

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Indicaciones causales de la crisis ó constitución, por el Dr. Camilo Calleja. — Concepto anatómico patológico moderno de la sífilis, por el Dr. José Luis Carrera. — Cosas del siglo pasado: Un documento del año 1884. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — La Beneficencia guiada por la ciencia. — Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina por el Dr. Cesáreo. — Sociedad Española de Higiene. — Conferencias del hospital de la Princesa. — Sección oficial: Ministerio de la Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Indicaciones causales de la crisis ó constitución

POR EL

DR. CAMILO CALLEJA

(CONTINUACIÓN)

2) INDICACIONES DE LOS CAMBIOS AUTÓGENOS DE LA INGESTA (DISTREFOSEA) PARA EL TRATAMIENTO DE LA CRISIS Ó CONSTITUCIÓN.

La ingesta comprende el conjunto de medios para satisfacer el segundo género de indicaciones eucrásicas (ó sean las indicaciones eutrefósicas), incluyendo el uso de los medicamentos como reconstituyentes.

La primera parte del tratamiento eucrásico, es decir, del que pertenece á las indicaciones del ambiente autógeno ha sido objeto del artículo anterior.

La prescripción de la ingesta ha de variar según las enfermedades especiales, ó de orígenes extraños (heteronosis), cuando coexisten con ó complican á la crisis; pero dichas variaciones no corresponden al tratamiento propio de la crisis, sino á la terapéutica especial de las enfermedades exógenas.

Aquí únicamente hemos de ocuparnos en las indicaciones del régimen y de los fármacos como reconstituyentes para el tratamiento de la crisis pura.

No hemos de agotar la materia, y nada hemos de decir de lo que sea de sentido común, y, que, corriente-

mente, sea aceptado por la generalidad. Solamente hemos de exponer algunas consideraciones sobre aquellos puntos que son problemáticos, y en los que mi opinión se halla en desacuerdo con el criterio corriente.

Las indicaciones de la ingesta (ó eutrefósicas) no pueden ser objeto de reglas generales; sin embargo, el conocimiento de algunos principios fundamentales de biología puede auxiliar mucho para iniciarse pronto en la individualización del régimen alimenticio y en la prescripción de los medicamentos que se utilizan como eucrásicos, es decir, para el tratamiento de los enfermos en los cuales se ha diagnosticado que padecen solamente la enfermedad constitucional que llamamos crisis.

Es indudable que la experiencia propia es para este fin de un valor más extraordinario que quizás en ningún otro punto de la Medicina; pero para que la experiencia de los médicos incipientes dé pronto un fruto sazonado, no basta con el buen criterio natural, aunque puede servir de mucho para no dejarse llevar de exageraciones, modas ó rachas caprichosas. La prescripción dietética no se llenará con los mismos recursos en cantidad y calidad en todos los casos, sino que habremos de individualizar la prescripción, según la escasez ó falta de principios constitutivos que haya en el individuo, por haber sido la reparación de ellos insuficiente.

Han de tenerse presente al formular la prescripción alimenticia—ó dietética—los cuatro puntos siguientes: 1.º, *qué* alimentos se han de dar, y cuáles *no* se han de dar; 2.º, *cuánto* se ha de dar; 3.º, *cómo* se han de dar, y 4.º,

cuándo se han dar, es decir, á qué horas y á qué intervalos. El «qué» y el «cuánto» son los que se han de prestar á consideraciones más importantes en el tratamiento de las crisis. Para instituir las reglas del régimen, es preciso conocer de antemano condiciones ó circunstancias que se refieren al valor nutritivo ó reparador de los alimentos y á las condiciones individuales que hacen variar las necesidades de la alimentación; mas no es nuestro objeto aquí dar un curso de fisiología é higiene sobre estas cuestiones, y solamente habremos de referirnos á ellas para rectificar algunas inexactitudes muy corrientes.

Para prescribir la ingesta (*eutrefósica*) hay que tener en cuenta las desproporciones alimenticias (*distrefosia*) en que haya incurrido el sujeto desde dos puntos de vista; uno es la desproporción entre los diversos componentes de la alimentación; y el otro, es la desproporción entre la cantidad ingerida y las necesidades del individuo. Desde el primer punto de vista tenemos que diferenciar los alimentos en plásticos (ó *PLASMO-TREFOS*), energéticos (ó *ENERGOTREFOS*) y reguladores (ó *DIORTOTREFOS*). A estos últimos pertenecen los fermentos, los hormones y las vitaminas.

Las indicaciones alimenticias ó dietéticas de la crisis han de ser, en términos generales, lo contrario de las desproporciones en que haya incurrido la persona con la ingestión de sustancias para su sustento; así, contra la gula, abstinencia, y viceversa. Pero hay que ampliar el concepto corriente de la ingesta incluyendo en ella también las prescripciones de fármacos cuando se usan como reconstituyentes ó eucrásicos. Calcular la cantidad de alimentos que debe prescribirse á cada individuo, por razón de más ó de menos, y también la proporción de cada uno de los diversos ingredientes alimenticios es importantísimo para decidir la prescripción dietética. Por ejemplo, á los sujetos que habitualmente hayan comido poco será muy razonable aumentarles el pábulo reparador con aquello de que carecen, y en proporción á la escasez que tuvieran. Esto exige un detenido interrogatorio para averiguar la alimentación de que viene haciendo uso el sujeto, lo cual suele omitirse por muchos.

No hay que extralimitarse en la indicación del régimen reconstituyente; ha de ser justa, atenderla con moderación, y sin inclinarse sistemáticamente demasiado de un lado ni de otro. Además, las indicaciones de superabundancia y de escasez alimenticia no han de referirse siempre y necesariamente á todos los ingredientes que entran en la alimentación normal é integral, sino á aquellos que hayan sido ingeridos desproporcionadamente, ya sea por razón de más ó de menos. Pero en los casos de miseria alimenticia total, como sucede cuando escasea la leche durante la lactancia, ó los alimentos oportunos en el momento del destete, ó también frecuentemente con las convalecencias de enfermedades que no han permitido casi alimentarse, la indicación ha de ser integral, comprendiendo en la medida regular los tres géneros de alimentos: plásticos, energéticos y reguladores, sin olvidar entre estos últimos los minerales constitutivos, los hormones, los

fermentos normales, ni tampoco las vitaminas. (Todos estos corrientemente se catalogan como medicamentos de la farmacia.) En suma: se compondrá la dieta para corregir la inanición ó atrefoxis, de todas las sustancias que integran la constitución.

Las afecciones de las desproporciones alimenticias (es decir, las *DISTREFOSIAS*), suelen complicar la situación determinada por el mal ambiente (automefitismo), sobre todo cuando además se hace una vida sedentaria (aponosia).

Efectivamente, entonces los daños morbíficos de las deficiencias de ventilación y soleación se agravan con el exceso de abrigo y de alimentos, especialmente de sustancias ricas en proteínas, las cuales hacen mucho más daño cuando á las faltas mencionadas se une la insuficiencia de ejercicio corporal.

Esta indicado en todo el mundo prescribir una proporcionada alimentación (*eutrefósica*), porque jamás se nos presenta persona alguna que no cometa transgresiones mayores ó menores en el régimen de sustentación, ya sea por ingerir más ó menos pábulo en su totalidad, ya sea por ingerir en proporciones indebidas los diversos géneros de sustancias reparadoras: proteidos grasos, hidrocarbonados y reguladores normales ó autógenos que ya se han mencionado. Entre estos últimos figuran los medicamentos llamados reconstituyentes, como son el hierro, el manganeso, los alcalinos y alcalinotérreos (mayormente los de calcio), el fósforo, el azufre, el arsénico, el iodo, etc.; pero todos ellos á la dosis reparadora, *que es la mínima*. A la par que los llamados vulgarmente alimentos, está indicado en las discrasias intensas proveer al organismo de más ó menos cantidad de dichos fármacos para la reconstitución mineral, ó como se suele denominar, para la remineralización de la economía. Esto se realiza por medio del condimento culinario por excelencia (la sal) y también por medio de los medicamentos fármacos enumerados, al no ser suficientes los que contienen de tales elementos las sustancias alimenticias naturales. Pero las prescripciones de fármacos que se han de usar para el mejoramiento de la crisis difieren muchísimo según la variedad de crisis y según la edad.

Para el régimen ha de tenerse muy presente que cuando se hayan ingerido deficientemente las sustancias reguladoras ó diortósicas, como las vitaminas, pueden acarrear desórdenes de nutrición que se corrigen sin más que ingerir las gramíneas con sus cubiertas, en vez de privarlas de ellas, como se hace frecuentemente en la preparación de dichos frutos para utilizarlos como alimentos. Así, por ejemplo, en los países donde el arroz es casi el alimento exclusivo, al comer éste descascariado ó mondado, como generalmente sucede, se produce muchas veces el beri-beri, y hemos de inferir que cuando se use, no solamente el arroz, sino también otros alimentos, si éstos compensan la falta de vitaminas de aquél, no se llegará á producir el beri-beri; pero cuando sea deficiente la asimilación, se pueden producir el escorbuto, la pelagra, etc., y entonces será muy oportuno tomar otro alimento complementario, verbigracia: la avena contundida, ó legumbres con sus cu-

biertas, huevos, etc. Esto no obstante, es muy probable que sea precisa la intervención de otros factores para producirse dichas enfermedades. Esta cuestión está todavía sin resolver.

Desde tiempo inmemorial persiste la singular discusión sobre la mayor ó menor bondad y valor nutritivo de las substancias que componen la alimentación. Hay de todos los pareceres: vegetarianos, animalianos, ecléticos y escépticos, y aun entre los ecléticos hay tanta discrepancia que están muy distantes de poder convenir en una norma. Se afirman muchas cosas por capricho, como si fuese cuestión de gusto, sin datos serios, viéndose que durante su vida profesional la mayoría de los prácticos se han ido de un extremo á otro, habiendo ocurrido muchos cambios de ideas contradictorias, sobre todo en este último medio siglo, pues al principio de esta etapa casi todos abogaban por la sobrealimentación, si se exceptúan los pocos broussistas que quedaban, y en los últimos años van tomando casi todos el rumbo opuesto, sustentando muchos clínicos que una gran parte de la morbosidad es debida al exceso de alimentación, especialmente en los niños. ¡Hay de todo! En nuestra opinión suceden ambas cosas; hay que colocarse en el justo medio. Las gentes de buena posición generalmente se exceden en la cantidad, y, sobre todo, ingieren de sobra alimentos de origen animal, mientras que en las clases necesitadas, en los indigentes, que indudablemente componen la mayoría de la población, ocurre todo lo contrario, la escasez y la miseria alimenticias las padecen en mayor ó menor grado. Además, es frecuente que los niños, y aun los mayores, que nadan en la abundancia, estén inapetentes, tanto por malos hábitos higiénicos como por el lastre de la herencia; y peor ó tan malo al menos es tener qué comer y no tener hambre, como tener hambre y no tener qué comer.

No hay que abusar de generalizaciones ni en cuestión de calidad, ni de cantidad, porque, como dice un proverbio: «Lo que es alimento para unos es veneno para otros, y lo que es demasiado para unos es poco para otros». Hay, por tanto, que individualizar, y para esto podemos fijar algunos jalones que nos orienten por el camino que ha de seguirse, ayudando así á la experiencia para la formación de un sano criterio en lo que al régimen se refiere.

No se puede decir de ningún alimento que es el mejor para todos los casos, pues varían considerablemente sus indicaciones, según las condiciones individuales que acabamos de apuntar. Así, la leche es, naturalmente, el alimento mejor para las criaturas en los primeros meses de la vida, y es la parte principal de la alimentación después, desde el séptimo mes hasta que tienen año y medio por lo menos. También es cierto que entre todos los alimentos la leche es el más completo, pero esto no quiere decir que sea perfecto en absoluto, siendo en realidad incompleto, y no debe de cometerse el abuso, que ha llegado á ser exageradísimo en muchos, de creer que el régimen lácteo exclusivo es el mejor para todos, ó para casi todos los pacientes. Es verdad que la leche tiene de todo género de componentes que requiere un

alimento reparador; que abunda en grasas y en substancias albuminoideas, pero también es verdad que escasea en hidrocarbonados y en principios minerales. Por tanto, la leche, como un buen alimento exclusivo reconstituyente no la estimaremos como único para el adulto, fuera de los casos excepcionales en que se precisa una dieta poco clorurada por gran insuficiencia renal, ó en que el estómago se halle incapacitado para la digestión de otros alimentos, ó también en que el conducto intestinal sea asiento de alteraciones sobre las que puede ser grandemente nociva la acción mecánica de otros alimentos, etc., etc. Pero aun en los casos en que sea oportuna la indicación del régimen exclusivo lácteo, no hay que prolongarlo demasiado tampoco; su duración ha de ser muy prudencial cuando se use puramente como reconstituyente, para que el organismo no venga á sufrir las consecuencias de la deficiencia de aquellos principios que escasean en la leche, sobre todo de los principios reguladores del metabolismo (diortotrefos).

Respecto á los otros alimentos de origen animal, tampoco les calificaremos sistemáticamente de buenos ó de malos, porque, en relación con la edad, son tanto mejores cuanto más joven sea el individuo, una vez que ha pasado la primera infancia, conviniendo su provisión hasta que termine el desarrollo. El vegetarianismo aplicado á los jóvenes como régimen eucrásico es de muy malas consecuencias, porque necesitan para su desarrollo una cantidad de alimento muchísimo mayor, y por tanto, se proporciona un trabajo excesivo á las vías digestivas, cayendo bajo el peso de la ley patológica que dice: «órgano que mucho funciona, pronto enfermará». Pero cuando ya han pasado las mayores necesidades del crecimiento, deja de ser indispensable la preponderancia del régimen animal, y convendrá ir disminuyendo esta clase de alimentos, é ir cada vez aumentando los de origen vegetal. Para este cambio hay que tener también muy presentes las otras condiciones individuales, además de la edad, como son las afecciones protopáticas (ó etiocrasis) que integran la crisis, su modalidad, la intensidad, el período de la crisis y otras circunstancias menos importantes.

Entre las circunstancias secundarias las hay de alguna monta. Así, en un clima cálido el organismo, no perdiendo tanto calor, no consume una cantidad tan grande de alimentos de los llamados respiratorios, como son los hidrocarbonados, que preponderan en la alimentación vegetal. Pero siempre habremos de referirnos, en primer lugar, á las indicaciones protopáticas, es decir, á las etiocrásicas, y especialmente ha de relacionarse la ingesta con el estado disiponósico. Por ejemplo, los individuos que tengan que desempeñar un gran trabajo muscular ó mental necesitan mayor cantidad de alimento, no sólo de los respiratorios, sino también de los organógenos ó plásticos, porque en el trabajo no sólo se consumen los principios hidrocarbonados para la producción del calor, sino que se desgasta el protoplasma y hay que repararlo.

