

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.	P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.		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: Crítica de los métodos modernos de extracción de la catarata, por el Dr. Ignacio Barraquer y Barraquer.—Defensa de la salud, por Francos Rodríguez.—Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños, por F. González Aguilar.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El Dr. Calatraveña, por U. E.—Sociedades científicas: Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial: Ministerio de la Guerra.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

I CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

Crítica de los métodos modernos de extracción de la catarata

POR EL

DR. IGNACIO BARRAQUER Y BARRAQUER

Profesor A. T. de Oftalmología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, Profesor H. del Instituto Rubio de Madrid.

El método de operar la catarata por extracción se propone trasladarla del interior del ojo al exterior, y según se extraiga tan sólo el cristalino, ó el cristalino con su saco capsular, se desdobra en dos procedimientos: lenticular ó parcial y cápsulolenticular ó total, y según la forma de la sección de la primera túnica ocular, y que se mutile ó no el iris, hablamos de procedimiento lineal ó á colgajo y éste puede ser simple ó combinado. La extensión y forma de la sección, así como la mutilación ó la conservación del iris, son datos de tanta importancia, que no es de extrañar hayan servido, y sirvan, para constituir la característica de los procedimientos. Los cuidados distintos que requieren, la influencia sobre la visión, y los estigmas postoperatorios que la siguen, abogan por la conservación de aquellos y les dan carácter propio y valor didáctico. Puede reservarse un sitio especial en la clasificación á la aspiración de la catarata líquida, por la importancia que en ella adquiere la succión, aunque forma también parte de ciertos tiempos de otros procedimientos.

Antes de entrar en los detalles de la técnica, y dando por admitidas y absolutamente necesarias las medidas generales que para la limpieza quirúrgica se toman en todas las operaciones, en la persona del enfermo y en la del operador, como el uso de batas, gorras, campo operatorio, lavados, haré constar la costumbre que de usar guantes tenemos para toda operación, reservando los de caucho para las operaciones que mojan los dedos y los de algodón para las de catarata, iridectomía y otras. Estos guantes, en contra de lo que parece, más bien favorecen que estorban nuestras maniobras.

En la preparación del ojo tiene mayor importancia la curación de las menores alteraciones patológicas de los párpados, de la conjuntiva, vías lagrimales, vestibulo nasal y pituitaria, que el uso de agentes antisépticos. La exploración de las vías lagrimales con la jeringuilla de cristal y una lupa, para ver los menores copos ó filamentos de mucosidad en caso de reñir por el punto superior, es de mayor importancia; el lagrimeo no ofrece peligros, si no va acompañado de secreción. Considero poco útil el examen microscópico de la humedad del saco conjuntival, no así su siembra, y del todo contraindicada la operación en caso de aparecer piógenos. El bacilo de la serosis, tenido por inocente, puede dar lugar á la infección en ciertas circunstancias; el vendaje de prueba tiene la ventaja de recoger y hacer evidente la menor secreción; si es amarillenta, aunque escasísima, no debe operarse sin corregirla. Caso de contradicción entre el resultado de la prueba bacteriológica, por existir bacterias vulgares, y el del vendaje, damos por ahora la preferencia á este último criterio.

El lavado jabonoso de los párpados, pestañas y cejas es-

esencial, seguido de un antiséptico que no moleste, ni hi-peremie la piel: la tintura de iodo no tiene aplicación por el escozor que puede ser causa de que el operado se lleve los dedos al vendaje. Considero útil la práctica de mi padre, á quien la siembra de pestañas en distintos medios de cultivo ha permitido establecer que después de lavadas con jabón y nitrato de plata al 4 por 100 no dan resultado positivo: tan sólo se producen colonias en la raíz en la parte intradérmica: si las pestañas han sido cortadas no se producen colonias, pero si se arrancan, el resultado es positivo á nivel del bulbo piloso. Así es que en todos los casos el lavado jabonoso va seguido, en nuestra práctica, de una abundante hisopación con nitrato argéntico al 4 por 100 y se neutraliza. La tonsura de las pestañas resulta inútil.

