse á organizar el primer centenario el 21 de Julio de 1919 del descubrimiento de la auscultación por Laennec.

Tercero. Significar al Gobierno de S. M. la necesidad de un presupuesto especial de cooperación para la lucha nacional contra la tuberculosis como enfermedad social.

Sección VII.—Paidopatía.—Primero. Se debe identificar la lucha antituberculosa mediante la creación de los sanatorios marítimos y de montaña que sean necesarios, y fundar numerosas escuelas al aire libre.

Segundo. Transformar las actuales deficientes Inclusas en Institutos de Maternología y Puericultura, atendiendo especialmente á la protección de los ilegítimos y de los hijos de las nodrizas.

Tercero. Establecimiento de la enseñanzas de Puericultura y Maternología en las Escuelas Normales de Maestros, y en cualquier otro Centro docente que se creyera necesaria.

Cuarto. Conviene instituir una Comisión de cultura hispana en todas las localidades pequeñas y en los barrios de las ciudades populosas, con autoridad bas-

tante para gobernar la educación física intelectual y moral de todos los niños españoles en defensa de la raza.

Quinto. Necesidad de que se practique en toda España la inspección médico-escolar, y que se haga sistemática su enseñanza en las Facultades de Medicina.

Sexto. Conveniencia de instituir el matrimonio eugénico, sobre todo en lo relativo á la tuberculosis.

Séptimo. Excitar á las autoridades para que se cumpla la ley de Protección á la Infancia.

Sección VIII.—Dermatología.—Primero. Que se cree una Liga contra la lepra en España.

Segundo. Que con el fin de perfeccionar la instrucción médica en lo que se refiere á las enfermedades venéreas y de la piel, las cátedras de la especialidad sean cubiertas en propiedad, previas las pruebas de rigor, con el fin de que dejen de ser cátedras acumuladas, á cargo de profesores dignísimos, pero no especializados en esta rama.

Tercero. Indicar al Gobierno, como resultado de los trabajos de esa Sección, el creciente aumento de las enfermedades venéreas y de las contagiosas de la piel, especialmente la lepra.

Sección XII.—Medicina legal.—Al determinar la responsabilidad penal de un agresor por lesiones, debe estudiarse su historia fisiopatológica, y en ella encontraremos su capacidad para delinquir, el peligro que presenta, sus inclinaciones nativas y otros elementos de su privativa individualidad, para graduar las fuerzas del delito por él cometidas, y la pena estará en armonía con las condiciones y el estado de su salud habitual.

Sección IX.—Oftalmología.—Primero. Que se solicite de los Poderes públicos una disposición que reglamente la venta de los cristales correctores de los defectos visuales, en el sentido de que los ópticos no puedan despachar los cristales sin la prescripción del médico oculista, única persona capacitada para ello.

Segundo. Que se solicite especialmente la reciprocidad de títulos profesionales, no concediendo el ejercicio de la Medicina á los médicos extranjeros en cuya nación no le sea concedido el mismo derecho á los españoles.

Sección XIII.—Odontología.—Primero. Pedir á los Poderes públicos la creación de la Inspección Dental Escolar oficial y obligatoria.

Segundo. Que se exija á los escolares el certificado del buen estado de sanidad de su boca, al igual que el de vacunación.

Tercero. Pedir á los Ayuntamientos que en la asistencia á los enfermos pobres se incluya la asistencia odontológica en sus tres aspectos: radical, conservadora y protésica.

Cuarto. Que se creen en Sanidad Militar los odontólogos militares para la asistencia del Ejército, bajo bases semejantes á las propuestas por la Federación Dental Internacional.

Sección XI.—Electrología.—Primero. Que por el Ministerio de la Gobernación se cataloguen los preparadores radionetivos existentes en España, y los que se

puedan obtener, con el fin de evitar que en las publicaciones relativas al empleo terapéutico de la radioactividad se diga nada que no sea la verdad científica.

Segundo. Que por el Estado se adquiriera radio en cantidad suficiente para preparar la medicación condensada que se pueda lograr.

Sección XVI.—Farmacia.—Primero. Que por la Real Academia Nacional de Medicina se proceda inmediatamente a la revisión y publicación de la nueva farmacopea oficial española.

Segundo. Que en virtud de lo dispuesto en las leyes se prohíba la introducción en España de todo medicamento químico definido que no ostente en los envases, cubiertas, precintos, etc., bajo la responsabilidad del introductor é importador, el nombre correspondiente á su constitución química y la forma de constitución, y alguna de ellas si tuviera varias.

Sección XV.—Medicina Militar.—Primero. En tiempo de guerra debe declararse obligatoria la cura radical de la hernia á todos los hombres comprendidos en la edad de permanencia en filas; desapareciendo como causa de inutilidad dicho proceso.

Segundo. Reconocida la importancia de la reeducación de los mutilados por todo género de procesos ó traumatismos, es de absoluta necesidad pensar en la creación de Centros técnico-mecánicos de reeducación, sirviendo para su desenvolvimiento los casos de accidentes del trabajo é inutilizados en el Ejército.

Tercero. Sería muy conveniente que por el Ministerio de la Guerra se estudie la manera de sostener en las dehesas militares el ganado necesario para garantizar el servicio de vacunación antivariólica del Ejército, pues los trabajos de Noguchi, reproducidos en nuestro Instituto de Higiene Militar, no han dado resultado satisfactorio.

Cuarto. Que se practiquen los ensayos y estudios convenientes para establecer una pauta psicofisiológica, á la que deberán sujetarse los dictámenes médicos en el diagnóstico de la *idiotex* y de la *imbecilidad* como causas de inutilidad en el Ejército, tanto al ingreso como durante el servicio en filas.

Sección XVII.—Veterinaria.—Primero. Que se haga extensiva á la clase veterinaria la colegiación obligatoria decretada para la clase médica y farmacéutica.