Las condiciones de corpulencia tampoco han de

desestimarse, si bien ha de subordinarse á las afecciones protopáticas. Hay necesidad de aumentar la cantidad de alimento según la talla. Y también han de influir el vigor, el peso y la densidad del cuerpo de la persona; pero estas últimas condiciones tampoco deben tratarse sin referirlas á una variedad de protocrasis ó etiocrasis determinada.

Otro punto que se ha de considerar seriamente al formular las indicaciones, es el concerniente á las idiosincrasias alimenticias. Por esto siempre hemos de proceder por tanteos al establecer el régimen. No hay exactas medidas para nada; las consideraciones apuntadas no sirven más que para formular la primera hipótesis, prescribir con arreglo á ello y observar, pero observar sin más vacilaciones que las que impone un prudente juicio, ni tampoco debe insistirse demasiado en aconsejar recursos porque sean de nuestro agrado si son repetidamente rechazados por el paciente.

Tampoco hay que estimar como si fuesen absolutamente exactas las cifras de las calorías para valorar el poder reparador ó nutritivo de los alimentos, puesto que la reconstitución individual ha de comprender no solamente las acciones energéticas ó térmicas, sino también las acciones plásticas y las reguladoras ó dioréticas (Véase sobre este particular la crítica expuesta por el Dr. Abaytua en su notable folleto titulado «Bioenergética»).

Téngase muy presente al prescribir el régimen alimenticio á los adultos que en general toleran peor las sustancias albuminoides animales que las vegetales, que la autotoxis resultante de la sobreabundancia de proteínas animales, las carnes é igualmente los jugos y caldos de carne, así como también los pescados, son de peores consecuencias que las proteínas vegetales. Pero esto mayormente ocurre en familias que tienen esa idiosincrasia alimenticia, sobre todo cuando los individuos tienen una obesidad pronunciada, y peor aún si han pasado ya de la edad media de la vida. Se marcan en otras familias y á veces en algún sujeto aisladamente idiosincrasias de poca resistencia á las proteínas de algunos vegetales y particularmente de algunas frutas, como ocurre á veces con las fresas.

CONCEPTO ANATOMO-PATOLÓGICO MODERNO DE LA SIFILIS

POR EL

DR. JOSE LUIS CARRERA

«Assistant Research» del Laboratorio de Patología
de la Universidad de Michigan.

Estudiando la lúes con la ayuda del microscopio, llega la convicción de que se precisa reformar el concepto que aún circula en no pocos tratados de la especialidad; no es el goma su típico modo de ser, sino tan sólo una variante lesional (1), y no creemos posible sentar en una necropsia la afirmación rotunda de sífilis, atendiendo sólo al aspecto externo, sin completarle con un examen microscópico de la pieza patológica, que proporcione no uno, sino varios detalles como fac-

tores de un diagnóstico cierto; así, por ejemplo, las clásicas células gigantes, hemos tenido ocasión de observarlas en numerosas lesiones luéticas, gomatosas ó no, á pesar del parecer de Baumgarten (2), y recientemente Hoffmann (3), llega á la conclusión de que son comunes á tuberculosis, sífilis y otras diferentes afecciones.

Las informaciones de Neisser y Leredde, en Europa, y de Fordyce (4) y Warthin (5), en América, señalan nuevos rumbos; las fibrosis, los elementos plasmáticos y la infiltración linfocitaria, adquirirían un valor que no se les ha concedido hasta los últimos tiempos.

Nosotros hemos practicado una revisión del copioso material del Laboratorio de Patología de Michigan, en su sección de piezas, con lesiones diagnosticadas como luéticas por el profesor Warthin, y nos sugiere su estudio múltiples consideraciones que trataremos de resumir y sistematizar en lo posible, prescindiendo, para no aumentar las dimensiones de este estudio, ya de suyo árido, de la descripción de aquellos procesos que como el goma, heperlobatum, etc., tienen una estructura ya bien definida.

Sistema cardio-vascular.—Lo que más sorprende es el ataque temprano de los vasos; la sífilis es, pues, principal y primitivamente enfermedad vascular. Aun en el primer estadio, hemos comprobado la discutida aseveración de Ehrmann (6) acerca de la neoformación en las capas profundas de los vasos sanguíneos, y aunque no hemos sido capaces de ver la proliferación del endotelio linfático de que dicho autor habla, hallamos como fenómeno constante en el chancro el engrosamiento de la pared vascular interna, acompañando á la infiltración de linfocitos y plasmazellen y á la abundancia de fibroblastos; todo esto... el proceso de fibrosis en general, es carácter de lesión avariósica sin constituir el goma; será necesario admitir por tanto, lo que McCallum llama tejido de granulación sífilítica (7).

En casi todos los casos de lúes es característica la arteritis, siendo constante en la íntima, la hiperplasia y el engrosamiento concéntrico; un infiltrado de células redondas invade las capas externas y separa los tractos de las internas; los fibroblastos se acumulan alrededor de las arterias y siempre existen células plasmáticas; la elástica interna está como partida en muchos sitios, pero mientras unas veces aparece en disminución, otras (sífilis cerebral) hemos observado aumento y entonces se ven á menudo interrupciones en la continuidad de sus fibras. En los vasa vasorum también existe engrosamiento, que pudiera ser primitivo en ellos y secundario en las arterias de mayor calibre, hasta ocasionar incluso la obliteración; en las del corazón (miocarditis sífilítica) hemos encontrado un conectivo embrionario tan abundante que acaba por invadir el lugar correspondiente á la fibra muscular. De menos constancia es el carácter que ofrece á veces el endotelio arterial (riñón de sífilis congénita) de la multiplicación de sus capas, separadas de la elástica por una espesa porción de conectivo neoformado. En las arteriolas es tan marcado el pensamiento de la íntima, que unido este detalle al tipo de infiltración y á la in-

vasión fibrosa de la media, puede poner en la pista de un diagnóstico microscópico.

En lo que al corazón se refiere, han sido poco estudiadas hasta hoy las lesiones luéticas en su aspecto histopatológico y sólo el goma se tenía en cuenta; más adelante, en casos de sífilis congénita encontraron espiroquetos coincidiendo con transformaciones grasas del miocardio y proliferación angioblástica y fibroblástica, y ya en épocas recientes han sido atribuidas a la avariosis adquirida, desde la simple atrofia a la miocarditis intersticial con infiltrado de plasmazellen y leucocitos, entre los cuales son escasos los polinucleares y no existen eosinófilos; dicho infiltrado es, sobre todo, frecuente a lo largo de los vasos, y cuando alguna vez lo hemos hallado difuso, aparece más marcado en aquellas zonas. El máximo de la lesión parece corresponder al ventrículo izquierdo. En todas las piezas estudiadas hemos apreciado que las arterias terminales del corazón se obliteran por la infiltración perivascular, existiendo proliferación en el endotelio y engrosamiento en la íntima, que si el proceso es avanzado se extiende a la adventicia, a causa de la neoformación conjuntiva.

La miocarditis sería, como Anders (8) asegura, más temprana y frecuente que el goma, y si adopta una forma parenquimatosa, pueden darse simultáneamente en el mismo órgano, como ha descrito Warthin (9) atrofia, necrosis y degeneración grasa; según este maestro, el edema que acompaña al proceso intersticial sería de tipo de mixedema con abundancia de células emigrantes y en las áreas cicatrizadas no escasearían los fibroblastos epitelioides, cuya invasión fué tan enorme en uno de los casos observados por nosotros, que condujo al corazón fibroide. Como en otras alteraciones cardíacas de naturaleza varia, puede llegar a destruirse la estructura del protoplasma, que pierde así como los núcleos sus afinidades colorantes en mayor o menor grado.

Letulle (10) señala pericarditis específicas con células gigantes; sólo en una ocasión hemos visto algo análogo con fibroblastos y células plasmáticas, coexistiendo con lesiones perivasculares, proliferación del mesotelio y notable aumento del tejido conectivo.

Las lesiones de las válvulas son raras, excepto en las aórticas, simultáneas con aortitis, y entonces el endocardio espesado tiene infiltración linfocitaria. En la lúes congénita el tejido mixomatoso y los fibroblastos pueden llegar a reemplazar el músculo (11); en esta variedad constantemente se ven los grandes vasos del miocardio engrosados, especialmente en la íntima y adventicia, hallando en ocasiones un retículo intersticial de aspecto fibrilar con infiltrado, y habiendo señalado Warthin elementos epitelioides de formas y tamaños diversos.

En la aorta existen las alteraciones generales vasculares de que ya nos hemos ocupado; los estudios de Dühle (12) y Heller (13) determinaron con precisión las lesiones sífilíticas aórticas, análogas a las de la arterioesclerosis y a veces asociadas a ésta; retracción de la superficie interna, sustitución de la media por tejido co-

nectivo y esclerosis de los vasa vasorum serían las características que Bend (14) atribuye a cicatrices gomosas.

En nuestra opinión, aún se da gran confusión entre el ateroma y la sífilis aórtica; comparadas microscópicamente ambas afecciones, encontramos en la segunda más fibrosis, las endoarteritis de los vasa vasorum más marcadas y frecuentes; la lámina elástica interna no muestra particiones en los engrosamientos de la íntima y, además, en las aortitis específicas queda envuelto a menudo en el proceso todo el corazón izquierdo, como afirmó Marchand (15) y comprobó Koch (16). Larkin y Levy (17) han descrito en los estadios tempranos, infiltrado perivascular de células redondas; para Symmers (18) la esclerosis de la adventicia se acompaña de focos de elementos linfoides y plasmáticos, salpicados de otros epitelioides (gomas miliares?); nosotros hemos visto en varias preparaciones un infiltrado semejante, con accidentales células gigantes, incluso en la íntima; en esta capa aparece en los comienzos degeneración grasa y más tarde fibrosis; a veces hialinización y depósitos de colesterolina, atribuibles a una arterioesclerosis concomitante. En la media (con adelgazamiento de algunas secciones) están rotas las fibras elásticas, apareciendo sueltas en el espesor del tejido cicatricial y no faltando placas de necrosis rodeadas por los focos celulares.

Como ya hemos insistido repetidas veces, el proceso es casi siempre de una mayor intensidad alrededor de los vasa vasorum, cuya obliteración puede dar origen a necrosis, y sólo excepcionalmente constituye la lesión principal la mesoarteritis, con neoformación que alcanza a la adventicia.

Similares a las lesiones aórticas, describe Warthin otras en la arteria pulmonar (19); nosotros no hemos podido disponer de ninguna pieza para su examen.

Aparato respiratorio.—En la sífilis adquirida, son constantes hallazgos en el pulmón, la fibrosis y congestión pasiva crónica con infiltración celular iniciada en las paredes de arterias y bronquios é hiperplasia del conectivo; los septos alveolares están muy engrosados y en algunas zonas, alrededor de los alvéolos, hay considerables acúmulos de células emigrantes y en ciertos casos estas cavidades aparecen repletas de elementos mononucleares.

En la sífilis congénita las lesiones son análogas, pero de mayor intensidad; al aumento del conectivo, en el que pueden encontrarse restos del pulmón fetal, acompaña, según Heller (20), descamación del epitelio alveolar; como resultado de afectarse extensísimas áreas y aun lóbulos enteros, puede llegarse al llamado pulmón blanco.

GLÁNDULAS DIGESTIVAS Y HEMATOPOIÉTICAS

Hgado.—En este órgano es el goma la variante más frecuente de sífilis adquirida; sin embargo, le acompaña constantemente la hepatitis intersticial, de preferencia perivascular, localizándose muy a menudo las fibrosis y correspondiendo por lo general estas formas a la cirrosis atrófica; su esclerosis unas veces se presenta en

bandas y otras la hemos encontrado acompañada de degeneraciones grasa y amiloidea, con infiltrado inflamatorio: la congestión pasiva es la regla; más raras son las atroñas morena y amarilla, que no nos parecen tan características, á pesar de la opinión de Buscke (21). Es muy difícil la distinción de la cirrosis atrófica específica, por proliferación intersticial de otras cirrosis, si no se apela á la investigación del espiroqueto; no obstante, pudieran servir de elementos de juicio, que en la lúes comúnmente es limitada y con perihepatitis más marcada. Para Adami (22), la fibrosis sería pericelular, pero más bien parecè periportal; en algún caso hemos hallado alteraciones glissonianas.

Más típicas son las lesiones hepáticas en la lúes congénita; la inflamación difusa es muy exagerada en torno de las arterias interlobulares, alcanzando en múltiples ocasiones los espacios pericelulares. La cápsula de Glisson se espesa y es invadida por tejido fibroso, que en su desarrollo recuerda algo al sarcoma; es fácil la demostración del infiltrado de pequeñas células en el conectivo periportal, de que ya habló Hochsinger (23). En capilares y linfáticos, el endotelio prolifera, sobre todo en los casos tardíos, de modo de ser semejante á la sífilis adquirida; en los procesos avanzadísimos, los capilares amplios, repletos de elementos celulares (incluso hematíes nucleados) y la neoformación, llegan á hacer indistinguible la estructura del hígado, cuyas células, además, pierden su colocación normal; en una pieza patológica hemos observado tal neoformación fibrosa, que los cordones eran meros grupos protoplásmicos multinucleares, separados por tejido nuevo, por el que circulan capilares aislados.

Páncreas.—Aunque casi todos los autores opinan que esta víscera es difícilmente afectada en la sífilis adquirida, no es de tal parecer nuestro maestro Warthin, y á su juicio sumamos el nuestro, después de revisada la colección patológica del laboratorio de Ann Arbor. Existe fibrosis intersticial, infiltración grasienta en el conectivo y atrofia de los accioni glandulares; estos caracteres ofrece el tipo no gomoso, que conduce á la atrofia del páncreas, y Walter y Sallis (24) llaman esclero-indurativo; su frecuencia es indudable; siempre se presenta en la sífilis latente, llamando la atención que los patólogos no se dieran antes cuenta de ello. La invasión puede ser general ó limitada á determinados lóbulos. Aparece muy disminuido el plexo vascular entre los islotes de Langerhans, que tienden á la fibrosis, pero no hay nueva formación de éstos. Dice Whartin (25) es de gran interés la existencia de grandes células hipercromáticas alrededor del borde de los islotes hialinos fibroides. Se encuentran linfocitos y plasmazellen, en especial en las lesiones activas, siendo constante la esclerosis de los vasos periféricos.

En la lúes congénita es raro el hallazgo de gomas, pero la gravedad coincide con una infiltración difusa, separando los accini hasta su indiferenciación.