La loción del saco conjuntival para ser efectiva debe extenderse á toda la mucosa: es preciso desplegar el fondo del saco superior con pinzas, y es reprochable el lavado con torundas de algodón; debe practicarse con un frasco lavador de cristal esterilizado. El líquido que tiene mayor número de partidarios es el suero fisiológico; los antisépticos, cianuro de mercurio, hermofenil, oxicianuro, ácido bórico y otros no tienen ventaja en el lavado.

En la fijación hay que evitar los movimientos producidos por el interesado y los que de rotación puede producir el cuchillo mal afilado ó manejado sin ligereza: para los adultos considero preferibles los medios que violenten y sientan menos los operados, como el elevador de Desmarres para el párpado superior, y el dedo de un ayudante para el párpado inferior. En niños y perturbados empleo el cloroformo.

Para inmovilizar el globo, pogiendo la cápsula de Tenon con todo el espesor de tejidos subconjuntivales y conjuntiva, la pinza de Wecker con caucho, que no hiere ni equimosa, tiene el inconveniente de necesitar ancho pliegue de mucosa y fácilmente produce una arruga que puede presentarse al cuchillo en la contrapunción. Preferimos la pinza de tres dientes curva de Landolt, que permite coger fuertemente con un muy pequeño pliegue de tejidos. No puedo juzgar los resultados prácticos de los otros instrumentos para fijar, pues á excepción del blefarostato, que considero utilísimo, y que usamos también, no han sido ensayados en el Hospital Clínico de Barcelona, único centro de enseñanza por mí concurrido.

La incisión de la primera túnica del ojo en forma de línea recta, ya sea en plena córnea, en el limbo, ó en la esclerótica, tiene no disputada aplicación á las cataratas membranosas, blanda y líquida.

La incisión esclerótica de Graeffe, apenas curva, nació del deseo de encontrar exacta coaptación, en vista de las supuraciones frecuentes de los colgajos intracorneales antiguos; no se usa por miedo á las iridociclitis plásticas, á veces transmisibles, á que expone. Estos accidentes, propios de las incisiones de la región ciliar, dependen, á mi juicio, de la mayor facilidad de enclavamientos capsulares, dada la proximidad de la cápsula y del obligado cologoma del iris. La mayor dificultad en la salida de la lente por una herida que se entreabre con poca libertad, puede también facilitar la inclusión de restos capsulares é incluirlos con más fuerza. Las incisiones francamente curvas, talladas en la córnea, no tienen hoy con la asepsia mayor peligro de infección, pero juzgamos acertadísima la tendencia general de emplazar el colgajo en la unión esclerocorneal, la incisión es más ancha, la abertura más libre, sale el cristalino con facilidad y entra de regreso en la cámara un colgajo capsular, que saliere acompañando el cristalino en el acto de la extracción.

La condición que domina en materia de incisiones es la

coaptación exacta, su aglutinación rápida y pronta impermeabilidad, y por este motivo, creyendo los cirujanos que mucho ha de influir la forma del colgajo, se han esforzado en cortarlo en un mismo plano en toda su extensión, y otras veces han procurado dar forma de sierra á sus labios, creyendo garantía para la adaptación, unas veces la uniformidad y lisura de la superficie de la sección, y otras el engranaje de los dientes, y es notorio que la adaptación no depende, tanto de la forma y superficie de la sección, como de los cuidados de limpieza perfecta, de la falta de inclusiones iridianas, capsulares, de restos ó de coágulos y aun de la tensión y movimientos violentos del ojo. ¿El estado general de albuminuria, diabetes, autointoxicación y otros, pueden retrasar la cicatrización sin la existencia de un estorbo mecánico, sin una interposición ó una falta cualquiera de adaptación? No me parece probable; explicaría la mayor frecuencia de las iridociclitis en aquellas condiciones que tanto se ha esforzado en hacer resaltar Kollner, por la mayor susceptibilidad á las infecciones á través de una herida no coaptada. En los labios de la herida y en el interior del ojo se rían más fácilmente destruidos los gérmenes en los individuos sanos.