Segundo. La proyectada Asociación Nacional de Medicina se denomine Asociación Nacional de las Clases médicas.

Tercero. La *precipitación* es un buen procedimiento biológico para la diferenciación específica de albúmina animal.

Cuarto. La *anafilaxia* es procedimiento biológico más factible que la precipitación para la diferenciación específica de albúminas animales.

Quinto. La *fixación del complemento* es procedimiento utilizable para el mismo fin; pero no lo es en la diferenciación específica de las albúminas animales conservadas por el calor y por antisépticos ó en incipiente estado de alteración.

Sexto. Para la mayor certidumbre en la diferenciación específica de las albúminas de carnes y leche se

deberá recurrir, á ser posible, á los tres conocidos procedimientos biológicos.

Séptimo. Que en cada Laboratorio que se cree oficialmente sea designado un veterinario para los servicios técnicos de inspección de carnes y substancias alimenticias.

Sección XIV.—Enseñanza médica.—Primero. Que se considere de imprescindible necesidad la modificación de los actuales métodos de enseñanza, substituyéndolos por otros que produzcan médicos prácticos para el ejercicio profesional é investigadores para el laboratorio, y opina que debe existir un sólo título profesional, el de doctor.

Segundo. -Que es deseo vehemente de la clase que sean admitidos los médicos á concursar ú opositar todas las cátedras de Fisiología é Higiene, especiales ó no, de todos los Centros docentes de España, así como las de educación física de las Normales, y que debe crearse la cátedra de Medicina social y de Ontología médica.

Tercero. Que cree necesario la creación de un *Index medicus hispanus*, que se incorpore á la Bibliografía universal, siguiendo la clasificación de De Wey, conforme se propone en la ponencia de los doctores Pascual, Pi y Suñer y Marañón.

Cuarto. Que es de la más grande importancia la formación de una nueva ley de Sanidad, donde tengan su efectividad todas las ideas actuales sobre higiene social. Para la redacción de esta ley deberán ser oídos cuantos intervienen en la administración sanitaria del país.

Quinto. Que se solicite de la Superioridad se redacte un modelo de certificados de defunción oficial en el que se consignen los datos necesarios para que esté de conformidad con la nomenclatura internacional y que sea el único admitido por los registros civiles.

Sexto. Que condena enérgicamente la existencia de la Sociedad benéfica de médicos, botica y entierro, por perjudiciales á la salud pública, pidiendo su rápida desaparición, su sustitución por un seguro obligatorio contra la enfermedad de carácter amplio, y para cuya redacción deberá oírse á las Asociaciones médicas existentes.

Séptimo. Que debe establecerse una verdadera reciprocidad de títulos médicos con los otros países, y, en caso contrario, que se equiparen los requisitos exigidos para el ejercicio profesional de los extranjeros en España con el de los españoles en las respectivas naciones.

Octavo. Que deplora la situación actual de los médicos españoles, á quienes se adeudan grandes cantidades, y acuerda que se debe pedir con energía el pago de las cantidades que se deben á los médicos por el Estado, la Provincia y el Municipio.

Noveno. Que considera de necesidad urgente crear la Asociación Nacional de Médicos. Esta debe formarse por federación de Asociaciones, perfectamente autónomas, de distritos, siendo la organización ascendente de distritos á la provincia y de éstas á la región y á toda España, con directores de su seno respectivo, pero apartado de la vida política y con duración limitada en el cargo.

Los médicos chilenos.

Fué aprobada por unanimidad, y dice así en sus conclusiones, la proposición del Dr. Salas, cirujano del Ejército chileno.

«Someto al estudio del Congreso la indicación de hacer extensiva la labor científica de la próxima reunión a los países americanos de habla española, para aunar el esfuerzo de las mentalidades de todas las Españas y demostrar al mundo el valer de la reconstitución y unificación espiritual de los dominios en que jamás se pusiera el sol.»

Los médicos titulares.

El Congreso Nacional de Medicina, conocedor de las justas aspiraciones de los médicos, formuladas como «conclusiones» de las Asambleas celebradas en Enero último, las hace suyas y solicita de los Poderes públicos:

- 1.º Pago de los titulares por el Estado.
 - 2.º Que todos los titulares sean a su vez inspectores de Sanidad en sus respectivos distritos.
 - 3.º Que la Instrucción de Sanidad se convierta en ley, tal como está vigente y en lo que no se oponga a las presentes conclusiones.
 - 4.º Que se resuelvan sin tramitación dilatoria las concesiones de pensión a favor de las viudas y huérfanos de los médicos fallecidos víctima de la epidemia gripal, y que se hagan efectivos, equitativamente, los emolumentos de los médicos que han prestado asistencia por orden gubernativa en los pueblos epidemiados.
- El Comité de organización.

Asociación Médica Española.

Fué aprobada su creación bajo las siguientes bases:

- 1.ª Se crea la Asociación Médica Española, como Corporación permanente, Federación de Colegios y Sociedades de médicos, farmacéuticos, odontólogos y veterinarios de España.
- 2.ª Los fines de la Asociación son el fomento de los intereses científicos, morales y materiales de sus asociados.
- 3.ª La Asociación se reunirá en Congresos generales al menos una vez cada tres años, y cada vez en ciudad distinta de España.
- 4.ª La Asociación se dividirá en diez secciones, correspondientes a cada uno de los distritos universitarios. Las secciones tendrán completa autonomía para su funcionamiento y serán presididas por el presidente del Colegio de Médicos de la capital del distrito universitario.
- 5.ª Los presidentes de sección, con el presidente y secretario que se elijan, formarán la Junta organizadora y directiva de la Asociación y designarán las siguientes comisiones:
 - Primero. Organizadora del próximo Congreso.
 - Segundo. De previsión y seguros, que estudie y proponga sobre estos asuntos.
 - Tercero. De investigación científica.
 - Cuarto. De enseñanza.
 - Quinto. De reglamentos y estatutos.