Apéndice.—No hemos podido comprobar en ningún caso la suposición de Gaucher de apendicitis sífilítica, pues el aspecto histológico nunca corresponde á la lúes.

Bazo.—Aparte del goma miliar que es muy típico,

la avariosis determina congestión pasiva crónica y desde el segundo período hiperplasia del estroma, hallada por Wile (25); en casos viejos el retículo aparece muy engrosado y aun con degeneración amiloide; todo esto es común á otros procesos, mas no así la endoarteritis concomitante.

En la congénita es constante la hiperplasia esplénica con proliferación del conectivo y aumento de células redondas; la esclerosis vascular, ya fué estudiada por Levaditti (27) en 1906.

Ganglios linfáticos.—Lo más interesante que en ellos hemos visto ha sido hiperplasia nodular con aumento de grandes mononucleares y del conectivo en el período secundario; en procesos antiguos, atrofia linfoide y formaciones hialinas en los centros germinales; pero nada de esto es tan característico como el goma, cuando existe.

APARATO GÉNITOURINARIO Y CÁPSULAS SUPRARRENALES

Riñón.—Las mayores alteraciones tienen su asiento en los vasos; los arqueados, recta y aferentes del glomérulo, poseen la íntima extraordinariamente engrosada, con estrechamiento del lumen, que á veces llega á la obliteración; en el epitelio de los tubuli, quedan pocos elementos de tipo cúbico; en ellos se acumula grasa y en el hueco que limitan, pueden aparecer células emigrantes. Abundan extraordinariamente fibroblastos y linfocitos; la cápsula de Bowman que en ocasiones se hialiniza, aumenta su espesor, invadiendo el espacio subcapsular; en los estadios avanzados, el glomérulo degenerado y atrofiado por el aumento del conectivo, forma un nódulo de tipo cicatricial; esta neoformación conectiva, contribuye por adherencias profundas á lobular el órgano. A veces hay lesiones de nefritis crónica parenquimatosa.

En la sífilis congénita hemos visto endoperiarteritis cortical, placas de atrofia y destrucción de tubuli y glomérulos; cambios que para Massalongo serían debidos á una nefritis intersticial; congestión renal é infiltración de mononucleares en ocasiones difusa y en otras perivascular, siendo frecuente la hemorragia intersticial por fragilidad de la pared vascular; ésta con engrosamiento de la túnica media, es invadida por linfocitos, con focos que se han juzgado hematopoiéticos, aunque Vigevanni (28) apunta que tal parecer queda invalidado por la falta de muchos elementos de las series eritroblástica y mielocitaria. Además, han sido observados característicos gomas miliars, degeneración granulograsa, necrosis epitelial de los contorneados y congestión turbia de la célula tubular (nefritis parenquimatosa específica).

Testículo, ovario y próstata.—A veces se extiende á todo el testículo la fibrosis lúética, que puede ser única manifestación, ó coincidir con el goma, pero siempre es más frecuente que éste, como ocurre en la mayor parte de los órganos; son sus caracteres, la infiltración de linfocitos y plasmazellen, entre los túbulos, la degeneración de éstos y la proliferación fibroblástica y perivascular del estroma; la elástica desaparece, la pared conectiva de los tubuli se hialiniza y las arterias se ven

esclerosadas y con neoformación endotelial; son evidentes la disminución de la espermatogenesis y la hiperplasia de las células intersticiales. En la lúes congénita predomina la atrofia tubular y las alteraciones arteriales obliterativas.

Las transformaciones fibrosas que la sífilis puede determinar en el ovario no son típicas, dada la dificultad de diferenciarlas de otras esclerosis ováricas; algo semejante ocurre con la próstata, en la que, sin embargo, no es raro hallar células gigantes, infiltrado perivascular y muy principalmente proliferación angioblástica.

Placenta.—Hemos examinado una serie de 25 ejemplares procedentes de abortos lúéticos y los datos más interesantes son: hiperplasia de las vellosidades mixomatosas, en torno de cuyos vasos centrales hay abundante neoformación conectiva en la que a menudo se encuentran fibroblastos infiltrados de células emigrantes y los cambios vasculares de rigor en la sífilis; es más constante el aumento de espesor de adventicia íntima que la proliferación del endotelio. Sobre todos estos factores de heredo-sífilis, el más específico es el engrosamiento del cordón y de las paredes de sus vasos; en alguna observación hemos hallado endoarteritis que llegan a originar trombosis.

Suprarrenales.—Estas glándulas endocrinas se afectan con frecuencia en la avariosis, como era de suponer, dados los resultados de la r. W. en los enfermos adisonianos; la cápsula está engrosada y fibrosa; en ella encontró Gierke (29) el espiroqueto, repitiendo el hallazgo Lezaby (30) en la corteza, que suele atrofiarse. La infiltración y esclerosis vascular son fenómenos constantes, variando su localización, que puede ser lo mismo nodular ó cortical que capsular. No hemos dispuesto de ninguna pieza de suprarrenales en lúes congénita, pero Simonds (31) describe en ellos perihipernefritis.

SISTEMA NERVIOSO

Meninges.—Para Warthin las diferencias de sus lesiones serían solo de grado entre los sífilíticos de diversas condiciones y los tabéticos y paralíticos. Heubner (32) ya dió á conocer algunas alteraciones coincidentes con el goma; independientemente de éste, también se dan en gran número, según el parecer de Nissl (33) confirmado por Behr (34); así, es frecuente la invasión de la piamadre por pequeñas células emigrantes, en su mayoría mononucleares, que se agrupan alrededor de los vasos engrosados y determinan, como dice Versé (35), una verdadera meningitis celular; en alguna observación, el proceso afecta más las venas que las arterias; análogas alteraciones describe Southard (36) en las parálisis específicas; también la dura puede ofrecer capas difusas de granulación invadidas por los linfocitos. Hay meso y en algunos casos endoarteritis; en las fibrosis locales leptomeníngicas en actividad, es constante la infiltración de células plasmáticas y fibroblastos.

Centros nerviosos.—Del cerebro y demás órganos del sistema nervioso central en la lúes avanzada y afecciones parasifilíticas, es tanto lo que se puede exponer,

que saldríamos de los límites fijados. Basta consignar en apoyo de nuestra tesis, la existencia en cerebro y medula del infiltrado perivascular tantas veces señalado en otros sistemas, en casos no considerados aún como parasifilíticos; el aumento de la glia, sobre todo en la proximidad de los vasos, en la dirección de los cuales según Fischer (37) desaparecen las fibras meduladas de la corteza y la existencia frecuente en la base del cerebro de vasos con espesamiento de la adventicia é hiperplasia de los elementos endoteliales que pueden llegar á obstruir el lumen; su tipo es el de las arteritis de Heubner.

Conclusiones.

1.^a Las lesiones avariósicas son primitivamente vasculares, después intersticiales y ya en el último término parenquimatosas.

2.^a El examen microscópico no puede asegurar un diagnóstico de sífilis.

3.^a El goma es la lesión específica que se presenta menos á menudo en los órganos internos.

4.^a La fibrosis, el infiltrado de linfocitos y células plasmáticas y las alteraciones vasculares arriba descritas, son en general poco estudiadas y, sin embargo, su frecuencia en la avariosis es extraordinaria, bastando si fuera practicable la biopsia, para hacer un diagnóstico cierto, con ó sin W.; en tanto que éste sólo incida las sífilis activas, daría á conocer las curadas (?) y latentes el estudio microscópico, que ofrece no solamente un interés especulativo, sino también un gran alcance práctico, dada la excepcional importancia que ha adquirido la lúes desde el punto de vista nosográfico.

Bibliografía.

- 1 Warthin: Amer. Journ. of Syph., 1918.
- 2 Baumgarten: Verhand. Deutsch. Path. Gesellsch., 1919, pág. 107.
- 3 Hoffmann: Deutsch. Med. W., 1917, pág. 808.
- 4 Fordyce: Harvey Lectures, 1915.
- 5 Warthin: Harvey Lectures, 1917.
- 6 Ehrmann: Handb. Geschl. u. Kr., 1912, pág. 959-1130.
- 7 McCallum: Textbook of Path., 1918, pág. 654.
- 8 McAnders: Amer. J. of Med. Sc., 1915, núm. 6.
- 9 Warthin: Idem id., 1916, pág. 508, y Journ. of Am. Med. Assoc., 1912, pág. 667.
- 10 Letulle: Presse Médicale, 28 Mars 1912, pág. 187.
- 11 Warthin: Am. J. M. Sc., 1911, pág. 398.
- 12 Dühle: Ein Fall von Eigentüml. Aortenerkr., Kiel, 1885 y Deutsch. Arch. f. Kl. Med. 1895, pág. 190.
- 13 Heller: Münch. M. W., 1899 50.
- 14 Bend: Verh. D. Path. Ges., 1904, pág. 127 y 161.
- 15 Marchand: Verh. D. P. G., 1903.
- 16 Koch: Virchow's Arch., 1911, pág. 204.
- 17 Larkin and Levy: Journ. Exp. Med., 1916, núm. 1.
- 18 Symmers: J. A. M. Assoc., 1916, núm. 6.
- 19 Warthin: Am. J. of Syph., October 1919.
- 20 Heller: D. Arch. f. K. M., 1897.
- 21 Buscke: Berl. K. W., 1910, pág. 238.
- 22 Adami: Montreal Med. Journ., June 1898.
- 23 Hochsinger: Stnd. u. H-reil. Syph. Teil., 1 1898.
- 24 Walter y Sallis: Russki Journ. Koynikn. é venerich. Boleznei., 1914, pág. 160.
- 25 Warthin: A. J. M. Sc., 1916, pág. 157.

- 26 *Wile: Journ. of Cut. Dis.*, 1916.
 27 *Levaditi: Annales Inst. Pasteur*, 1906.
 28 *Vigevanni: Le affezioni sifilitiche dei reni.*, 1915.
 29 *Gierki: Centr. f. Bakt.*, 1907, pág. 44.
 30 *Sezary: Gaz. des Hôpit.*, 1914, pág. 1317.
 31 *Simmonds: Virchow's Arch.*, 1914, pág. 152.
 32 *Heubner: Die Luetisch. Erk. der Hirnart.* Leipzig, 1874.
 33 *Nissl: Histol. u. Histop. arb. üb. Grosshirn.* 1, Jena, 1904.
 34 *Behr: Zeitsch. f. Psych.*, 1909, pág. 66.
 35 *Versé: Ziehlér's Beitr.*, 1913, pág. 580.
 36 *Southard: Neurosyphilis*, 1917.
 37 *Fischer: Z. f. Psych.*, 1909, pág. 66.

Cosas del siglo pasado.

UN DOCUMENTO DEL AÑO 1864

Lo que con tanta justicia solicitan hoy de los Poderes públicos los médicos titulares y que figura entre las conclusiones aprobadas en la sesión de clausura del Congreso Nacional de Medicina, últimamente celebrado, lo pedían ya en el año 1864.

Así se desprende de una instancia que el día 9 de Julio de aquel año elevaron los médicos de la provincia de Segovia á S. M. la Reina, y de la que reproducimos los siguientes párrafos:

«¿Cómo, Señora, ha de llenar con celo e interés su deber el médico titular á quien no se paga ó se le paga mal? ¿Cómo podrá gestionar para que se deseeque un pantano, se alejen los muladares de las poblaciones, se cubran las alcantarillas, se quiten tantos otros focos de infección como hay en los pueblos, fuentes inagotables de constantes enfermedades; cómo vigilar para que los comestibles y bebidas que se expendan al público no sean nocivas; cómo celar porque los cementerios, carnicerías, escuelas y demás locales públicos no comprometan la salud de los vecinos; cómo oponerse, para decirlo de una vez, á las afejas costumbres perjudiciales á la salud pública, tan arraigadas por desgracia en nuestros pueblos, si necesita tener contento al alcalde que le paga y al vecino, que por insignificante que sea, puede armarle una cruzada que concluya por quitarle la subsistencia, después de deshonrarle? ¿Cómo, en fin, podrá quejarse de un Ayuntamiento que tenga en el más completo abandono todo lo concerniente á la higiene pública, si depende de él en lo más perentorio? Y ¿con qué derecho arreglado á justicia podrá aconsejarse ó valerse la autoridad, sea cual fuere, si lo necesita, de un profesor á quien no paga? Y ¿cómo sin traspasar las leyes del reino, y muy especialmente la vigente de Sanidad, podrá obligarle á que preste sus servicios á humanidad menesterosa ó afligida por el terrible azote de una epidemia, si de antemano no le tiene ligado con el religioso cumplimiento de lo que la ley ordena?

Es verdad, Señora, que los médicos y cirujanos, con una abnegación que les honra mucho, han procurado y procuran cumplir con sus deberes de la mejor manera que les es posible; pero en sentir de los que suscriben, queda demostrado que no pueden hacerlo cual conviene al bien de la sociedad; y á más, se atreven á decirlo, es exigir de esta benemérita clase servicios importantes y sacrificios, cuales ninguna otra de la sociedad presta, y que no es político ni justo imponer por más tiempo sin retribuirlos; pues exponiendo estos servicios y estos sacrificios á la serie de males que ligo-

ramente quedan expuestos, pide en los médicos una virtud de que no es prudente abusar por más tiempo.

Es bien lastimosa casualidad, Señora, que de los cuatro funcionarios públicos que necesariamente hay en todos los pueblos, párroco, maestro, secretario y médico, sólo este último tenga tan servil dependencia de los Municipios, la que unida á la ninguna libertad que le deja la índole especial de los servicios que presta, y á los continuos disgustos y sinsabores que el ejercicio de su profesión le proporciona, hacen extremadamente enojosa su vida profesional.»

Como se ve, esta solicitud redactada en 1864 podría transcribirse íntegra, porque el problema de los titulares, á pesar de todas las disposiciones gubernativas dictadas, sigue en pie en toda su integridad.

Y no deja de ser un consuelo pensar que llevan más de medio siglo luchando los titulares por su reivindicación sin conseguirlo.

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Consideraciones clínicas sobre la epidemia actual. Revisión del concepto de «gripe», por el Dr. A. Sánchez de Val (Cartagena) (1).—Cuadro comparativo que patentiza las diferencias más señaladas entre el antiguo concepto de la gripe y la moderna realidad de la enfermedad epidémica actual.

GRYPE CLÁSICA

Es producida por el bacilo de Pfeiffer.
 No produce inmunidad.
 Es poco mortífera.
 Ataca por igual á todas las edades y tiene mayor gravedad para los niños y los ancianos.
 Es una infección localizada al aparato respiratorio, cuyo catarro, de marcha progresiva, puede atacar desde la rinofaringe hasta la vesícula pulmonar, y cuya gravedad depende de la extensión de estas lesiones y del grado de resistencia individual.