Nació casualmente el colgajo conjuntival de la dificultad que en dar al cuchillo de Graeffe la rotación sobre su eje se experimenta al hacer las primeras operaciones, y luego se ha tallado expresamente y ha sido adoptado por el mayor número, diciendo que favorece las condiciones antedichas. Desde muy antiguo fué clásico en el hospital de la Santa Cruz y lo es en el Clínico, un colgajo de los tres quintos de la circunferencia corneal, cuyos tercios extremos están en forma curva exactamente por delante del limbo y cortados con el filo del cuchillo inclinado hacia adelante, y cuyo tercio medio, dirigiendo el filo atrás y arriba, queda emplazado en las capas superficiales de la esclerótica y deja un colgajo conjuntival. Podrá colocarse la incisión en toda su extensión inmediatamente detrás del limbo á fin de que resulte cubierta de conjuntiva en su totalidad; yo lo hago á menudo en los ojos que creo dispuestos á la infección. La limitación de la parte esclero-conjuntival del colgajo á un tercio de la incisión, tiene por objeto oponerse á la hernia iriana, más frecuente en un colgajo escleral grande. Un buen colgajo es el de puente conjuntival de Vacher, Desmarres, Hanser, pero el empleo de una sutura es más efectivo; Desmarres mismo nos dice que el puente no priva la hernia.

Siguiendo el proceso de cicatrización, se observa que, por la parte conjuntival del colgajo, á los pocos minutos, es difícil penetrar con el estilete en la cámara, y no se encuentra dificultad alguna á través de la porción corneal, y aun á los ocho días; mientras que la unión es muy sólida y sin movimientos en la conjuntiva, una compresión hace mover los labios de la corneal. Otra ventaja del colgajo conjuntival, nacida de su oblicuidad, consiste en la mayor dificultad opuesta á un resto capsular para su acceso á la superficie del ojo y á la creación del trayecto: á través de la herida corneal puede salir al exterior un corto jirón de la cápsula que, para lograrlo por debajo de la conjuntiva, sería de escasa longitud. Puede quedar debajo de la mucosa, pero ésta se cicatriza en sitio más excéntrico, por encima del resto capsular, privando la formación de un trayecto; así nunca ocurre la necesidad de cauterizar una fístula á través de un colgajo conjuntival, y para la curación de la iridociclitis plástica tardía cauterizamos sólo las incisiones corneales, no las conjuntivales.

La herida cubierta por un colgajo conjuntival se encuentra, aunque en menor escala, en las condiciones de los ojos operados por los procedimientos de Czermack y Zimmer, sin

exponer á la hemorragia que en algunas ocasiones debe deslucir y dificultar la extracción y aun la adaptación.

No puedo dejar de preguntarme al terminar la exposición de mis ideas sobre el colgajo: ¿por qué no suturamos en todos los casos? ¿Hay por ventura garantía más sólida de coaptación? Creo que nos domina la rutina y el deseo de terminar pronto la operación, como censo pagado á las preocupaciones vulgares: cada día empero se nota mayor tendencia en adoptarla, ya sea según el método de Suárez de Mendoza, de Kalt, ya aplicada á la conjuntiva como se publicó en el año 1886 en el boletín de la clínica oftalmológica del hospital de La Santa Cruz, por el Dr. José A. Barraquer. Si he de juzgar estos distintos modos de suturar no puedo hacerlo con los sólidos datos de una estadística personal nutrida, pero *a priori* parece lógico dar la preferencia á la de Suárez de Mendoza, con la cual el hilo atraviesa los labios de la herida corneal y los adapta perfecta y sólidamente. En Andalucía los doctores Salas y Moron son entusiastas de la sutura, y el Dr. Márquez denomina, muy acertadamente, procedimiento del porvenir á la extracción total con sutura.