6.ª Ante la imposibilidad de formular y discutir en la sesión de clausura del Congreso los estatutos y reglamentos de la Asociación, ésta adopta temporalmente los estatutos de la Asociación Médica Británica, que lleva más de treinta años de funcionamiento y que está constituida por la Federación de Sociedades médicas.

La Junta, constituida por los presidentes de Colegios de Médicos de las Secciones, será la encargada de interpretar aquellos estatutos y redactar el proyecto de reglamento definitivo para que sea votado en el próximo Congreso.

Lugar del próximo Congreso.

Se leyeron dos proposiciones, una de ellas abogando porque sea Valencia la ciudad donde se celebre el próximo Congreso, y otra proponiendo sea Sevilla.

El Sr. Calatayud defendió la primera, y el doctor Decref, la segunda.

Un congresista propuso que se confiase a la suerte la población en la que el próximo Congreso habrá de celebrarse.

Así se acordó, y madame Curie sacó a la suerte el nombre de la ciudad de Sevilla, que fué acogido con clamorosos aplausos.

Discurso del Dr. Gómez Ocaña.

El Dr. Márquez dió lectura al discurso del Dr. Gómez Ocaña, presidente del Congreso, discurso que no pudo leer el autor por encontrarse enfermo.

En dicho discurso, muy notable, se sintetizan los trabajos realizados por el Congreso, tanto en su aspecto médico como en su aspecto social, y se alude a los congresistas extranjeros, cuya labor se enaltece merecidamente.

Se tributa un saludo de despedida a todos los congresistas, y termina el discurso con un alentador viva a España.

Discurso del ministro de la Gobernación.

Al levantarse a hablar el Sr. Goicoechea fué acogido con grandes y continuados aplausos.

Comenzó saludando, en nombre del Gobierno, a los congresistas y sumándose a la labor del mismo.

Se ocupó de las especialidades, diciendo que ya no existen aquellos hombres mosaicos como Leonardo de Vinci y Goethe, que demostraron su talento en distintas ramas del saber humano.

Mostróse optimista acerca del porvenir de España, y trazó un cuadro del pasado para demostrar que nuestra Patria contribuyó al progreso de las ciencias.

Definió lo que debe entenderse por Sanidad pública, manifestando que está sometida a dos condiciones: a un poder fuerte y centralizado y a una ciudadanía fuerte y robusta.

El Congreso de Medicina que se ha celebrado —dijo— es un paso gigantesco en el progreso científico español, y debe perseverarse en él.

Aludió al Dr. Pi y Suñer, para quien se ha pedido una recompensa, comparándolo en su labor a Ramón y Cajal.

No hay que copiar del extranjero—dijo—, sino refugiarnos íntimamente en nosotros mismos, pues una labor callada, pero constante, es superior á los exhibicionismos.

La juventud debe ser educada en un deseo de ambición, no de ambición material, sino de un ideal científico.

Terminó exhortando á todos para que prosigan trabajando por los intereses de la Patria.

El Sr. Goicoechea, que estuvo muy feliz en su discurso, fué aplaudidísimo.

BANQUETE DE LA SECCIÓN DE PEDIATRÍA

Este banquete se celebró en el Hotel Ritz en la noche del día 23. Estuvo brillante; fué invitado y asistió á él el presidente del Congreso Dr. Gómez Ocaña. Se reunieron unos cuarenta comensales, reinando la mayor armonía. Ocuparon las presidencias, en el centro de la mesa, á un lado el presidente del Congreso Dr. Gómez Ocaña, teniendo á sus lados á los presidentes honorarios de sección Dr. Nogueras y doctor Sarabia, y al otro el presidente de la sección doctor Martínez Vargas, teniendo también á sus lados los presidentes de honor de la sección Dr. Hernández Briz y Dr. Suñer.

Al terminar el banquete el secretario doctor Romeo se levantó para dar las gracias al presidente de la sección Dr. Martínez Vargas por el acierto con que había presidido las sesiones y por los resúmenes de carácter clínico y práctico con que los había esmaltado. Después hizo uso de la palabra el Dr. Martínez Vargas con la brillantez que le caracteriza, hizo una enumeración de la brillantísima labor realizada por todos, ensalzando á la juventud médica que, libre de prejuicios y con trabajo propio, hicieron notables comunicaciones, y, finalmente, el presidente del Congreso, Dr. Gómez Ocaña, hizo una apología de nuestra patria diciendo que tenía fe en el porvenir de ella, dada la pujanza y esfuerzo de sus hijos, que los médicos habían dado una hermosísima muestra con su enorme trabajo, digno de ser admirado de propios y extraños. Todos los oradores fueron calurosamente aplaudidos, terminándose tan agradable reunión que dejará imperecedero recuerdo.

UNION MEDICA NACIONAL

Habiendo aprobado en su sesión de clausura el Congreso Nacional de Medicina recientemente celebrado, la creación de un organismo médico nacional que responda á las aspiraciones profesionales y á los progresos científicos de nuestra clase, en todas sus ramas, los individuos que componen el Comité ejecutivo de la Junta Central de la Unión Médica Nacional que fué nombrada en la sesión del 22 de Noviembre de 1914, celebrada en el Paraninfo de la Universidad Central, creen llegada la ocasión de dar por definitivamente terminado su cometido y disuelta aquella Junta, y con esto la de rendir cuenta al público médico de la recaudación que hizo durante los meses de Diciembre de 1914, Enero, Febrero, Marzo y Abril de 1915 (cuya cantidad se elevó á 1.575 pesetas) y de la inversión que se le ha dado.

EXTRACTO DE CUENTA DESDE SU CONSTITUCIÓN HASTA EL DÍA 30 DE ABRIL DE 1919

Pesetas.