La bronconeumonía es de presentación inconstante, no está relacionada con la intensidad de los síntomas iniciales, sino con la progresión de los fenómenos catarrales del árbol bronquial. Se presenta en focos múltiples, que se hacen confluentes.

Su duración es larga.

La expectoración es abundante, rara vez hemorrágica.

La terminación más frecuente es por resolución lenta del proceso ó por supuración.

ENFERMEDAD ACTUAL

No se conoce su agente específico.

Produce inmunidad.
 Es bastante mortífera.

Ataca principalmente á los adultos sanos, respeta á los ancianos y es poco grave para los niños.

Es una infección general, con localización inicial en las vías respiratorias altas, pero que se generaliza rápidamente por vía hemática, curando sin fenómenos de localización ó presentándose éstos como lesiones viscerales del proceso general y sin manifiesta relación entre su intensidad y la gravedad de la dolencia.

La bronconeumonía es casi segura en todos los casos de comienzo intenso y fiebre sostenida, sin relación con los síntomas catarrales de la primera fase; se presenta casi siempre en el tercero ó cuarto día y en forma de bronconeumonía doble de la base, siendo cortical y posterior.

Su duración es generalmente corta.

La expectoración es escasa, con frecuencia hemorrágica.

La terminación más frecuente es por crisis incompleta entre el séptimo y noveno día del proceso.

(1) De Los Progresos de la Clínica, IX-1918.

La gravedad depende de la extensión de las lesiones.

Los síntomas de infección general son consecutivos y están relacionados con la intensidad del foco infeccioso del aparato respiratorio.

Son de carácter tóxico.

Las lesiones de corazón son secundarias, debidas principalmente al obstáculo mecánico opuesto a la circulación por las condensaciones pulmonares.

En la fórmula hematológica se observa *leucocitosis*, pero no aumento de linfocitos (Burnford).

Presenta, habitualmente, formas clínicas mal determinadas, de sintomatología muy variable, siendo los dolores articulares y la impotencia muscular de la convalecencia sus síntomas más característicos y constantes, aun en los casos leves.

La hemorragia es un síntoma raro.

No se observan erupciones ni infartos ganglionares.

La convalecencia es larga.

(Revista de Higiene y de Tuberculosis, Valencia, 28 Febrero 1919.)

2. La fiebre de las trincheras, por M. G. de S.—Durante estos últimos tiempos se ha hablado con alguna frecuencia en los periódicos profesionales y políticos, por noticias llegadas de las naciones en guerra, de una enfermedad conocida en Francia con el nombre de «fiebre de las trincheras», pero resultaban hasta ahora confusos los datos que llegaban a nosotros.

Por juzgarlo interesante, reproducimos las conclusiones que el autor deduce en un artículo dedicado a esta nueva especie nosológica:

1.^a La fiebre de las trincheras es una enfermedad específica que no representa una forma modificada de la tifoidea ni paratifoidea y que no tiene relaciones etiológicas con esta enfermedad.

2.^a El agente patógeno de esta enfermedad es un virus filtrante y resistente.

3.^a El virus agente de la fiebre de las trincheras se encuentra principalmente en el plasma de la sangre de los en-

fermos y la inoculación de este plasma reproduce la enfermedad en los sujetos sanos.

Los síntomas de infección general son predominantes, sin marcada relación con la intensidad de las manifestaciones pulmonares, y son los que dan gravedad al proceso.

Son de carácter septicémico.

Las lesiones de corazón son primitivas, de carácter séptico, en relación directa con el estado de infección de la sangre é indirecta con el obstáculo circulatorio pulmonar.

En la fórmula hematológica hay *leucopenia* (Gotch y Wittinghaus) y marcada *linfocitosis*, 40-45 por 100 (Burnford).

Presenta habitualmente formas clínicas bien determinadas, con sintomatología uniforme, analogías en el tipo febril y síntomas especiales, como son la bradicardia, los sudores profusos, la albuminuria, y los correspondientes a las pleurobronconeumonías de la base, de tipo hipostático; no siendo común observar dolores ni impotencia muscular marcada, sino más bien síndrome asténico de tipo suprarrenal, con trastornos gástricos.

La hemorragia es un síntoma frecuente.

Es frecuente observar, al comienzo, un enantema faríngeo de puntos pequeños rojos, confluentes y, en el curso del tercer día, un exantema discreto de manchas anchas, rojo-pálidas, en el cuello y tórax.

Es frecuente también observar linfadenitis no supurada de los plexos cervicales, y, á veces, generalizada.

La convalecencia es corta.

fermos y la inoculación de este plasma reproduce la enfermedad en los sujetos sanos.

4.^a La enfermedad es transmitida por el *pediculus humanus corporis*, y este medio de transmisión es el principal y el ordinario. El piojo puede transmitir la infección sólo por su picadura, siendo este el modo normal de transmitirse, pudiendo ser artificialmente provocada la enfermedad por escarificación de la piel y fricción consecutiva de una pequeña cantidad de heces de piojos infectados.

5.^a Un individuo puede estar enteramente libre de piojos en el momento en que se desarrolla la fiebre de las trincheras por haber desaparecido de su cuerpo algún tiempo antes el piojo transmisor, no teniendo éste necesidad de permanecer sino un breve espacio de tiempo sobre un individuo para transmitirle la infección.

6.^a El virus de la fiebre de las trincheras se presenta algunas veces en la orina de los enfermos y más rara vez en los esputos; la enfermedad puede ser transmitida al hombre por introducción á través de la piel escarificada del virus contenido en la orina ó en los esputos.

7.^a En virtud de que la orina y ocasionalmente los esputos pueden estar infectados, convendrá esterilizarlos á fin de separar toda posibilidad de infección accidental por esta vía.

8.^a Para prevenir la fiebre de las trincheras ó limitar su extensión, y, por lo tanto, para conservar la salud del soldado en campaña es necesario, pues, redoblar los esfuerzos para extinguir el piojo en los alojamientos. (*Extremadura Médica*, Febrero 1919)

3. Consideraciones sobre las ventajas de la toracentesis en las pleuresías serofibrinosas, por el Dr. Arturo Abecherry Oneto.—Estudia la toracentesis como el mejor método terapéutico en las pleuresías y el autor establece las siguientes conclusiones:

1.^a La toracentesis es en la actualidad una operación inofensiva y de gran alivio para el enfermo.

2.^a La toracentesis exploradora ayuda al diagnóstico y contribuye con el cito-diagnóstico á dilucidar el punto capital, que es: saber si la pleuresía serofibrinosa es ó no tuberculosa.

3.^a La toracentesis debe practicarse siempre que se aprecien dos ó más litros de líquido.

4.^a La toracentesis debe practicarse después de la tercera semana (cualquiera que sea la cantidad de líquido) cuando éste se reabsorba con dificultad ó cuando no lo haga.

5.^a La toracentesis practicada con la técnica más rigurosa y sacando el líquido lo más lentamente posible, no contribuye á la germinación bacilar del parénquima pulmonar.

6.^a En caso de derrames prolongados, la toracentesis favorece la reabsorción del líquido.

7.^a La tuberculosis pulmonar no es contraindicación para la evacuación del líquido.

8.^a La toracentesis practicada asépticamente no puede transformar en purulenta á la pleuresía serofibrinosa. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 30 de Marzo de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

4. Un nuevo síntoma de hiperexcitabilidad simpática.—En la *Gazeta degli Ospedali e delle Cliniche* da á conocer Pende un signo nuevo de simpaticotonía al que llama tricrografismo. Si se raya sobre la piel de algunos sujetos, preferentemente sobre la piel de la región esternal, ó de la región mamaria, con una punta obtusa, como se hace para explorar el dermatografismo, se ve aparecer inmediatamente una serie de minúsculas papulitas del tamaño de una punta ó de una

cabeza de alfiler, de color moreno ó blanco, más raramente rosa, papulitas que no son otra cosa que las pápilas pelíferas que se ponen turgentes por la contracción de los músculos arrectores pilorum, provocado por la excitación mecánica. Es en una palabra el mismo fenómeno de la piel de ganso provocado, no por el frío, sino por la irritación mecánica y localizado á la línea estimulada.

Para demostrar que este fenómeno está determinado por una excitación del simpático, estudia Pende la inervación del pelo, el folículo pelífero está provisto de un plexo nervioso de fibras simpáticas que según los modernos descubrimientos de Blix y de von Frey son de naturaleza simpática y representan el órgano del sentido, del tacto y de la presión. Pero al lado de este aparato nervioso existen en el pelo fibras motoras destinadas á los músculos arrectores.

Esta inervación motora del pelo ha sido estudiada por Langley en el gato; y ha demostrado que tiene su origen en la sección simpática del sistema nervioso vegetativo. Sabido es con qué facilidad se observa en el gato bajo la influencia del miedo ó de la rabia la erección del pelo. Recientes descubrimientos de Cannon han demostrado que en el gato (animal de elección para el estudio de la excitabilidad simpática) se vierte en la sangre durante la emoción del terror gran cantidad de adrenalina y de secreción tiroidea y este estímulo de hormonas en la sangre determina un aumento de tono del simpático del que forma parte la erección del pelo. En el hombre los músculos arrectores han perdido gran parte de su importancia; y sin embargo, podemos observar en él la piel de ganso producida por el terror. De aquí que la erección del pelo, tanto en los animales como en el hombre, puede representar un fenómeno de excitación simpática. Es lógico suponer que cuanto más excitables sean las terminaciones simpáticas motrices del pelo (simpaticotonia pilar ó como dice Pende tricotonía) más pronta, intensa y duradera será la contracción refleja de los músculos arrectores. Por esto se comprende la importancia que tiene el tricografismo como signo revelador de un estado de simpaticotonia.

Pende ha explorado el tricografismo en un centenar de personas sanas y enfermas; en las personas sanas ó falta ó si se presenta es poco visible, y muy fugaz; excepto en los sujetos con espasmodia constitucional, en los cuales el tricografismo es muy intenso. De los enfermos donde ha observado más típica la reacción ha sido en los hipertiroideos. También ha estudiado él antes el comportamiento con relación al tricografismo de los sujetos que presentan el reflejo oculocardíaco de Dagnini Aschner y un dermografismo acentuado, los dos síntomas considerados como característicos de la diátesis vagotónica de Eppinger y Hes. Parece que si algunas veces coinciden, en la mayor parte de los casos ambos signos son opuestos; pudiendo considerarse como simpaticotónicos los enfermos que presentan tricografismo y vagotónicos los que presentan dermografismo y reflejo oculocardíaco positivo. Esto podría ser un nuevo medio de exploración, para clasificar los hipertiroideos en simpaticotónicos y vagotónicos como hacen Eppinger y Hes, pero sabemos que esta clasificación no tiene realidad clínica como ha demostrado entre nosotros Marañón, pues como dice también Pende, con gran frecuencia se encuentran asociados en el mismo individuo, síntomas de autonomotonia y de simpaticotonia, sucediendo esto hasta en los vagotónicos más típicos de Eppinger y Hes. — BONILLA DE LA VEGA.

5. La tuberculosis asociada con neoplasias malignas, por el Dr. A. C. Broders.—Fundándose en un trabajo de Rokitaneky acerca de la relación entre el cáncer y la tuberculosis, el autor estudia este asunto con gran conocimiento, y deduce las siguientes conclusiones:

1.^a La teoría más general entre la mayoría de los médicos por muchos años, y sustentada aún por algunos, que la tuberculosis y la neoplasia maligna son antagónicas, no ha sido comprobada por los hechos.

2.^a El hecho de que algunos tejidos ó órganos son hasta cierto grado inmunes á una ú otra ó á ambas enfermedades, no prueba que las dos enfermedades sean antagónicas.

3.^a Si las observaciones de Naegeli son exactas, de que en un 93 por 100 de 420 autopsias en adultos de más de diez y ocho años de edad hay tuberculosis activa, latente ó curada, es razonable creer que resultados semejantes pueden prevalecer en un número igual de personas que hayan muerto de neoplasia maligna.

4.^a Parece ser que la razón por la que los patólogos no han encontrado la tuberculosis más frecuentemente en la autopsia en personas que han muerto por la neoplasia maligna, es porque se han contentado con encontrar el estado de la neoplasia maligna, y en consecuencia no han continuado su investigación en busca de la tuberculosis.

5.^a Desde que los exámenes de los patólogos se limitan al tejido tocado por el cirujano, esto mismo les hace más difícil hallar los dos estados asociados, en tanto que el patólogo que practica una autopsia tiene acceso á una gran parte ó á todo el cuerpo.

6.^a El hecho de que la tuberculosis activa se presente más frecuentemente en personas de menos de cuarenta y cinco años de edad y la neoplasia maligna, especialmente la neoplasia maligna de tejido epitelial, más frecuentemente en personas de más de cuarenta y cinco años de edad, no implica que no exista la asociación de tuberculosis latente ó curada con la neoplasia maligna.

7.^a En nuestra serie de 20 casos se asociaron siete veces los dos estados en el mismo campo microscópico (35 por 100). (*The Journal of the American Medical Association*, edición española, 1.^o Abril 1919)

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Estudios sobre la prótesis del miembro inferior, por el profesor Jules Ancas.—Después de un estudio muy bien documentado de los aparatos de prótesis empleados durante la guerra, el autor establece las leyes estáticas á que debe someterse la prótesis del miembro inferior.

1.^a Ser una prótesis bastante resistente para sostener, además del peso total del cuerpo, la presión que resulte de la aceleración en la marcha.

2.^a Ser una prótesis racional para la utilización de los principios y de las formas que disminuyen las masas y los momentos de inercia.

3.^a Disponer las articulaciones á distancias calculadas de la línea de gravedad del cuerpo á fin de que ésta se proyecte sobre el plan de sustentación de los pies sin el esfuerzo de los músculos y para que los músculos realicen, en todas las circunstancias, el equilibrio estático sin gasto de energía.

4.^a Aplicar, en fin, los recursos quirúrgicos, fisiológicos y mecánicos al mantenimiento de este equilibrio con el objeto de remediar la desviación de los muñones, la deformación de los segmentos, la anquilosis de las articulaciones y favorecer las actitudes profesionales del mutilado.