Argumentos sólidos en contra de la aplicación de una sutura no se encuentran; sólo se dice que la operación es engorrosa y entretenida, pero también entretiene la sutura en toda otra clase de operaciones. La misma falta de objeciones de peso abona su aplicación y creo que en el porvenir no se hará excepción, en la operación de la catarata, á la regla general de suturar toda herida aséptica, á cuyo través no debe tener lugar eliminación alguna.

Siendo la mejor operación de catarata la que cicatrizando rápidamente, menos estigmas post-operatorios deja y mayor número de condiciones de normalidad á la visión restituye, debe evitarse la iridectomía, porque constituye un gran estigma y altera la visión. Además, y esto es un serio defecto de la sección del iris, favorece el enclavamiento capsular, ya que entre una serie de extracciones combinadas no deja de presentarse alguna iridociclitis plástica tardía, y la necesidad de cauterización galvánica, mientras que este accidente no se observa entre los enfermos operados por extracción simple, y nos explicamos esta ventaja á favor de la operación simple, porque la contracción pupilar reduce un colgajo de cápsula ó unas fibras de zónula que pueden haberse enclavado, según se trata de una extracción parcial ó de la total. Por este motivo tiene indicación la conservación del esfínter iridiano y su enérgica contracción después de la operación, lograda fácilmente por medio de la pomada de salicilato de eserina al 1 por 100. La mutilación del iris, nacida como consecuencia desagradable pero obligada de la operación de Graefe, encuentra su principal baluarte en el remanso de masas corticales, y para evitar sus peligrosos efectos, se sostiene la mutilación, siempre defectuosa. Dícese que de la operación de Graeffe sólo resta el cuchillo, y no se atina á que á ella se debe la mutilación de gran número de ojos afáticos. A los partidarios de generalizar la mutilación del iris se les puede preguntar: ¿Por qué motivos lo seccionáis en ojos hipotonos, con catarata dura y sujetos enjutos de carnes y sanos?

La profilaxia de la hernia y enclavamiento del iris debe fiarse más en la hipotonía, con catarata senil madura, y en los resultados de una violenta miosis, así como la perfecta coaptación del colgajo, que en la sección del iris, la que por otra parte no da garantía absoluta; así es que consideramos útil la acción de la adrenalina y pilocarpina, unos días antes de la operación, en los ojos cuya tensión no es baja.

¿Se teme la hernia en algún caso? Usese la iridectomía periférica de Hees que da tan excelentes resultados y cuyos partidarios aumentan en número, contándose entre ellos

Gallems, Van Duyse, Brandes, Pascheff y otros. Con un ojal pequeño y periférico en la parte superior no se altera la función del esfínter ni hay deslumbramiento, y tiene, sobre todo, aplicación á la extracción total por Facerisis donde no existe el peligro de que el núcleo, en su salida, se insinue en el ojal. Se ha discutido el mecanismo de la hernia, y el éxito de la pequeña brecha periférica abona la creencia de que el primer humor acuoso, después de la operación, en vez de enfiar por la pupila, empuja al diafragma y le obliga á insinuarse entre los labios de la herida. En la clínica del Hospital se insiste mucho sobre la necesidad de persistir largo rato después de la extracción en la aplicación de eserina, cuya acción dura dos días, y en los masajes que tanto ayudan al desarrollo del miosis y á la formación de la cámara en los ojos con perfecta adaptación del colgajo. Con estas condiciones se observa una pequeña cámara pocos momentos después, y si la pupila queda algo ovalada se vuelve á poner eserina al cabo de media hora insistiendo con los masajes. La dilatación pupilar eufalmíca no priva la acción de la eserina y si se practica la extracción total no hay peligro de las sinequias temidas por muchos compañeros, como en la extracción parcial, cuando ha quedado gran cantidad de masas detrás del iris ó cuando se ha manipulado con cucharillas en la cámara durante mucho tiempo. En fin, en materia de iridectomía no podemos sistematizarnos, pero si acaso, sería á favor de la abstención.