INGRESOS

30 de Abril de 1919.—Importe de 315 cuotas de 5 pesetas cada una remitidas por los señores médicos adheridos á la Unión Médica Nacional, desde el mes de Diciembre de 1914 hasta el 5 de Febrero de 1916 y cuya relación fué publicada oportunamente en EL SIGLO MÉDICO (1)	1.575,00
TOTAL	1.575,00

GASTOS

8 de Marzo de 1915.—Por una corona dedicada á la memoria del Dr. Moliner	81,50
23 de Junio de 1915.—Al Sr. Bouillon, importe de las dietas correspondientes desde el día 15 al 19 del actual y la parte correspondiente á su billete de ferrocarril, según recibo	151,40
Al Sr. D. José Alós, importe de seis días de dietas y billete de ferrocarril en 2.ª clase de Alicante á Madrid, y viceversa, según recibo	193,00
A D. Nicasio Fernández, importe de las dietas correspondientes á los días del 1 al 18 del actual, según recibo	70,00
Abonado al señor secretario, por gastos de escritorio y correo desde el 5 de Diciembre de 1914 hasta el 23 de Junio de 1915, según recibo	27,20
15 de Mayo de 1917.—A D. José Alós, importe de gastos de billete y dietas del 12 al 16 del actual, según recibo	175,50
A D. Tomás Tobajos, importe de gastos de viaje de María de Huelva (Zaragoza) á Madrid y regreso y cuatro dietas, según recibo	158,50
A D. Nicasio Fernández, por dietas y gastos de viaje, según recibo	60,00
A D. José Bouillon, importe de gastos de viaje y dietas desde el 12 al 16 del actual, según recibo	170,35
Al taquígrafo, importe de sus honorarios en tres sesiones de la Asamblea y las cuartillas de traducción correspondiente, según recibo	75,00
	639,35
TOTAL	1.162,45

RESUMEN

Importa el total de Ingresos	1.575,00
Idem de Gastos	1.162,45
Existencia en Caja en esta fecha	412,55

Madrid, 30 de Abril de 1919.

Añadiremos breves observaciones para terminar.

1.º Que la cantidad recaudada fué remitida por 315 titulares, y que si no ascendió á más se debió á que el Comité ejecutivo acordó rogar á los médicos titulares no mandaran más cuotas, desde que vió que el total de las enviadas ascendían á cerca de 1.500 pesetas, con las cuales había más que suficiente para los gastos de dietas y viajes que se debían de satisfacer á los delegados regionales, y para los de secretaría.

(1) Números siguientes del año 1915: 2, 9, 16, 23 y 30 de Enero; 6, 13, 20 y 27 de Febrero; 6, 13, 20 y 27 de Marzo, y 3, 10 y 17 de Abril.

Esta Comisión procuró inspirarse siempre en el propósito de que los médicos hicieran el menor sacrificio posible de sus intereses y no se recaudase más que lo estrictamente necesario á los gastos acordados.

2.º Que de estos gastos no percibieron retribución alguna los vocales de la Junta central que residían en Madrid; y

3.º Que por virtud de este reparto de las 1.575 pesetas recaudadas recibieron las siguientes los señores delegados que á continuación se expresa:

D. José Alós Isidro, de Altea (Alicante), 368 pesetas.

D. José Boullón Cabezudo, de Morata de Jiloca (Zaragoza), 321,75 ídem.

D. Tomás Tobajas, de María (Zaragoza), 158 ídem.

D. Nicasio Fernández, de Torrejón de Velasco (Madrid), 130 ídem.

Es decir, más de las dos terceras partes.

La corona para el Dr. Moliner y la secretaria solamente gastaron 108,50.

Queda ahora un remanente de 412,55, el cual tendrá la Administración de EL SIGLO MÉDICO hasta que el nuevo organismo médico nacional se constituya y pueda recibirlo.

Madrid, 30 de Abril de 1919.—El vicepresidente del Comité ejecutivo y Tesorero, *Angel Pulido*.

Relación de las pensiones concedidas á las viudas y huérfanos de facultativos durante la epidemia de gripe.

Almería.—Cantoria: D.^a María Cerrillo Sánchez, viuda de D. Eduardo Carrillo, M. T.—Gálor: D. Luis María Duque, huérfano de D. José Ibáñez Coca, íd.

Alicante.—Bausá: D.^a Enriqueta Gutiérrez, viuda de D. José María Torres, íd.

Avila.—Mufiosancho: D.^a Aurora López Nava, viuda de D. Francisco José Sánchez, A.

Burgos.—V. del Pinar: D.^a María Carmen Herrero, viuda de D. Tomás García, íd.—Vallanércanes: D.^a Crescencia Anguiano, viuda de D. José Zaldívar, íd.—C. de Murcia: Doña Prudencia Santamaría, viuda de D. José Mallol, íd.

Ciudad Real.—B. Calatrava: D.^a Adelaida Cañizares, viuda de D. José Araujo, A.—Cabezarados: D.^a María Dolores Devesa, viuda de D. Arturo Patiño, íd.

Coruña.—Zás: D.^a Esperanza Osende Botana, viuda de D. Gonzalo Romero, íd.—Narón: D.^a Mercedes Tomasi, viuda de D. Francisco Cabreiros, íd.

Córdoba.—Luque: D.^a Ana Jiménez, viuda de D. Alberto Polo, íd.

Cuenca.—Leganiel: D.^a Isabel Sánchez, viuda de D. Felipe Casado, íd.—A. del Rey: D.^a Teresa Valdecabras, viuda de D. Cayetano Pollo, íd.

Gerona.—S. Lorenzo: D.^a Leonor Molinet, viuda de don Eduardo Pont, íd.

Guadalajara.—Cifuentes: D.^a Elisa Cuesta, viuda de D. Luis E. Percy, íd.

Lérida.—Tuirana: D.^a María Solé, viuda de D. Ramón Abach, A.