El autor dice que la estática normal y patológica es el fundamento de la prótesis de los amputados. (*Revue de Chirurgie*, Febrero 1919)

2. Visceroptosis; una nueva operación para corregirla, por el Dr. J. Riddle Goffe. El tratamiento consta de cuatro factores esencia es: 1) La habilidad del internista con todos sus recursos para eliminar las toxinas que se produzcan por

retención anómala de sustancias en el tubo digestivo. 2) La cultura física con sus ejercicios gimnásticos, sus posiciones correctoras, cinturones, corseés y calzado de tacones altos. 3) Tratamiento quirúrgico para hacer desaparecer acodamientos obstructores, falsas adherencias y presiones y tracciones sobre los ganglios simpáticos; y 4) Tratamiento neurológico para hacer desaparecer el estado emocional depresivo. Todos estos requisitos puede llenarlos un solo cirujano. El autor hace una incisión longitudinal ó transversa por debajo del ombligo, destruye las adherencias anómalas, extirpa el apéndice, restablece y fija el útero en su posición normal cuando lo encuentra desplazado. Terminado esto, sutura la pared.

Entonces procede á una incisión longitudinal por encima del ombligo. A través de ella explora la región, principalmente el hígado y vías biliares, haciendo las correcciones necesarias, ampliando la incisión primitiva ó practicando otras nuevas.

Coloca entonces el estómago fuera de la herida; si está dilatado, deprime horizontalmente su cara anterior por medio de una sonda, y por encima y por debajo de ésta se pliega la pared gástrica y se hace una doble línea de sutura. Por encima y por debajo se colocan un par de hebras longitudinales, comprendiendo sólo la serosa y capa muscular, y midiendo la porción de hebra oculta en la pared uno á dos centímetros.

Vuelto á colocar el estómago en su sitio, estos últimos hilos, que aún no han sido anudados, salen por la herida, envolviéndoselos en gasa esterilizada. Entonces se pone de manifiesto el colon transversal; el epiploón se liga á lo largo del borde intestinal y se secciona. En el repliegue hepático, en el esplénico y en el centro del colon transversal se colocan un par de hilos de modo semejante á los del estómago, aprovechando para ello la región inmediatamente inferior á la inserción del mesocolon ó bien una de las cintillas musculares longitudinales. Esta es preferible cuando la pared es muy fina. Se trazan entonces tres incisiones de unos cinco centímetros de extensión, una paralela y un poco inferior al reborde costal, á nivel de la flexura hepática; la segunda, simétrica á la anterior, á nivel de la flexura esplénica, y la tercera, transversal, en la línea media en el centro del epigastrio.

Estas incisiones comprenden la piel hasta la fascia superficial, que queda entera. Por medio de la aguja de Peaslee, las suturas gástricas que quedaron fuera de la herida, se hacen aparecer en la incisión cutánea transversal; restablecido el estómago en su posición normal, se atan las suturas y se cortan. Los tres pares de suturas del colon se hacen pasar sucesivamente por cada una de las incisiones cutáneas, se ligan y cortan. Estas incisiones se cierran con sutura subcuticular con catgut y se protegen con un apósito de colodión. Como se observará, las suturas del estómago y las del colon transversal van á parar á la misma incisión, y deben ligarse á un par de centímetros de distancia, la del estómago por arriba, la del colon transversal por abajo. La herida abdominal se cierra por el procedimiento corriente de la sutura en tres planos, y una vez colocado el enfermo en su cama se elevan los pies de ésta 12 á 36 centímetros, según la tolerancia del paciente. (*The Journal of the American Medical Association*, 5 de Octubre 1918.)

OTORRINOLARINGOLOGÍA

LENGUA ESPAÑOLA

1. Las aplicaciones de radium en los tumores de la rínge, por el Dr. Aurelio Ramos.—El autor estudia este método terapéutico y patrocina como la mejor técnica para su aplicación la del Dr. Jiménez Encina que necesita muy

poco instrumental y es de gran sencillez, pudiendo dividirse en los siguientes tiempos:

Instrumental: Dos pinzas de Pean, unas pinzas largas acodadas, una sonda de Nélaton, ó mejor una olivar «Eynard» del núm. 14, y dos pedazos de hilo de seda del largo de la sonda.

1.º tiempo. Preparación del enfermo: se le manda tomar desayuno fuerte, ó comida, media ó una hora antes de la aplicación; conviene dejar siempre algún intervalo, con lo que se evita el vómito al hacer la anestesia.

2.º Preparación del radio: la sal radifera (12 miligramos de bromuro de radio) encerrada en un tubito de plata de una décima de milímetro de espesor, se introduce en un filtro de plomo que tiene 2 centímetros de longitud por 0,4 centímetros de diámetro y un milímetro de espesor, cerrado á rosca por su porción superior; de aquí parte una asita adonde se anuda un hilo (1) y el todo va cubierto de una goma ordinaria que absorbe los rayos secundarios. Un pedazo de goma cortado de cualquier sonda puede servir, y el hilo que usamos es de seda trenzada («Journier» del núm. 4). La goma se cose por abajo, con lo que resulta en dedo de guante.

3.º Anestesia: solución de cocaína al 10 por 100. Rinoscopia: si las fosas nasales están sanas y el tumor es laterizado, haremos la aplicación por la fosa correspondiente á la mitad laríngea donde asienta el tumor. En cualquiera de los dos casos contrarios se anestesiara la fosa más amplia ó indiferentemente.

Un algodón arrollado en un estilete largo é impregnado en la solución de cocaína se introducirá en dirección antero-posterior, rasando el suelo de la nariz hasta tropezar con la pared posterior de la faringe.

Con otro portaalgodón faríngeo se embadurnará velo de paladar y úvula, pared posterior de faringe y cavum, base de la lengua y cara laríngea de epiglotis. Bien hecha la anestesia, la aplicación es sencillísima.

En esto, como en todo, el enfermo tiene un gran poder de acomodación, y si la primera aplicación resulta algo engorrosa, por los repetidos toques de cocaína que hay que dar, en las sucesivas veces basta con un par de impregnaciones por la nariz y otras dos en faringe, dejando tres minutos de intervalo de una á otra.

4.º Maniobra de colocación: es simplemente un primer tiempo incompleto del taponamiento posterior. Introducción de la sonda por la nariz; con las pinzas acodadas coger el extremo de la sonda que asoma por la faringe y sacarlo por la comisura labial. Un hilo se pinza á la solapa de la americana del enfermo por su extremidad libre con unas pinzas Pean: sirve de garantía para en caso de romperse el otro, y además facilita la maniobra de extracción del radio. El otro hilo (el que se anuda al asa del tubito) se anuda al extremo de la sonda que asoma por la boca. Tirando de la sonda por su extremidad superior ó nasal hasta que llegue el hilo á la ventana nasal, se coge éste con las otras pinzas Pean y se suelta la sonda. Con la mano izquierda se sujetan estas últimas pinzas: con la derecha se prende, mediante las largas acodadas, el tubo de radio con sus filtros metálicos y de goma. Se insinúa éste en dirección horizontal por la boca hacia la pared posterior de la faringe, y sinérgicamente se va tirando de la otra pinza, y, por lo tanto, del hilo que asoma por la nariz. Antes de que el tubo del radio llegue á dicha pared posterior, se inclina hacia abajo por detrás de la base de la lengua igual que para las manipulaciones endolaríngeas.

(1) También pueden anudarse los dos hilos á esta asa, aunque preferimos pasar el otro por la perforación lateral de la cubierta del tubo.

Realizado este movimiento, se abren las pinzas y se suelta el radio, con lo que queda colgando en plena faringe. Cediendo ó tirando del hilo que asoma por la nariz, se colocará el radio á la altura que nos convenga. En nuestra norma procurar que la porción superior del tubo quede á la altura de la cara superior de la lengua, cuando se trata de afecciones endolaríngicas, y á la altura del velo del paladar si de tumores faríngeos. Para que no se mueva del sitio donde lo hemos colocado, basta con pinzar el hilo nasal al pelo del enfermo, por detrás de la oreja.

Al pasar la acción de la cocaína, el tránsito de la anestesia á la sensibilidad es lo suficientemente lento para que regiones tan sensibles como base de lengua, epiglotis, etc., toleren perfectamente el roce de un cuerpo extraño, y así se pueden dar sesiones de cuatro, seis y ocho horas, sin la menor molestia. Con el radio puesto, los enfermos pasean, escriben, etc., y solamente lo quitamos para que coman, con objeto de darles descanso y facilitarles la alimentación de toda clase de substancias.

Únicamente debe preverse la tos: un golpe de tos hace expulsar el radio y tenerlo en la boca. Esto es siempre enojoso, y con un par de días de tratamiento sedante se pueden comenzar las aplicaciones sin temor á incidentes.

Para quitar el radio se suelta la pinza que perle del pelo, humedecemos el hilo que pasa por la nariz para facilitar su deslizamiento, y se tira del que asoma por la boca, con lo que sale fácilmente el tubo, que inmediatamente se limpia con alcohol de 90°, sin perjuicio de volverlo á limpiar en el momento de la aplicación.

Se manda al enfermo que desayune á las ocho de la mañana y le colocamos el tubo á las nueve. A la una del día se quita y se vuelve á poner á las tres de la tarde, y hasta las ocho de la noche lo tiene. Así se le dan nueve horas diarias, tolerándolo perfectamente, y en cinco ó siete días se acaba el tratamiento. Se vuelve á ver al enfermo á los veinte días, y según su estado, se aconseja la conducta que debe seguir. (*La Medicina Ibero*, Madrid, 12 de Abril de 1919.)

FISIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Experimentos sobre la acción fisiológica del cornezuelo, por los doctores B. A. Houssay y E. Hug.—He aquí las conclusiones que establecen los autores como resultado de su estudio:

Los macerados de cornezuelo de *Cortaderia dioica* (Spreng.) Speg, produjeron:

1.º Aumento considerable y poco duradero de la presión arterial, con bradicardia y refuerzo de latidos cardíacos, seguida por una hipotensión marcada y más prolongada;

2.º La respiración se hizo más superficial durante la hipertensión;

3.º La elevación de presión es debida á una acción directa periférica, como lo demuestran el pletismograma renal, la perfusión de una pata aislada y el aumento de tensión en perros con cerebro, medula y bulbo destruídos;

4.º Hubo una acción vasodilatadora central de importancia variable;

5.º Después de una inyección de cornezuelo en dosis alta se obtuvo un efecto inverso con el mismo cornezuelo ó con la adrenalina (acción que corresponde á la de la ergotoxina del cornezuelo de centeno);

6.º El cornezuelo estudiado produce la contracción del útero de cobaya y coneja;

7.º Este cornezuelo resultó muy tóxico para la paloma

y el mixto. (*Revista del Instituto bacteriológico de Buenos Aires*. Noviembre, 1918.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Los estrícnicos en Pediatría, por el Dr. Santiago Cavengt.—Estudia el autor las diferentes aplicaciones terapéuticas de los estrícnicos en los niños, y deduce de su trabajo las siguientes conclusiones:

1.ª La estricnina es una medicación que se puede y se debe de emplear en los niños.

2.ª Las dosis son eminentemente circunstanciales, debiendo empezarse por dosis mínimas, para ir aumentando hasta lograr la dosis óptima suficiente.

3.ª Medicamento que exige exacta dosificación para su uso, debe de ser empleado por vía hipodérmica, en solución independiente, del modo expuesto.

4.ª En los múltiples enfermos tratados por nosotros no existieron los fenómenos de acumulación.

5.ª La depresión ocasionada por la supresión del medicamento no existe en las enfermedades agudas en nuestros casos, y en las enfermedades crónicas no aparece cuando se hace un uso adecuado de la medicación; es decir, un tratamiento apropiado en dosis y en tiempo.

6.ª Para obtener buenos resultados es necesario emplear la dosis óptima, distinta en cada enfermedad y en cada enfermo.

7.ª Los fracasos de la medicación estrícnica se deben en muchos casos á un mal uso en dosis y en cuanto respecta al momento en que se ordena.

8.ª En la tuberculosis infantil es un medicamento útil por sí y por lo que mejora el aprovechamiento de los fármacos restantes que al mismo tiempo se deben de emplear, pues la estricnina la mayor parte de las veces no debe de ser usada sola, sino unida al sol, al aire, al reposo, etc.

9.ª Otra enfermedad que se beneficia grandemente de su empleo es el raquitismo.

10. Hemos obtenido resultados muy satisfactorios con su uso en las bronconeumonías.

11. Sería conveniente una revisión de las dosis medicamentosas aconsejadas hasta hoy en la terapéutica infantil. (*La Pediatría Española*, Madrid, 20 Abril 1919.)

2. Sobre el tratamiento del tétanos, por el Dr. Eurico Salles Gomes.—El autor hace un estudio acerca del tratamiento del tétanos, y deduce las siguientes conclusiones:

1.ª El ácido fénico, el bicarbonato sódico, el persulfato de sodio, el sulfato de magnesio, y el cloral, no ejercen acción alguna antitóxica *in vivo* contra la toxina tetánica.

2.ª El suero antitetánico es capaz de impedir la aparición de los síntomas del tétanos, cuando es aplicado por la vía hipodérmica, aun después de algunas horas de la inoculación de la toxina. También determina la curación introducido por la vía raquídea, pues obra deteniendo la marcha de la intoxicación.

3.ª La seroterapia antitetánica es, por lo tanto, la única medicación antitóxica del tétanos. La inyección intravenosa será siempre preferible á la subcutánea, siendo la mejor la vía raquídea. (*Anales Paulistas de Medicina e Cirurgia*, Sao Paulo, Brasil, Noviembre, 1918.)

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL



PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Tras del trabajo, el reposo.—La Exposición del Congreso.—La semana española en París.—Un caso curioso de Medicina legal.

Terminadas las tareas del Congreso médico, y vueltos á sus sendos hogares los miles de profesores que vinieron á Madrid, la clase médica parece sumida en ese gratísimo y bienhechor reposo que sigue á los grandes y sostenidos esfuerzos, y puede empezar á darse serena cuenta de la mucha y muy importante labor que han realizado los autores de tan numerosos trabajos como fueron aportados á las sesiones, y del progreso que en los últimos lustros han adquirido en España las distintas ramas de las ciencias médicas.

Extensa, compleja y profunda la cantidad de doctrina expuesta, su imparcial y severo análisis puede atestiguar, con demostraciones elocuentísimas, que España se va capacitando para figurar como un pueblo seriamente productor, y por esto que no se halla lejano el día en que los nombres y los frutos de sus esclarecidos profesores figuren en las obras extranjeras al nivel y con el prestigio de los de los más eminentes clínicos y experimentadores de las naciones adelantadas.

El reposo actual de la clase puede servir, por consiguiente, para hacer un inventario de la labor realizada durante la preparación y el desarrollo del Congreso, y de estudio para la buena organización del que se celebrará en Sevilla el año 1922.