(Se concluirá.)

DEFENSA DE LA SALUD

POR

FRANCOS RODRÍGUEZ.

Hay que persistir en la campaña, continuar con las predicaciones sanitarias, aunque sigan sordos los oídos oficiales é indiferentes y como distraídos los de la opinión pública. Ningún problema se sobrepone al de la salud pública.

El mismo de las luchas entre capitalistas y obreros tiene como fondo el desdén con que se mira cuanto afecta á la higiene.

Se suceden los latigazos con que nos afrentan y castigan las enfermedades infecciosas, y á ellos no corresponden ni los Poderes públicos, ni la acción social, con medidas eficaces, con aprestos necesarios para combatir males cien veces advertidos por la Ciencia y por sus cultivadores.

El aumento notorio de la enfermería y de las defunciones ha producido grandes alarmas, no sólo en Madrid, sino en otras muchas poblaciones españolas. Volvemos á las prácticas consuetudinarias; el público siente miedo é invoca á Santa Bárbara porque percibe el ruido de la tormenta; las autoridades, por lo común en Belén con los pastores, apelan al socorrido recurso de las negativas, de los paños calientes, de los efugios insubstanciales, y entre los aspavientos nerviosos de los unos y la serena insuficiencia de los otros, el mal ataca, crece y se difunde con impunidad absoluta.

El Dr. D. Gregorio Maraón, ilustre de veras, prestigio probado, no sólo en las investigaciones de laboratorio, sino también en las artes intrincadas de la clínica, aplica al Ayuntamiento de Madrid un rēspice, y con

motivo de la repulsa nos advierte que el Hospital Provincial rebosa de pacientes y las defunciones aumentan. A lo cual nadie opone otras medidas que las de negar cuanto sucede ó las de acudir á remedios de ocasión, á esfuerzos transitorios, como los que hacen los alumnos jaraneros al acercarse la época de los exámenes. Todo concluye en salir al paso de las realidades con un poco de palabreo, sin que ni autoridades ni gobernantes se persuadan de que el problema sanitario en España está escrito en idioma que desconocen quienes han de resolverle.

¿Que aumentan las fiebres tifoideas? ¿Que existen señales ciertas de incremento en algunas enfermedades infecciosas? Pero ¿quién lo duda, ni qué otra cosa podía suceder? El mal es viejo entre nosotros y nadie de los que intervienen en la administración del país, en sus diferentes órdenes y salvo raras excepciones, procura conocerle y claro está que remediarle. ¿Que el número de defunciones en España, no sólo en Madrid, es superior al debido? Evidente. De eso no se enteran, por lo general, los hombres políticos, porque ¡se enteran de tan pocas cosas! Claro que han de sentirse confusos en llegando la ocasión de las alarmas sanitarias, pues suponen que la salud pública es asunto exclusivo de los médicos, y ellos—los políticos—abandonan cuanto concierne á la higiene para dedicarse á los manejos, intrigas, cuando no pérdidas maniobras ó procederes reprobables, como si la vida moderna no exigiera á sus directores alto concepto de su transcendencia y cultura propia para guiarla.

En vano será predicar continuamente en pro de la sanidad y de la raza españolas. A cuantos lo hacemos para satisfacer nuestra conciencia, les opondrán: unos, la indiferencia, cuando no la burla; otros, la guerra solapada, y no faltarán quienes achaquen las campañas que se realicen á propósitos de personal ambición. ¡Oh, produce mucho beneficio esto de ir en busca de entidades y de poblaciones advirtiéndoles que la mala alimentación causa la tuberculosis, y el agua mala provoca el tífus abdominal, y la vivienda mísera roba la salud!