León.—Riello: D.^a Julia Chapado, viuda de D. Heliodo-

ro Hidalgo, íd.—Molinaseca: D.^a María Pía Gavilanes, viuda de D. Camilo Rodríguez, íd.

Logroño.—Calahorra: D.^a Manuela Espinosa, viuda de D. Jorge Martí, íd.—Jubera: D.^a Aniana Martínez, viuda de D. Manuel Santander, íd.—Viniestra: D.^a Aurora Fernández (Hijos de), viuda de D. Eusebio Tejerizo, íd.

Lugo.—Abadín: D.^a Elisa López, viuda de D. Pedro Arrillo, íd.

Orense.—María del Bollo: D.^a Elisa Paz, viuda de don José M. Becerra, íd.—La Mezquita: D.^a Petra Alvarez, viuda de D. Francisco Rodríguez, íd.

Oviedo.—Parres: D. Francisco Candena, huérfano de D. Francisco Candena, íd.—Pola Siero: D.^a María Eugenia Mata, viuda de D. Luis Gavilanes, íd.

Palencia.—Palencia: D.^a Luisa Sanz, viuda de D. Severino del Mazo, íd.

Pontevedra.—Rosal: D.^a Encarnación Rivas, viuda de don Teodoro Rubio, íd.—Goyan: D.^a Consuelo Romero, viuda de D. Venancio Peón, A.

Salamanca.—Cabeza F.: D.^a María Consuelo Pérez, viuda de D. Santiago Hernández, íd.—A. de Bovedas: D.^a Eufenia Iglesias, viuda de D. Arturo Juárez, íd.

Santander.—Valdeolea: D.^a María Dolores de la Fuente, viuda de D. Pascual Martín, farmacéutico.

Segovia.—Segovia: D.^a Enriqueta Mauro, viuda de D. Julián Grimau, M. T.—Olambradas: D. Juan Escolar (inútil).

Valencia.—Vallada: D.^a Felicidad Barberá, viuda de don Vicente Talenso, M. T.—Algar: D.^a María Campillo, viuda de D. Luciano Moraleda, íd.—Valencia: D.^a Carmen Patells, viuda de D. Mariano Serrano, íd.

Valladolid.—Olmedo: D.^a Francisca Gimeno, viuda de D. Pedro Cebrián, íd.—Cogeces: D.^a Agustina Gamarra, viuda de D. Paulo Jesús Gutiérrez, íd.

Zamora.—Morales V.: D.^a Paula Hernández, viuda de D. Carlos Enriquez, íd.—Fresno de S.: D.^a Blanca Bernardo, viuda de D. Vicente Hernández, íd.—M. de los Infantes: D.^a Bernarda Argüello, viuda de D. Félix Gitriama, íd.

Zaragoza.—Novillas: D.^a Carmen Andrés Lorón, viuda de D. Pedro Abaldas, íd.—Lotrix: D.^a María Rosario Aguado, viuda de D. Félix A. Arribas, íd.—V. de Huerva: doña Emilia Oscoz, viuda de D. Orencio Ambroj, íd.—Buvierca: D.^a Catalina Fornies, viuda de D. Casiano Sierra, íd.—La Almunia: D.^a Milagros Uribe, viuda de D. Fernando Gómez, ídem.

En esta relación no se incluyen los expedientes de pensión denegados, ni las concedidas a los Subdelegados de Sanidad en concepto de jubilación.

El Jefe del Negociado, *Leandro Valdés* (Rubricado).

Pensiones concedidas á Subdelegados de Sanidad.

Alava.—La Guardia: D. Hermenegildo de Lera López, subdelegado de Farmacia.

Baleares.—Palma: D. José Robert Tobrá, íd. íd.

Ciudad Real.—Almadén: D. José Muñoz Puebla, íd. de Veterinaria.

Córdoba.—Rute: D. Rafael Llamas, íd. íd.

Jaén.—Linares: D. Cayetano Rodríguez Santoyo, íd. de Farmacia.

León.—M. de Paredes: D. Manuel García del Palacio ídem íd.

Madrid.—Madrid: D. Fernando Beloso Lucas, íd. íd.

SIL-AL

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

Oviedo.—Cangas de Tineo: D. José Rodríguez Araujo, id. de Veterinaria.

Pontevedra.—Tuy: D. Juan Aréres Alonso, id. de Farmacia.

Sevilla.—Lora del Río: D. Rafael Fernández Orellana, id. de Veterinaria.

Tarragona.—Valls: D. Rafael Ollerux Pons, id. de Farmacia.—Vendrell: D. Lorenzo Arbós, id. id.

Zaragoza.—Zaragoza: D. Agustín Ibáñez Yanguas, id. de Medicina.

Denegadas.

Almería.—Níjar: D.^a Rafaela Blanco, viuda de D. Amós García, M. T.

Badajoz.—Llerena: D. Felipe Peña Díaz, subdelegado de Farmacia.—Don Benito: D. Ubaldo Alvarez, id. de Medicina.

Castellón.—Jericó: D.^a Consuelo Vives Abad, viuda de D. Enrique Gargallo, médico.

Guadalajara.—Sigüenza: D.^a Isabel Benito Pérez, viuda de D. Vicente Veria, subdelegado de Veterinaria.

Palencia.—Baltanás: D.^a Eusebia Espina, viuda de D. Salvador Caberudo, subdelegado de Farmacia.

Segovia.—Santa María de Nieva: D. Víctor Escudero, idem de Veterinaria.

Toledo.—Lucillos: D.^a Manuela Gómez, viuda de don Saturnino Llave, id. de Veterinaria.—Ocafia: D.^a Margarita Huelves, viuda de D. Luis Lorenzo, M. T.

Valencia.—Mogente: D.^a Dolores Munzuri, viuda de don Saturnino Santos, farmacéutico.

CONFERENCIAS DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Un caso de quiste hidatídico retrovesical.