La Exposición del Congreso médico, situada en el Parque del Retiro, está siendo muy visitada por un público variado, compuesto desde las altas clases sociales á las más humildes, y de todos los labios brotan elogios para aplaudir la importancia y la buena organización del certamen. La recaudación que por el concepto de ingresos se hace va á superar mucho á lo que se esperaba, y esto permitirá tal vez que la Comisión organizadora pueda completar sin auxilios ajenos, apremios, ni apuros, todos los gastos, incluso los de impresión de las actas del Congreso, que formarán un número considerable de tomos.

Revisando la Exposición se advierte bastante

variedad en los motivos, importancia y mérito en el material expuesto y buen gusto en las instalaciones. El Canal de Isabel II, el Ayuntamiento de Madrid, la Sanidad Militar y de la Armada y otras muchas entidades que no citamos, merecen sincero aplauso, habida cuenta de las circunstancias desfavorables en que han hecho sus trabajos y de la novedad que en nuestro país representa este género de Exposiciones médicas.

Y esta Exposición es otro éxito que hay que aplicar el activo del Dr. Aguilar, en gran parte.

Con el nombre de «La Semana Española» ha sido designada en París la actual, con ocasión de celebrarse en ella un Congreso francoespañol, destinado á estrechar los lazos que unen estas dos naciones hermanas, y si bien en él figuran escasas personalidades de uno y otro país, son las que hay lo suficientemente caracterizadas para que expresen y representen con autoridad el sentimiento de mutua estimación de sus respectivos pueblos y para que acuerden conclusiones importantes para su porvenir.

La sesión inaugural se celebró el día 5 en los salones del Comité de Acción parlamentaria. Presidió el acto M. Imbart de la Tour, miembro del Instituto de Francia, acompañado del ex ministro español D. Carlos Cortezo y de M. Coville, en representación del ministro de Instrucción Pública de Francia. Actuó de secretario el de la Embajada de España en París, conde de Molina, que también ostentaba la representación del embajador de España, Sr. Quiñones de León.

Entre los asambleístas españoles figuraban el senador D. José Gómez Ocaña, D. Leonardo Torres Quevedo, D. Odón de Buen y D. José María González, secretario de la Cámara de Comercio de Madrid.

Los asambleístas franceses eran el rector de la Universidad de París, D. Luciano Poincaré; el señor Hanotaux; el Sr. Teissier, presidente del Consejo de Administración de la Compañía del Mediodía; el ex embajador Sr. Geoffray; el Sr. Lallemand, de la Academia de Ciencias, y el Sr. Eichthal, del Instituto de Francia.

Monsieur Imbart de la Tour abrió el Congreso

pronunciando un discurso en el que rindió homenaje á los organizadores de la llamada «Semana española», y especialmente al ministro francés monsieur Franklin Bouillon.

En nombre del Gobierno, M. Coville dió la bienvenida á los delegados, y recordó los mutuos testimonios de simpatía que se han dado España y Francia durante la guerra. La actual asamblea la considera el orador como una promesa de una verdadera alianza intelectual.

El Dr. Cortezo, presidente de la Delegación española por ausencia del duque de Alba, agradeció la acogida dispensada á los delegados, y declaró la gran admiración que sentía hacia Francia, cuyas penas y alegrías fueron compartidas durante la guerra y en el momento de la victoria por la mayoría del pueblo español y por lo más escogido de su intelectualidad.

Después de la lectura del programa de los trabajos que había de emprender la asamblea, M. Imbart recordó el interés que el Rey de España, D. Alfonso XIII, demostró siempre por el Congreso que hoy se inaugura y los esfuerzos que durante la guerra realizó para dulcificar los sufrimientos de Francia. Por todo esto, y á propuesta de M. Imbart, se acordó, como testimonio de gratitud, dirigir al Soberano español un expresivo telegrama de gratitud y de respeto.

En la sesión de la tarde que presidió el Dr. Cortezo, se adoptó el acuerdo de cambiar revistas francesas y españolas en determinados Centros, ya que las bibliotecas tienen abandonado este importante servicio.

A las sesiones asistieron muchas señoras y señoritas estudiantas españolas.

EL SIGLO MEDICO se honra mucho con que su Director haya recibido las muestras de consideración y de alta distinción á que su historia le da derecho, y es de esperar que sus gestiones y sus iniciativas sirvan para acrecentar los vínculos que unen nuestros intereses.

Escrito lo anterior leemos las decisiones aprobadas en la sesión del martes, destinadas todas á favorecer el intercambio intelectual mediante el curso gratuito de obras francesas á los profesores españoles que enseñan francés, y viceversa; á gestionar la creación de depósitos de libros franceses en España y de españoles en Francia; á la protección de los intelectuales en los institutos respectivos, al auxilio de sus escritores; á la traducción de obras científicas y literarias y á la representación en teatros de París de obras españolas, traducidas ó adaptadas y si puede ser en el propio idioma,

Ha sido objeto de extraordinario estudio y curiosidad en esta semana el drama desarrollado en

una casa de amor de la calle de Zurita, en Madrid, donde apareció una mujer gravemente herida y un hombre muerto con varias heridas, muchas de ellas en el corazón y, por consiguiente, mortales de necesidad. El primer examen de este cadáver hecho por el Dr. Canseco hizo opinar que había sido muerto por mano extraña, que sería la de la mujer; pero dudándose de la exactitud de este juicio por datos acerca de la mujer y sus declaraciones al parecer sinceras, el juez requirió el dictamen de ocho peritos más: los Sres. Maestre, Piga, Segarra, Alonso Martínez, Fuentes, Pascual, Liño, Ríos, quienes, unidos al Sr. Canseco, examinaron detenidamente el caso, lo discutieron, y concluyeron por emitir un juicio de suicidio verdaderamente estupendo, de *suicidio excepcionalísimo* como registra muy pocos la historia, ya que en él debió el sujeto estarse apuñalando el corazón en la agonía con una saña feroz.

Verdaderamente el hecho justificaría un interesante debate en cualquiera Sociedad médica.

Lo que más puede satisfacer á la opinión pública es que el dictamen lo firman todos los médicos incluso el mismo Sr. Canseco.

DECIO CARLAN

LA BENEFICENCIA GUIADA POR LA CIENCIA

La conferencia de Cannes.

Los inmensos servicios prestados durante la guerra por las diferentes Sociedades de la Cruz Roja han puesto de relieve la vitalidad profunda de esta institución. Su historia es corta, pero gloriosa. Hace cincuenta años, al terminar la guerra de Italia, surgió en Suiza la idea de crear un grupo de voluntarios de la caridad, para socorrer á los heridos en los campos de batalla. Pronto fué ensanchándose esta institución. Después de ocuparse de los heridos, la Cruz Roja empezó á ocuparse de los prisioneros. Más tarde extendió su acción humanitaria á todos los desvalidos. Hoy se ha convertido en símbolo de la abnegación.

Las miserias acumuladas por la guerra, los sufrimientos atroces que ha dejado tras de sí esta hecatombe general, no podían por menos que preocupar hondamente á los directores de la Cruz Roja de las naciones aliadas. Ante ellos se extendía un vasto campo de acción. ¿Iban á dejar caer en el vacío las experiencias de la guerra? Las enfermedades, que á veces se convierten en verdaderas plagas, porque no son suficientemente combatidas, porque los esfuerzos de los encargados de luchar contra ellas no están bien coordinados, porque la humanidad no conoce los medios para preservarse y curarse, son enemigos más terribles todavía que la guerra.

Era noble y urgente emprender una cruzada en favor de la higiene y de la salud pública, una cruzada contra la tuberculosis, la gripe, el paludismo. Y para organizarla se constituyó, bajo la presidencia de M. Henry P. Davison, el Comité de Sociedades de la Cruz Roja que inmediatamente convocó á los especialistas más reputados del mundo entero á una conferencia.

Esta conferencia acaba de celebrarse en Cannes (Fran-

cia) y ha sido un éxito inmenso para el Comité de Sociedades de la Cruz Roja. Jamás se han reunido en un Congreso tantos sabios con la intención expresa de consagrar todo su talento y su experiencia á la elaboración de un programa de utilidad pública. Otros Congresos científicos han tenido por objeto un intercambio de conocimientos acerca de un ramo especial de la ciencia. En éste se trataba exclusivamente de estudiar el medio de poner la ciencia al servicio del público en general.

Más de cincuenta especialistas reputados han respondido al llamamiento del Comité. Los hombres más eminentes de Inglaterra, de Francia, de Italia, de los Estados Unidos, del Japón, se han trasladado á Cannes. Citaremos entre otros, conocidos universalmente por su valor científico, á los doctores William M. Welch, Hermann Biggs, Richard P. Strong (Estados Unidos); sir Arthur Newsholme, coronel Cummins, sir Ronald Ross (Gran Bretaña); profesor Roux, doctor Vidal, Dr. Rist (Francia); doctores Marchiafava, Castellani, Bastianelli (Italia).

Al inaugurarse los trabajos, M. Henry P. Davison recordó la génesis de la idea y la acogida cordial que le habían dispensado el presidente Wilson y los Gobiernos inglés, francés, italiano y japonés. Añadió que el Congreso de Cannes tenía por objeto preparar un programa de acción común para someterlo á las Sociedades de la Cruz Roja que se reunirán en Ginebra treinta días después de firmada la paz. El plan que se trata de elaborar será un plan ideal y práctico al mismo tiempo. Ideal, porque su fin supremo es humanitario; práctico, porque busca los medios de hacer frente á las tragedias que se producen en la vida cotidiana.

Después, la Asamblea eligió presidente por aclamación al Dr. Roux, el alumno de Pasteur y su sucesor por la importancia de sus descubrimientos y su modestia personal. El Dr. Roux, emocionadísimo, dió las gracias á los congresistas por el homenaje de simpatía que su designación representaba para Francia y para los médicos franceses. Declaró que no podía por menos que prestar todo su concurso á la obra emprendida, y que la beneficencia, guiada por la ciencia, realizará grandes cosas para bien de la Humanidad.

Luego hicieron uso de la palabra los representantes de las naciones aliadas, adhiriéndose sin reservas al proyecto del Comité.

El profesor Welch felicita á las Sociedades de la Cruz Roja de las que todo puede esperarse, después del ejemplo que han dado durante la guerra. Mientras los Gobiernos organizan la Liga de Naciones para luchar contra el enemigo de la civilización, el Congreso de Cannes organiza la Liga de la Sanidad pública para luchar contra la enfermedad, enemigo de la Humanidad.

Sir Arthur Newsholme dice que la espléndida visión evocada por los oradores precedentes será pronto una hermosa realidad. Añade que existe, por lo menos, tanto interés en difundir entre el público los conocimientos que existen acerca de ciertas enfermedades como en ayudar á las investigaciones para descubrir las causas desconocidas de otras. En este sentido, la misión de las Cruces Rojas puede ser eficazísima.

El profesor Marchiafava dice que la Cruz Roja italiana realiza obra de beneficencia social desde hace veinte años y que, por lo tanto, se halla preparada y dispuesta á secundar el proyecto del Comité.

Para terminar, el coronel del ejército de los Estados Unidos, Richard P. Strong, célebre por sus investigaciones acerca de las enfermedades tropicales y sus trabajos á propósito de la fiebre de trincheras, dió lectura á una Memoria muy documentada, conteniendo un plan concreto de trabajo.

Sería demasiado largo entrar en detalles sobre esta Memoria, redactada con un gran sentido de la realidad por un hombre de sabiduría reconocida que basa sus proposiciones en las lecciones de la experiencia. Diremos sólo que el plan del coronel Strong consiste en crear una organización central dotada de todos los medios de investigación, inspección y vulgarización necesarios. En ella serán centralizados todos los descubrimientos, todas las Memorias relativas á una misma materia procedente de todos los países. Este organismo podrá así confrontar, incluso experimentalmente, las diferentes terapéuticas difundiendo por todas partes.

El coronel Strong cita el ejemplo de la «fiebre de trincheras», que empezaba á realizar estragos en los ejércitos aliados y que pudo ser vencida rápidamente gracias á la centralización que hizo él mismo de las observaciones de sus compañeros, gracias á la libertad que tuvo para utilizar voluntarios americanos en los estudios experimentales de esta enfermedad de origen parasitario. Sin esta libertad hubiera sido preciso ensayar con animales y los resultados se habrían hecho esperar mucho tiempo.

Los profesores Roux, Kenwood, Marchiafava, Castellani, el Dr. Rist, Sir Arthur Newsholme y otros aprobaron calurosamente el plan del coronel Strong.

En seguida los sabios de la Asamblea se dividieron en pequeños grupos, según las materias que les son familiares, y estos grupos prepararán diferentes programas. Por lo pronto, todos reconocen la necesidad inmediata de una acción combinada y creen esta acción puede ejercerla con éxito una liga de sociedades de la Cruz Roja.

A medida que las comisiones especiales vayan redactando sus programas, los iremos dando á conocer. Muchas de las conclusiones adoptadas ya, serán una revelación para el mundo por su sencillez.

Nadie tiene derecho á desinteresarse de estas cuestiones. Entre los hombres que se han reunido en Cannes para echar las bases de una acción universal contra enfermedades *que es perfectamente posible vencer*, hay representantes de las Cruces Rojas y eminencias médicas de todos los países aliados. Los primeros buscan los medios más prácticos para que los trabajos, las investigaciones pacientes, los admirables descubrimientos de la ciencia puedan aplicarse inmediatamente, para que el progreso médico salga de los laboratorios y se propague con toda la amplitud, todo el rigor y toda la dulzura que el sufrimiento exige por la tierra entera. Los segundos guiarán á los primeros por el sendero de la ciencia, poniendo á contribución todo su talento para que la lucha no sea vana y dé los mejores resultados. El deber del público, de la Prensa, de cada uno en particular es de tomar parte en la noble cruzada emprendida por el Comité de Sociedades de la Cruz Roja en favor de la higiene, de la Beneficencia contra las enfermedades y la miseria.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 12 DE ABRIL DE 1919

Blefaroplastia.

El Dr. MÁRQUEZ presenta unos cuantos casos de distintas operaciones de blefaroplastia.

Dice que el asunto es muy complejo por perseguir principalmente dos fines: uno, el fundamental, es el de la protección del globo ocular por el párpado, que evita alteraciones graves en el órgano, y el otro, el fin estético, porque de

él puede depender para los individuos el conservar ó perder su medio habitual de vivir por si un defecto físico afea el rostro.

Añade que los procedimientos de blefaroplastia son innumerables, pero que sólo va á hablar de tres:

1.º El de Fricke, principalmente para el párpado superior, el suyo, preferentemente para el inferior, y el de Dieffenbach, que debiera llamarse de Argumosa, puesto que lo ideó dos años antes que el cirujano alemán. El de Fricke consiste en tomar un colgajo de la región temporo-frontal cuyo pedículo está abajo y afuera para el párpado superior y arriba y afuera para el inferior, á fin de sustituir la pérdida de sustancia que queda después de puesto en su lugar el borde del párpado ectropionado y hecha la tarsorrafia. (Presenta dibujos en la pantalla.)