Yo no sé ya qué hacer con el dinero, los honores, las prerrogativas y los goces que me reporta el ir pregando ante todos mis conciudadanos que hay en España un amenazador problema de carácter biológico que importa más, mucho más, que las monsergas y necesidades, oficio principal de muchos señores que pierden el tiempo lastimosamente ó le aprovechan demasiado bien. Pero ¡no sé resistirme á la loca ambición que me domina! Y continuo diciendo á cuantos quieren escucharme, que tan importante como el déficit de nuestra Hacienda es el de nuestra raza: persisto en el empeño hasta ver si me oyen los distraídos y los no enterados, sin que se me dé un ardite de ciertos comentarios que á la chita callando suelen formularse, porque conozco bien á cuantos les profieren, y estoy seguro de que apenas se formularan con responsabilidad, la encontrarán rotunda y decisiva.

Hace tiempo que nos amenaza el peligro de la falta de organización sanitaria. Hace tiempo también que son vanas las exhortaciones para que los Poderes pú-

blicos se aperciban directamente en defensa de la salud pública. Las preocupaciones por la higiene sólo nos acometen por accesos, como la tos en los niños que sufren coqueluche; cuando asoma el peligro de una epidemia, se acude á la improvisación. Hasta entonces no advertimos que nuestro ejército sanitario sólo tiene plana mayor, pero carece de adecuados medios de defensa y de personal suficiente para darle eficacia, y como los microbios patógenos ni forman juntas ni amenazan á gritos, se les desprecia, con lo cual realizan su gusto, que es el mermar vidas y brío á nuestra nación, con increíble calma de quienes debieran impedirlo.

El Instituto Geográfico y Estadístico, Centro oficial digno de los mayores elogios, por lo mucho y bien que trabaja, publica un boletín de estadística que debieran repasar todos nuestros hombres importantes, no sólo de la política, sino del comercio, de la producción, de la industria, de la Prensa, de cuantas entidades influyen directa ó indirectamente en la actividad española; El último número de ese Boletín confirma mis palabras, según las cuales, el mal estado de la sanidad es en España permanente. Los datos se refieren al mes de Julio pasado, y los hay tan expresivos como estos que copio:

Número de nacimientos en dicho mes: en las provincias, 39.091; en las capitales, 6.755.—Total de nacimientos, 45.846.

Número de defunciones: en las provincias, 41.678. en las capitales, 7.650.—Total de defunciones, 49.328.

Déficit de vidas, 3.482 en un mes. Y eso que se trataba del de Julio, cuando por las condiciones de la estación siempre descende la cifra de mortalidad. Tales números reclaman la atención del país, del verdadero país, del que sienta amor auténtico por nuestra misión colectiva. La natalidad disminuye; las defunciones crecen; el déficit es notorio, y no puede enjugarse estrujando los bolsillos del contribuyente.

¿Que ahora hay muchos tifoideos? Pero ¿cuándo no menudean en nuestras ciudades y aun en los campos? En la mitad del año último, ¿saben los lectores cuántos españoles murieron de tífus abdominal? Pues 2.568. ¿Y de viruela? porque, para nuestro ludibrio, la viruela sigue azotándonos; pues ¡1.778! Estas cifras desconsuelan; pero aún aterra más la de muertos por tuberculosis. En el primer semestre de 1919 desaparecieron, por la triunfadora enfermedad, 18.134 compatriotas nuestros. En suma, que las enfermedades evitables, reuniendo las bajas causadas por todas, produjeron 62.973 defunciones; ni una más, ni una menos. ¿Lo aprecia bien el público? Enfermedades «evitables»: 62.973 víctimas en seis meses. ¡Así se gobierna y administra la salud pública en nuestro país! Después de esto, se comprende que los intentos de organizar la sanidad nacional tropiecen contra invencibles hostilidades; que no se pague á los médicos titulares; que los Municipios hagan mangas y capirotos de las prescripciones higiénicas. Seguimos en los tiempos famosos de Larra, cuando exhibía con rasgos de insuperable agudeza á los incommovibles batuecos.