El Sr. FOLCH GUIMERÁ.—En las conferencias de carácter clínico tan acertadamente comenzadas por mis queridos compañeros Sres. Lahoz y Corrales, y que á no dudar serán por vosotros continuadas con idéntico lucimiento, forzosamente siendo labor común había de haber partes con un inegable demérito, una de ellas la que yo realicé.

El caso clínico que en la sesión de hoy tengo el honor de exponeros, es interesante bajo tres aspectos: por ser un quiste hidatídico primitivo, localizado en fondo de saco peritoneal de Douglas, por indicarnos el camino á seguir para hacer el diagnóstico en otro caso semejante, y por la inapetencia para las grasas que este enfermo presentaba á pesar de no asentar el quiste hidatídico en el hígado.

Hechas estas manifestaciones á modo de preámbulo, voy á leer la historia para después hacer las consideraciones que sean del caso.

Historia.—J. I. M., de cincuenta y dos años, casado, natural de Santisteban, provincia de Jaén, y de profesión ganadero.

Como antecedentes hereditarios sólo tiene de particular que tuvo una hermana que murió á los cuarenta años á consecuencia de habersele formado un tumor en el hígado que le duró dos años, manifestando que perdió muy poco las fuerzas, el peso, el color. Murió en cinco días al cabo de aquel tiempo, no dando pormenores de su muerte por no estar él delante. Creo que esta hermana debió morir de un quiste hidatídico supurado en el hígado.

Los demás antecedentes hereditarios carecen de interés. Como antecedentes personales, manifiesta que siempre

gozó de buena salud, y que de enfermedades sólo ha tenido viruelas á los ocho años, y dos ó tres veces paludismo. Siempre ha comido y bebido con buen apetito y bien.

Referente á su vida como ganadero que era, comía en el campo con el ganado y perros que tenía para su guardia, manifestando que á pesar de estar con ellos, nunca dió á lamer á estos animales las cacerolas y platos con que comía, limpiando dichos utensilios después de comer, dejándolos boca abajo, encima de la hierba ó de algún tronco. Tenía asimismo botijo para beber que dejaba encima de la hierba ó de algún tronco, en el lugar donde descansaba.

Estas particularidades de su vida son para mí muy importantes, y por esto las expongo con algún detalle, porque como después veréis, servirán para explicar cómo se pudo producir la infección en este individuo.

Enfermedad actual.—Manifiesta el enfermo, que hace un año que empezó á notar fatiga al trabajar, y que cuando comía tenía mucho malestar que le duraba dos ó tres horas, y que se le hinchaba el vientre. A raíz de estas molestias, y á pesar de que antes le gustaban las grasas, empezó á sentir repugnancia por ellas, además de que no podía comerlas porque le producían diarrea, notando que en la deposición había como gotas de aceite. También le repugnó el vino, dejando de beberlo.

Cuando tenía diarrea hacía cuatro ó cinco deposiciones diarias, y si en vez de comer, solo tomaba leche, se le calmaba con algo el malestar que siempre tenía. Algunas veces ha tenido dolor en las caderas. Ha orinado siempre bien, con la orina de aspecto normal.

Hace dos meses que estando en su pueblo se purgó «para ver si se le pasaba la diarrea» y con la deposición que hizo expulsó, y lo manifiesto tal como lo dice el enfermo «unas bolas blancas, como si fueran huevos sin cáscara». A raíz de pasarse esto se mejoró un poco, pues comía mejor, con más apetito, siendo el malestar menor, pero seguía con pocas fuerzas, viniendo á la consulta que el Dr. Blanc tiene en este Hospital.

Exploración.—Por inspección se nota un poco de palidez en la cara, pero su estado general es bueno, teniendo en cuenta que lleva un año enfermo.

Por palpación no se encuentra nada anormal en el abdomen, pero introduciendo mucho la mano en la pelvis por detrás de la sínfisis pubiana se nota una tumoración. Esta tumoración se nota muy bien por tacto rectal, teniendo como caracteres de que es un tumor regular, liso y teniente, no causando ningún dolor al enfermo cuando se toca.

Después de diagnosticado de quiste hidatídico retrovesical, se le hizo la prueba de fijación del complemento ó reacción de Weinberg que resultó positiva, presentando además en un análisis de sangre eosinofilia.

¿Cómo se llegó al diagnóstico en este enfermo? Antes que contestar á esta pregunta, debo manifestar que el síntoma de haber expulsado en una deposición hidátides, ya que evidentemente esto eran las cosas que el enfermo manifestaba se parecían á huevos sin cáscara, lo dijo cuando ya estaba diagnosticado, viniendo este síntoma capital junto con el Weinberg y la eosinofilia á dar la razón al diagnóstico hecho.

Hecha esta aclaración previa, voy á manifestaros cómo se llegó al diagnóstico sin aquellos datos.

Ante todo debemos pensar que tenemos delante un enfermo cuyo oficio es ganadero y que pasa su vida en el campo entre perros y ganado, es decir, los principalmente

TOLUDEN
Pelrid's C.^o

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno Bals Peruriano, tolueno, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, Sitges (BARCELONA).

encargados de producir la equinococia en el hombre, los primeros como portadores directos del germen y los segundos como medio de infección de los primeros, tanto que Deve ha dicho que la equinococia de un país no está en razón directa al número de los perros, sino á la frecuencia de la equinococia del ganado.

Además de su condición de ganadero, es un paciente que á pesar de sentirse enfermo desde hace un año, y con un proceso tumoral, su estado general es bueno, y, por lo tanto, impropio del estado que tendría si tuviera un proceso tumoral maligno que llevara aquel tiempo, y en este lugar debo manifestar que siempre que se vea á un individuo con un tumor y con buen estado general, á pesar de llevar tiempo enfermo, siempre digo que debe pensarse en quiste hidatídico.