2.º El procedimiento del Dr. Márquez consiste en hacer que la extremidad externa del pedículo del colgajo, en vez de estar al mismo nivel ó por debajo de la interna, se encuentra por encima, y, además, en que la dirección general del colgajo en raqueta, en vez de ser casi vertical y principalmente temporal, sea casi horizontal y principalmente frontal, pues de este modo el deslizamiento es más fácil y la torsión menos violenta. Además, tiene también interés, que el extremo del colgajo se termine en verdadero vértice y no redondeado, y así la coaptación en la pérdida de sustancia producida es mejor. Es preciso, además, que la extensión de éstos sea un tercio mayor de la pérdida de sustancia que han de llenar y que la base del pedículo sea relativamente ancha, pues tratándose de un colgajo largo la nutrición podría verse dificultada en su parte más distante. (Presenta al operado y varias fotografías.)

Después expone el Dr. Márquez su procedimiento para el ectropión del párpado inferior, que consiste en utilizar las dos incisiones de la V del de Warton-Jones, prolongándose como uno y medio á dos centímetros, y trazando desde el extremo de estas dos nuevas incisiones, otras dos paralelas ó ligeramente divergentes con las de la V primitiva. Resultan así dos colgajos inferolaterales de amplia base súper-interna y súper-externa, respectivamente, los cuales después de disecados son transportados hacia arriba por sus extremidades libres, y suturadas éstas verticalmente en la línea media, quedan abajo dos pérdidas de sustancia triangular que pueden rellenarse por injertos, aunque no es necesario, quedando después dos líneas cicatriciales apenas perceptibles.

3.º El procedimiento que suele llamarse de Dieffenbach, fué ideado por este cirujano en 1834 en la clínica de Lisfranc, en París, publicándolo en Berlín en 1835, sin tener noticia de que nuestro Argumosa le había ideado en 1832 para una enferma con un tumor maligno de la parte interna del párpado inferior y un nódulo en el dorso y raíz de la nariz. Este hecho consta en las Memorias manuscritas, original que existe en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, firmadas por el propio Argumosa, el cual dió lectura de ellas en una sesión pública celebrada en el Colegio de San Carlos en 1833. Así demuestran también unas piezas de cera existentes en el Museo Anatómico de dicha Facultad, y así consta también en el «Resumen de Cirugía» del Dr. Argumosa, publicado en la obra póstuma del Dr. R. bera («Estudios monográficos de Cirugía española»), y en el discurso inaugural del curso de la Universidad de Granada, leído por el Dr. D. Víctor Escribano. El procedimiento Argumosa-Dieffenbach consiste en prolongar la comisura

externa y luego trazar en la región temporo-molar una incisión oblicua hacia abajo, paralela al lado externo del triángulo de la pérdida de sustancia, producida por la extirpación de la neoplasia y en deslizar la extremidad superior, libre, del colgajo hacia adentro, quedando una pérdida de sustancia externa. (Presenta dos enfermos, cuyo resultado estético es excelente.)

El Dr. Goyanes dice que en sus primeros tiempos de cirujano hizo numerosas intervenciones de blefaroplastia, guiado por su maestro, Dr. San Martín; que la blefaroplastia del párpado superior es más compleja y difícil que la del inferior, que por otra parte intervienen menos en la oclusión del ojo, y por lo tanto, en la protección del globo ocular, que es en definitiva el principal objeto de la blefaroplastia; tiene el párpado una formación tan compleja, que es necesario restaurar la piel, la mucosa, los cartílagos tarsos y los músculos cuando se han perdido, porque la función del párpado está absolutamente ligada á la de la visión.

Añade que en su práctica ha combinado, para la reparación plástica total del párpado enfermo, el procedimiento de Dieffenbach-Argumosa con el de Uthoff, que consiste en sustituir la mucosa del párpado inferior por la piel fina del párpado superior, que carece de vello; para lo cual hace un colgajo de la piel del párpado superior é invirtiéndolo y movilizándolo luego el colgajo, su cara cruenta queda hacia delante y la cutánea hacia atrás y el pedículo en el borde tarsal, luego se le aplica a cara cruenta del colgajo de Dieffenbach. De este modo se puede hacer una reparación plástica casi total del párpado inferior.

El Dr. Goyanes aprovecha la ocasión para ocuparse de un procedimiento suyo, de la reparación de la ceja al mismo tiempo que la del párpado superior (Fridioplastia). Consiste en tomar la piel de la frente, pero del lado opuesto, y dividir la ceja única que hay, en dos trozos, incluyen lo la parte superior de la misma en el colgajo, el cual lleva el pedículo en la raíz nasal, de manera que al volverle sobre el ojo donde existe la pérdida de la sustancia, la media ceja queda en el sitio correspondiente y la piel frontal reemplaza la parte desaparecida del párpado superior.

Habla luego del procedimiento de Jordán, de Heidelberg, que se aplica para reparar simultáneamente la piel del párpado superior y la del interior y que esquemáticamente consiste el tallar el colgajo frontal, que se divide en dos mitades, para reparar el párpado inferior, y la otra parte para reparar el superior. Dice que, á su juicio, todos los procedimientos plásticos tegumentarios pueden dividirse en dos grupos, unos que son procedimiento de trasplante libres, y otros son á colgajos, tomados unas veces de las proximidades de la pérdida de sustancia, y otras de sitios á mayor distancia (periplastias, paraplastias ó teleplastias).

El Dr. Márquez rectifica brevemente apoyando lo expuesto por el Sr. Goyanes, en particular sobre el procedimiento de éste que lo considera original é ingenioso.

Bacteriología de la gripe y aplicación á la terapéutica.

El Dr. MURILLO recogiendo las ideas sostenidas por el Dr. Aguilar acerca del tema, dice que va á exponer algunas consideraciones acerca de las tres ó cuatro afirmaciones que más le han llamado la atención. La primera, sobre la obscuridad y la incertidumbre que sostiene el señor Crialo, le parece que en esto hay algo de injusticia, porque hay que admirar la obra clínica, que es indudable que en las

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
IGUAL EN COMPOSICIÓN Y PUREZA AL NEUTRALON ALEMÁN
Laboratorio Camir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

endemias consecutivas á las epidemias de gripe, puede haber casos de difícil diagnóstico, pero esto pasa en todas las enfermedades por clara y determinada que sea su etiología. Otra de las afirmaciones del Sr. Criado es la de que no admite más que provisionalmente el papel del bacilo de Pfeiffer en la etiología de la gripe, y esto le acredita de cauto y prudente, pero debiera ser algo más explícito, algo más afirmativo al referirse á la intervención que el bacilo de Pfeiffer tiene en la gripe; porque bastará recordar que en punto á la etiología todas las enfermedades infecciosas han atravesado períodos largos de controversia hasta llegar al momento de la evidencia, en que nadie puede negar lo innegable. Cuando estos hechos están comprobados por varios investigadores de significación y autoridad nada valen contra ellos las disquisiciones, ni las argucias, ni las filosofías, ni siquiera la experimentación, que, al fin y cabo, es una imitación de la naturaleza, una reproducción artificiosa de los fenómenos, en la cual el investigador influye siempre sin darse cuenta, mientras que la observación de la naturaleza no es más que la simple lectura de la realidad. Aplicando este criterio á la gripe se ha visto que no un bacteriólogo y un clínico, sino muchos, no en un país, sino en muchos, no en un caso, sino en muchos, han ido á las eutopías y se han encontrado con el bacilo de Pfeiffer en estado de pureza, sin acompañamiento de ningún otro microbio, y lo han encontrado en los exudados bronquiales, en los taponcillos clásicos, sorprendiéndole en actitud de lucha, fagocitado muchas veces, invadiendo la infiltración peribronquial y los tejidos interalveolares; y cuando esto ocurre no hay más remedio que admitir que el bacilo de Pfeiffer tiene un papel importante en la etiología de la gripe. Cita los experimentos de dos Comisiones, una que se reunió en Boston y otra en San Francisco de California, las cuales llegaron á las mismas conclusiones negativas empleando los mismos métodos. Ambas, cree que no procedieron con el necesario rigor. La de Boston eligió 60 marineros, los aisló en lugar adecuado y les inoculó productos de secreción bronquial filtrados cuidadosamente, y hechas estas inoculaciones vieron que ninguno adquiría la gripe. La de San Francisco de California procedió de modo parecido; buscó el material patológico en un hospital donde había muchos enfermos de gripe; tampoco enfermaron de gripe. Se explica esto porque de los 60 marineros de Boston, la mayoría procedía de un buque en que el 84 por 100 de la dotación había sufrido la gripe y los otros habían estado sirviendo en focos donde reinaba la misma enfermedad, y la Comisión de San Francisco eligió marineros que previamente habían sido vacunados con la vacuna recomendada contra la gripe por la Comisión inglesa, no siendo, por consiguiente, unos ni otros material á propósito para que respondiesen á una investigación de esta naturaleza.

Otra de las afirmaciones del Dr. Criado es la de considerar benigna la gripe, y dice el Dr. Murillo que la considera grave, desde el momento que en pocos meses ha recorrido todo el mundo y ha causado millones de fallecimientos; que en España, según el Instituto Geográfico y Estadístico, desde Mayo á 31 de Diciembre de 1918, con el diagnóstico de gripe, han muerto 161.000 personas. No es admisible que se califique de leve una infección que produce este número de muertos. En cambio, si se considera que ataca á muchísimas personas, que su morbilidad es enorme con relación á la mor-

talidad; si se recuerda que en la epidemia del año 1890 se demostró que el 43 por 100 de la población alemana estuvo atacada de gripe, y se aplica esto á nuestro país, con lo que resultaría que en España lo han padecido siete ú ocho millones de personas, sin que mueran más que 161.000, se podría decir que es relativamente benigna. Pero en sí, en lo que á la humanidad interesa, poniéndose en el punto de vista antropométrico, la gripe es uno de los peores azotes que afligen á la humanidad.

DR. CESALDO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebró sesión el último martes bajo la presidencia del Dr. Tolosa Latour.

Leída y aprobada el acta de la sesión anterior, el Sr. Redondo, ilustrado sacerdote de la Parroquia de San José de esta corte, pronunció un elocuente discurso proponiendo el estudio de la enfermedad social como base primera para el verdadero estudio de la protección á la infancia.

Entiende que la Antropología es el primer factor que debe imponer en las tres clases de enseñanza. Trata á continuación de la transformación de la propiedad en el sentido de que la tierra debe ser propiedad mientras se trabaja, pues según el orador, el origen de las propiedades fué la espada, el derecho del más fuerte.

El Sr. Juarros leyó las siguientes conclusiones acerca del albergue nocturno en Madrid.

Dicen así:

Conclusiones.

1.^a El problema de los sin hogar, no es en Madrid cuestión exclusiva de mendicidad ó vagabundeo.

2.^a La recogida de los que duermen en la vía pública no resuelve nada por falta de locales donde alojar á los recogidos, é impedir el albergue bajo la protección de los huecos y portales es un acto inhumano, pues obliga á dormir en campos y desmontes á los desgraciados sin hogar.

3.^a Los asilos al uso de nada sirven por su escasa cabida y por alejar de ellos á los obreros sin trabajo ó con soldada escasez además de imponer la disociación de las familias.

4.^a La solución verdadera exige:

a) Garantizar la hospitalización á todos los desvalidos que legítimamente la soliciten.

b) Crear dormitorios municipales, donde se facilite cama por cantidades análogas á las que cobran las posadas; pero con rigurosa higiene y escrupulosa vigilancia las enfermedades infecto-contagiosas latentes. En estos dormitorios se darían comodidades para que pudieran utilizarlos familias y obreros obligados á levantarse y acostarse á horas desusadas.

c) Establecer colonias de reeducación para vagabundos.

d) Acometer de una vez y decididamente el problema de las casas baratas para obreros.

e) Los sin hogar representan un grave riesgo para los intereses sociales, materiales é higiénicos del pueblo madrileño.

El Dr. Juarros apoyó elocuentemente sus conclusiones, con datos demostrativos de una observación personal muy tratable, puesto que los vagabundos y pordioseros son en

CARBOLAN

Pelrid's C.^o

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.^o y 2.^o grado, etc.

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

menor cuantía. La recogida proyectada por las autoridades a los asilos de noche no es conveniente, porque los obreros no se consideran pobres, no admiten familias.

El Dr. Franco Martínez felicitó al Dr. Juarros insistiendo y ampliando alguno de los puntos tratados en las conclusiones presentadas.

El Sr. Noguera se lamenta de que hay 20.000 niños sin escuela en España abandonados.

Y habiendo pasado las horas de reglamento, se levantó la sesión.

CONFERENCIAS DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Un caso de quiste hidatídico retrovesical. (1)

En este individuo probablemente la infección se debe haber producido por dos mecanismos, ó bien porque los perros, á pesar de que procuraba que no lamieran los utensilios con que comía, tal hicieran, ó bien porque estos mismos utensilios, puestos boca abajo encima de la hierba acaso en sitios donde habían podido haber existido deposiciones de los perros, recogieran los huevos con los embriones exacantos, pasando con los alimentos al intestino.

Ya en éste, libres los embriones exacantos de su cáscara, disueltos por el jugo gástrico, en vez de caer en un ramusculo de la vena porta ó en un vaso linfático, como es lo más corriente que suceda, emigró á través de la pared intestinal por los espacios intercelulares, á nivel del recto, implantándose delante de éste, en el tejido celular perirrectal.

Implantado ya el embrión exacante en este sitio, se desarrolló, aumentando de volumen y formando la vesícula hidatídica. Esta se compone de una cubierta ó membrana madre, formada ésta á su vez por dos capas, una externa quitinosa y formada por hojas estratificadas, y otra interna de aspecto veloso y con protoplasma nucleado que constituye la membrana germinativa. En esta membrana germinativa salen unos granos blancos que se desprenden, formando lo que se llama arena hidatídica, cuyos granos no son más que las cápsulas prolíferas, en cuyo interior están los escolex, que no son más que cabezas de tenia invaginadas, y que son las que desarrollándose en el intestino del perro darán lugar á las tenias. Antes se creía que sólo en éste se podían desarrollar, pero hoy se ha comprobado que pueden desarrollarse, y directamente dar lugar á quistes hidatídicos en el mismo individuo. Como comprenderéis, esto es de mucha importancia en cirugía, ya que nos explica la posibilidad de producir siembras en el momento de la intervención y nos explica la equinocosis secundaria.

Desde este punto de vista, el de que los quistes hidatídicos pueden producir metástasis, es en el que se parecen con los tumores malignos.