La inapetencia y la repugnancia que este enfermo sentía para las grasas, es otro síntoma, á pesar de que los autores lo citan como síntoma de quiste hidatídico de hígado; pero esta inapetencia para las grasas que este enfermo sentía, á pesar de no asentar el quiste en el hígado y considerando que muchos enfermos de estos no la presentan, ¿no podría ser debida á que los venenos del quiste sean una ptomaina ó una toxoalbúmina, tuvieran una acción, además de la general, otra especial para el hígado que modificara su funcionamiento?

Todo lo anteriormente dicho, más los caracteres del tumor, son los motivos por los cuales se diagnosticó el quiste hidatídico.

Llegados al diagnóstico, voy á hablar de cómo se pudo producir la infección en este individuo; pero primero hablaré algo, de una manera esquemática, de quistes hidatídicos, ya que la premura del tiempo no da para más.

Todos sabéis que los quistes hidatídicos son producidos por un cestode, por la tenia echinococcus, tenia la más pequeña que se conoce, pues tiene cinco á seis milímetros de longitud por medio de anchura. Consta de tres anillos, siendo el último el portador de los huevos en número de unos 500, llevando cada huevo el embrión exacanto, desprendiéndose dicho anillo cuando llega á su completa madurez. La cabeza de la tenia presenta cuatro ventosas y una doble cadena de ganchos.

Tiene esta tenia como residencia habitual el intestino del perro, saliendo mezclados los huevos y, por ende, los embriones exacantos con las deposiciones de aquel animal. Estos se infectan de dos maneras, ó bien comiendo restos de órganos que lleven quistes hidatídicos del ganado (perros de los mataderos), infectado, á su vez, por haber comido hierba con embriones exacantos, ó bien por comerse los perros sus propios excrementos, cosa muy frecuente en ellos.

El hombre se infecta siempre, ó bien por comer en platos que hayan lamido los perros, por dejarse, principalmente los niños, lamer los labios por los mismos, por comer verduras crudas que lleven huevos de tenia, ó por el agua.

(Se continuará.)

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN CIRCULAR

Ilmo. Sr.: La Inspección general de Sanidad, con fecha de hoy, dice á este Ministerio lo que sigue:

«Excmo. Sr.: Se hace necesario una vez más insistir

acerca del objeto que persiguen los Sanatorios Marítimos Nacionales de Oza (Coruña) y Pedrosa (Santander), y de los medios convenientes para que se realice el fin con que fueron creados.

En estos Sanatorios este año, y merced á no haberse normalizado las circunstancias que lo exigieron, las cuotas serán de 2,50 pesetas por plaza y día para los de estancia temporal, y de 3 pesetas, también por plaza y día, para los de estancia indefinida ó hospitalizados.

Y con objeto de que en ningún caso se desnaturalicen los fines á que obedeció la creación de estos Sanatorios, la Inspección general de Sanidad tiene el honor de proponer á V. E. se digne aprobar las reglas siguientes:

1.^a Serán de cuenta de las Corporaciones, particulares, etcétera, todos los gastos de viaje y manutención de los niños, á razón de 2,50 pesetas por plaza y día para los de estancia temporal, y de 3 pesetas para los de estancia indefinida ó hospitalizados, así como su vestuario personal, y de cargo del Estado aquellos otros de personal médico, pedagógico, administrativo y de servicio, como también lo son los de conservación de edificios, material de enseñanza, ropas de cama y de aseo y servicio de cocina y comedor.

2.^a Aconsejando la experiencia abreviar trámites en lo que respecta á la organización de expediciones á los Sanatorios Marítimos Nacionales, las entidades, Corporaciones, particulares, etc., que deseen llevar niños á los mismos, solicitarán el ingreso hasta el 15 de Mayo próximo directamente de los directores de estos Establecimientos, entendiéndose con aquéllos para todo lo relacionado con la fecha de ingreso, abono de estancias, etc., poniendo dichos directores en conocimiento de la Inspección general de Sanidad todo lo resuelto concerniente á este particular; y

3.^a Quedan en vigor todas las demás reglas establecidas por la Real orden de 26 de Marzo de 1917, en lo que no se oponga á las de esta disposición.»

Y conformándose S. M. el Rey (q. D. g.) con el preinserto informe de la Inspección general de Sanidad, se ha servido resolver como en el mismo se propone.

De Real orden lo comunico á V. I. para su conocimiento y demás efectos.

Dios guarde á V. I. muchos años, Madrid, 19 de Abril de 1919.—Goicoechea.— Señores gobernadores civiles de todas las provincias.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,3; mínima, 700,0; temperatura máxima, 21,2; id. mínima, 5,0; vientos dominantes, NNE. E. NE.

Durante la semana que termina han ocurrido muy pocas variaciones en la salud pública: son muy frecuentes los catarrros benignos en los órganos respiratorios y siguen disminuyendo las inflamaciones de carácter infeccioso de los mismos. Se registran aún casos de gripe de localización mal determinada en el aparato digestivo y en el sistema nervioso periférico.

La mortalidad continúa disminuyendo.

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

Crónicas.

Los estragos de la gripe.—Recientemente se ha venido ocupando la prensa de unos datos recibidos de Bruselas dando cuenta de los estragos producidos por la epidemia gripal en el Congo belga.

A la interminable suma de víctimas producidas por esta epidemia hay que añadir otra cifra y no pequeña. Según los informes oficiales, han muerto en aquella sola región más de 500.000 negros.

Las epidemias en Rusia.—Por si fuesen pocos los males que este país viene sufriendo desde su intervención en la contienda mundial y últimamente desarrollando una de las revoluciones más sangrientas, las epidemias han invadido los centros mayores de población, llegándose a registrar desde el 15 de Febrero hasta el 15 de Abril en Moscú y en Petrogrado 169.893 casos de fiebres malignas y 5.559 casos de viruela negra.

Las medidas adoptadas para combatir estos males son de lo más enérgicas, y en evitación de que el miedo pudiese alejar dichos focos a los elementos útiles para combatirlos, se ha publicado un decreto prohibiendo a los médicos y a los practicantes el salir de Moscú.