En el interior de la vesícula madre pueden existir vesículas hijas, y dentro de éstas, vesículas nietas, formadas por el mismo mecanismo que aquella.

El quiste está lleno de un líquido claro, transparente como el de agua de roca, el cual se compone de cloruro de sodio en cantidad como de 40 á 80 centigramos por 100 gra-

mos, estando exento de albúmina mientras está vivo el parásito, encontrándose además, tirosina, urea, colesantina, azúcar, etc. Además se pueden encontrar escolex libres por destrucción de su cápsula prolífera.

Alrededor del quiste y como un acto de defensa del organismo, se forma con los tejidos que le envuelven, una membrana fibrosa, que en nuestro caso estaba adherida íntimamente con el recto.

Tratamiento. — Con la habilidad que le caracteriza, el Dr. Blanc le operó, consistiendo la operación en hacer una laparotomía media infraumbilical intentando extirpar por completo todo el quiste, pero fué imposible hacerlo, porque la membrana periquística estaba íntimamente unida al recto. Por esta causa se hizo marsupialización previo desagüe del líquido, encontrando muchas vesículas hijas y algunas nietas, cosa nada infrecuente en un adulto. No se encontró ninguna fístula entre el recto y el quiste.

El enfermo estaba muy bien. Ha perdido la repugnancia para las grasas y para la bebida y el malestar que la comida le producía.

Conclusiones. — Del examen de este caso se desprenden las siguientes conclusiones:

1.^a La localización equinócica puede realizarse como se ha demostrado ya otras veces, sin que el embrión exacante utilice la corriente venosa ó linfática.

2.^a Que siempre que nos encontremos un individuo, con un proceso tumoral antiguo, y con buen estado general, podremos siempre en la posibilidad de un quiste hidatídico, dirigiendo nuestra exploración en este sentido; y

3.^a Que hay que profundizar en el estudio, de que si las toxinas hidatídicas tienen una acción especial sobre el funcionamiento hepático.

Un caso de quiste hidatídico intrahepático.

El Sr. MALLOL. — *Historia clínica.* — Agustín Pérez, diez y nueve años, Rueda (Valladolid). Antes fué jornalero; trabajaba en labores de tierras. Después, hasta que ingresó en el hospital, era mozo de una fábrica de gaseosas.

Antecedentes familiares. — Carecen de interés.

Enfermedades anteriores. — Sólo recuerda haber padecido durante la primavera pasada la gripe.

Ha padecido durante los veranos diarreas amarillas.

Buen apetito; no le repugnan las grasas.

Orina, turbia y roja.

Modo y época de comenzar la enfermedad. — El enfermo no sabe cuándo se notó por primera vez la tumoración que el quiste le producía; afirma que cuando tenía seis años recuerda que bañándose en el río de su pueblo tenía ya el quiste.

Ingresó en la sala de Santiago con un fuerte dolor en la región hepática, dolor producido por una inflamación peritoneal periquística, originada por compresión. A los dos días de guardar cama desapareció el dolor.

Inspección. — El aspecto del enfermo es aninado y raquítico.

En el lado derecho del tórax, por encima del hígado, se apreciaba una tumoración grande, no muy elevada, lisa y de contornos redondos. Tenía vascularización supletoria tipo porta. Disminución de los movimientos respiratorios en el lado derecho.

(1) Véase el número anterior.

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: muest.
tras. LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25-San Sebastián

Palpación.—La temperatura de la tumoración normal. Consistencia uniforme y como gelatinosa. Retinencia.

Auscultación.—Desaparecido el murmullo vesicular en toda la parte de tórax ocupada por el quiste.

Percusión.—El sonido mate rebasa por abajo los límites del hígado; cuando el enfermo se sienta, los límites superiores de la macidez descienden dos traveses de dedo; estando en dicha posición la macidez que describe una curva de concavidad inferior, tiene los siguientes límites:

Lado izquierdo: línea mamilar asciende hasta el 7.º espacio; id. paraesternal asciende hasta la 6.ª costilla.

Línea esternal asciende hasta la unión de la apófisis xifoides al cuerpo del esternón.

Lado derecho: línea paraesternal hasta la 5.ª costilla; id. mamilar hasta la 4.ª costilla; id. axilar anterior hasta el tercer espacio intercostal; id. axilar media hasta el tercer espacio intercostal.

Desde la línea axilar posterior la macidez desciende en rama de parábola que en su mayor amplitud llegaba á línea escapular. Por abajo rebasa los límites de la macidez hepática que se prolonga algo hacia la izquierda.

No había temblor hidatídico.

Reacción de desviación de complemento negativa.

Fórmula sanguínea.—Eosinófilos 8 por 100 de leucocitos 15.000.

La leucocitosis le produjo la peritonitis que tuvo el enfermo, pues unos días después de ingresar en el Hospital se le extrajo la sangre para analizársela.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico de hígado de asiento intrahepático, que rebasaba por borde anterior de hígado y que tenía su desarrollo máximo hacia tórax. Se le operó el 10 de Enero. La operación se hizo por vía abdominal. El enfermo tuvo ligera hipertermia los tres días siguientes á la operación. Expulsaba al principio bilis normal, después bilis con un olor desagradable. Se le puso cura Carrel. En la actualidad se está desprendiendo y expulsando la adventicia.

Estado general bueno.

(Se continuará.)

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

EXPOSICIÓN

Señor: El artículo 11 del Reglamento para la elaboración y venta de especialidades farmacéuticas, aprobado por Real decreto de 6 de Marzo próximo pasado, establece en su apartado 3.º que por derechos de registro é informes entregará el solicitante la cantidad que le corresponda según la tarifa que se publicará por la Inspección general.

Estos derechos sanitarios, precisos para sufragar los gastos que ha de ocasionar el mismo registro, y sobre todo la acción fiscal que las autoridades sanitarias han de ejercer sobre la elaboración y venta de estos preparados, así como para los gastos de análisis en los casos que, conforme al mismo Reglamento, sea preciso realizar, deben incluirse como ampliación de las tarifas sanitarias aprobadas por Real decreto de 24 de Febrero de 1908, en cumplimiento de la ley de 3 de Enero de 1907, sujetándose, respecto á su cobro, á los preceptos de esas disposiciones, y en cuanto á su distribución,

equiparándola á lo que tiene lugar con los demás ingresos debe señalarse el 75 por 100 de los mismos para los gastos de la oficina registradora y acción fiscal y el 25 por 100 para los gastos del laboratorio encargado de practicar los análisis de las especialidades.

La Inspección general de Sanidad, en cumplimiento de la cuarta disposición general del referido Real decreto de 24 de Febrero de 1908, que dispone puedan ampliarse las tarifas sanitarias cuando lo impongan las necesidades del servicio, con informe del Real Consejo de Sanidad ha presentado una propuesta á este Cuerpo Consultivo para que recaiga acuerdo sobre las tarifas que deben pagarse por derechos de registro é informes de las especialidades farmacéuticas, habiendo informado por unanimidad dicho Real Consejo la tarifa que ha de ser sometida á la aprobación de V. M. en el adjunto proyecto de decreto.

Madrid, 29 de Abril de 1919.—Señor: A. L. R. P. de V. M., Antonio Goicoechea.

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de la Gobernación,
Vengo en decretar lo siguiente:

1.º Se aprueba la adjunta tarifa acordada por el Real Consejo de Sanidad, de derechos de registro é informes que se satisfarán en el momento de solicitar la inscripción de las especialidades nacionales y extranjeras en la Inspección general de Sanidad.

2.º Los derechos recaudados por este concepto se liquidarán á favor de la Inspección general de Sanidad en análoga forma que lo dispuesto para los derechos sanitarios por servicios provinciales y municipales, percibiendo el 75 por 100 y reservando el 25 por 100 de aquéllos para el Instituto de Alfonso XIII, encargado de realizar los análisis.

Dado en Palacio á 29 de Abril de 1919 — ALFONSO. — El ministro de la Gobernación, Antonio Goicoechea.

Tarifa de derechos de registro é informes de las especialidades farmacéuticas.

Conceptos.

1.º Por derechos de registro é informes de una especialidad farmacéutica se satisfará, en papel de pagos al Estado, la cantidad de 20 pesetas.

2.º Por los mismos conceptos de un grupo de preparados de igual forma farmacéutica se abonará, en papel de pagos al Estado, 10 pesetas por cada preparado, cuando éstos no excedan de diez, y de diez en adelante se satisfarán cinco pesetas por cada uno.

3.º En el caso de que al efectuarse el análisis de comprobación de la fórmula presentada por el preparador ésta no resultara cierta, los gastos que origine el análisis serán de cuenta del que haya solicitado el registro, sin perjuicio de las demás penalidades establecidas en el Reglamento antes citado.

Madrid, 29 de Abril de 1919. — Aprobado por S. M. — Antonio Goicoechea.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,3; mínima, 700,4; temperatura máxima, 25,8; id. mínima, 0,4; vientos dominantes, ONO. NNO. N.

En la semana pasada no se han observado variaciones

PEÑACASTILLO

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

notables con relación al estado sanitario que viene predominando en Madrid. La gripe sigue disminuyendo en intensidad y gravedad al grado de ser ya poco importante. Las fiebres infecciosas escasean, siendo el sarampión la que más se presenta. Las infecciones gástricas se observan también poco. Las neuralgias, mialgias y exacerbaciones reumáticas musculares y articulares son algo abundantes.

La mortalidad sigue escasa.

Crónicas.

Que sean felices.—Nuestro muy querido amigo, el eminente especialista Dr. Chervin, director del afamado Instituto de Tartamudos de París, nos participa el matrimonio de su encantadora hija Susana con el distinguido ayudante observador del Cuerpo de aviadores, M. Raymond Gaumont, decorado por su valiente conducta en la guerra.

El Dr. Chervin, académico corresponsal de nuestra Real Academia Nacional de Medicina, es muy conocido y estimado de la clase médica española, en la que tiene numerosos admiradores y amigos, en nombre de los cuales enviamos a él y su prestigiosa familia la más cariñosa enhorabuena por tan fausto suceso, deseando al joven matrimonio interminable luna de miel.

La comunión a los enfermos.—En el Hospital Provincial se celebró el domingo último el solemne acto de administrar la comunión pascual a los enfermos.

Asistieron a la ceremonia religiosa el presidente de la Diputación, Sr. Fernández Rodríguez; el visitador, D. Angel López; el administrador del Establecimiento, D. Aurelio Hidalgo; varios diputados provinciales, el Cuerpo médico y muchos invitados.

Después de celebrada la misa, se organizó una procesión, que recorrió todos los patios y galerías.

La situación de los pueblos beligerantes.—En nuestro número anterior dábamos cuenta de la situación desamparada en el orden higiénico de la región rusa después de la guerra. Hoy debemos añadir que por lo que se refiere a las condiciones y medios de vida, la situación no es menos desesperada.

Un telegrama recibido de Nauen nos da cuenta de que aumenta constantemente la miseria en Riga. Miles y miles de súbditos de diversas naciones se ven amenazados por la muerte en la isla del Duena, donde han sido internados sin ropa ni alimentos.

La Asociación de las mujeres bálticas se ha dirigido a la Cruz Roja de los países neutrales y al representante del Papa en Suiza, rogándoles que organicen en el acto una expedición para salvar a los desgraciados. También se han dirigido a la Comisión americana de la Cruz Roja encargada del suministro de víveres a Rusia.

Es verdaderamente lamentable que casos tan desconsoladores se den en un siglo que se ha intitulado del progreso.

Medidas contra el tifus.—La Gaceta ha publicado recientemente una Real orden de Gobernación, que dice:

«Subsistentes aún las causas que aconsejaron la publicación de la circular de esa Inspección general de 11 de Abril del año último, prohibiendo temporalmente la importación de trapos viejos procedentes de Portugal, con motivo de la existencia de tifus exantemático en el referido país,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se mantenga la prohibición de importar trapos viejos de Portugal interin las circunstancias no aconsejen se suspenda dicha prohibición.»

Del último Congreso.—El Instituto de Fisiología. —Entre las conclusiones aprobadas por el Congreso recientemente celebrado en Madrid conviene mencionar la que presentó en la sesión de clausura con propuesta unánime la sección primera (Anatomía y Fisiología del Congreso mismo) y que se refiere a la transformación de los laboratorios anejos a la cátedra de Fisiología que regenta el profesor Pi y Suñer en la Facultad de Medicina de Barcelona, dándoles el carácter

de Instituto de Fisiología, como se ha hecho en algunos casos análogos, aunque naturalmente bien contados; verbigracia: con el Instituto de Medicina legal de Madrid, el Instituto de Anatomía de Valladolid, etc.

Es inútil que recordemos la labor científica y didáctica del ilustre fisiólogo de Barcelona, que dentro de pocas semanas ha de salir para América llamado a dar un curso de conferencias en Buenos Aires y en Montevideo. Se trata de una de las escuelas de más honda reputación, de donde salen cada año trabajos de investigación de positivo mérito, y es de esperar que el voto del Congreso de Medicina sea acogido favorablemente por el Gobierno.

Nombramiento.—En virtud de concurso de traslación ha sido nombrado catedrático de Anatomía topográfica de la Facultad de Medicina de Valladolid, D. Clodoaldo García y Muñoz, actual catedrático de Patología quirúrgica y su clínica de la Universidad de Salamanca.

Curamos con radium, rayos X y electricidad en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, leucoplasias, bocio exoftálmico, tumores, reumatismo, gota y sus complicaciones con enfermedades del corazón, riñones, parálisis, tabes dorsal, neuritis y mielitis, dispepsias, neuromotrices, colitis muco-membranosa, graves afecciones de la piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes, cataratas en período de formación y en ocasiones las ya formadas, úlceras, opacidades córneas, sorderas consecutivas a otitis secas adhesivas ó cicatriciales imposible mejorarlas ningún otro medio. Princesa, 58, Instituto Radiumterápico.

Obras recibidas.—*Sobre la presentación de los signos físicos de la tuberculosis pulmonar*, por el Dr. Angel Navarro Blasco, del Instituto Rubio y del Dispensario de María Cristina (Madrid).

—*La Gripe epidémica en los niños*, por el Dr. Carlos S. de los Terreros, Madrid.

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



Mostelle Raimost
bino sin alcohol

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

IODASA BELLOT
Solución titulada de IODOPEPTONA
ODO-FISIOLÓGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE
gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.
El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.
20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.
Dosis.— Niños. . De 5 a 20 gotas.—Adultos. . de 10 a 50 gotas
Muestras y prospectos: **F. BELLOT**
Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

SOLUCION BENEDICTO
Glicero-fosfato de oal con **CREOSOTAL**
Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.
Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

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