Las últimas noticias recibidas de Helsinforge a este respecto dan cuenta de que durante la pasada semana han fallecido en Petrogrado, víctimas de su deber, 29 médicos.

El Comité femenino de Higiene Popular y Sofia Casanova.—Con el fin de rendir un merecido homenaje a su ilustre fundadora Sofia Casanova, el martes pasado se reunieron en el Ministerio de la Gobernación el Comité femenino de Higiene Popular y numeroso y distinguido público.

Presidió el acto la homenajada en compañía de las señoras de Tolosa Latour, Verdes Montenegro y del Dr. Martín Salazar.

La presidenta, señora de Tolosa Latour, leyó un interesante trabajo enalteciendo la personalidad ilustre de Sofia Casanova y encareciendo la importancia de la misión educativa de la mujer en lo que a la Higiene se refiere.

El Dr. Martín Salazar, con gran elocuencia, se expresó en análogos términos.

La ilustre dama, muy emocionada, dió las gracias en términos de gran cariño para las señoras que componen el Comité.

Acto seguido comenzó la colocación de insignias a las enfermeras y le fué entregado a doña Elisa Mendoza de Tolosa Latour el título de vicepresidenta de honor.

El homenaje por su sinceridad en el afecto y simpatía con que se ofrecía, resultó un acto brillante y que debió regocijar hondamente a la culta escritora.

En memoria de San Martín y Alonso Sañudo.—Los médicos que terminaron su carrera en los años 1903 y 1906 acudieron el miércoles último a depositar unas flores ante el monumento del Dr. San Martín, en el paseo del Botánico, y pasaron luego por la casa donde vive la viuda del Dr. Alonso Sañudo a dejar tarjeta.

Estos actos en memoria de los llorados maestros fueron acordados en el banquete en que se reunieron el día 28 ambas promociones.

El número de los antiguos alumnos fué muy crecido a pesar de las ausencias y sensibles pérdidas, y la delicadeza del homenaje digno de quienes le ofrecían y de las personalidades a quienes se tributaba.

La epidemia de rabia.—En uno de nuestros últimos números dábamos cuenta de la elevada cifra de las personas mordidas por perros rabiosos en la provincia de Murcia.

Ultimamente ha llegado a nuestro conocimiento por la prensa diaria, que en Londres se encuentran en la misma situación, habiendo sido necesario adoptar medidas muy enérgicas en evitación de que se extienda lo que oficialmente se ha declarado epidemia a los centros de población próximos.

La responsabilidad que se les exige a los propietarios de perros es enorme y las condiciones para que puedan continuar teniéndolos en sus casas, de tal índole, que solo aquellas personas para quienes estos animales son indispensables los conservan.

Es de suponer, aunque de ello nada sabemos, que en Murcia se habrán tomado medidas parecidas.

Viaje.—Nuestro director, D. Carlos María Cortezo, sale hoy viernes 2 con dirección a París, donde permanecerá durante *La semana española*, por formar parte del Comité de aproximación franco-español.

Nuevo redactor.—Tenemos la satisfacción de anunciar a nuestros lectores que desde el próximo número entra a formar parte de nuestra Redacción el ilustrado y prestigioso joven Dr. Sanchiz Rantús, quien principalmente se encargará de la sección de información científica y de Bibliografías. El justo renombre que rápidamente ha sabido adquirir el nuevo médico del Hospital Provincial de Madrid, es una garantía de los excelentes servicios que prestará a la Ciencia en nuestra revista, al propio tiempo que una nueva prueba del espíritu de renovación que en la misma viene tradicionalmente sosteniéndose.

Madame Curie, condecorada.—Por iniciativa de uno de los órganos de la opinión de más representación de Madrid, el ministro de Instrucción Pública ha puesto a la firma del Rey un decreto concediendo la gran Cruz de Alfonso XII a la ilustre sabia que con motivo del I Congreso Nacional de Medicina nos ha honrado con su visita.

La distinción que se hace a la colaboradora y viuda de Pedro Curie, a su continuadora en la cátedra de la Sorbona, a la autora de *El Polonio* y *El Radium*, su descubrimiento por los rayos de Becquerel, de *Ensayos sobre las substancias radioactivas*, del *Tratado de radioactividad*, etc., no puede ser más merecida. Su fama mundial, su consagración por el premio Nobel y el aplauso unánime con que ha sido acogido el acto de S. M. garantizan el acierto y la justicia de la distinción que se hace a nuestra ilustre visitante.

Nombramiento.—En virtud de concurso de traslación ha sido nombrado catedrático numerario de Patología quirúrgica con su clínica de la Facultad de Medicina de Valencia, don Pedro Tamarit y Olmos, que actualmente desempeñaba la cátedra de Anatomía topográfica y operaciones de la Facultad de Medicina de Sevilla.

Consultas públicas.—El Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia (Tutor, 36), ha realizado durante el pasado mes de Marzo 1.381 asistencias, admitiendo 296 enfermos de nuevo ingreso y rechazando a 73 por no ser tuberculosos ni pobres.

Se han aplicado 1.657 inyecciones hipodérmicas, tónicas iodorradiol, cuerpos inmunizantes de Spengler y sueros.

Se hicieron tratamientos por radioterapia e investigaciones con rayos X, a varios enfermos, suministrándose 13 cursos ortopédicos, y desinfectándose 308 prendas por medio de los vapores de formaldehído.

Por la señora presidenta del Ropero de Santa Rita de Casia se repartieron entre 11 tuberculosos 66 prendas de vestir, camas completas, cochecitos de mano y muletas.

Han sido pagados los medicamentos a los enfermos más necesitados, así como entregados algunos donativos en metálico por los señores profesores del Dispensario.

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de oel con **CREOSOTAL**

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO 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.