Por lo mismo, es necesario persistir en la acción re-

clamadora contra la insuficiencia de medios sanitarios en que vivimos; persistir en tal acción y no las inútiles alharacas, con estériles bullangas, con plataformas muchas veces buscadas con interés personal, por percibir emolumentos indebidos, sino acción severa, autorizada, perseverante, de absoluto desinterés, que de un modo principal se dirija á la opinión del país y á quienes dicen representada.

El orden público, las cuestiones sociales el politiquero menudo, absorbe á los gobernantes españoles. La República alemana, lo primero en que pensó al funcionar, fué en las cuestiones de Sanidad y de Instrucción. Los países aliados, entre el armisticio y el Tratado de paz, reunieron en Cannes una conferencia sanitaria. Los pueblos cultos, en paz ó en guerra, en normalidad ó perturbación, á la Sanidad atienden de manera primordial. Aquí, eso no tiene más importancia que la de puro trámite, la oficinesca. Un renglón más del largo capítulo de las rutinas oficiales. Mil leyes consienten abusos contra la salud; para defenderla sólo hay unas instrucciones por Real decreto. ¿Se intenta una ley de Sanidad? ¡Ay!, no por Dios—gritan acongojados los mangoneadores—, que caerá el Gobierno; y siguen el barullo, la ignorancia y los atropellos contra la vida humana. En cambio, la de los animales está defendida. Desde 1914 existe una ley de Epizootias. Las epidemias que afligen á los hombres, pueden esperar, según desea la casta que prevalece en los altos menesteres del Gobierno en España.

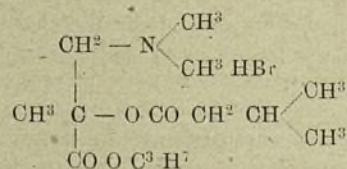
Pero, ¡qué remedio! Si grandes farautes, ministros, legisladores, Corporaciones populares de todas clases, persisten en sus ceguedades y desdenes, los infelices que sentimos la pesadumbre de los duelos enunciados, seguiremos aplicando el hierro encendido á las carnes insensibles, aunque nuestra tarea sólo tenga por contestación el graznido de las ranas, que viven á gusto en el charco con todas sus naturales pestilencias.

Tratamiento de la incontinencia esencial de orina en los niños ⁽¹⁾

por

F. GONZÁLEZ AGUILAR

El *quietol* es el bromhidrato de dimetilaminovaleriloxibutirato de propilo. Fué descubierto por Fournéau y su fórmula es:



Estudiado y ensayado en l'Hôtel-Dieu de París, por Brissaud, corresponde á Lalissee el honor de su introducción en la Terapéutica moderna, gracias á la magnífica descripción que hace de dicho medicamento en su Tesis de Lille (1910).

Ignoro si algún otro médico español habrá utilizado

el quietol en el tratamiento de la incontinencia esencial de orina y en su forma clínica de hiperexcitabilidad vesical: pero no conozco nada que se haya publicado ó dicho respecto al caso. Yo lo he utilizado en siete incontinentes, niños todos entre siete y nueve años. Me decidí á emplearlo teniendo en cuenta las conclusiones de carácter experimental publicadas por G. Astolofoni respecto á su acción sobre el sistema nervioso periférico y á las afirmaciones del mismo autor y del descubridor Fournéau que aseguran la carencia absoluta de toxicidad y la especialísima propiedad de poderse aprovechar la acción local del medicamento, dejando relegada para secundario lugar su positiva acción general.

El resultado que he obtenido no puede ser más halagüeño. De los siete niños tratados, cuatro han curado totalmente, dos han mejorado de modo ostensible y en uno persiste la incontinencia, pero ésta ya no se manifiesta más que en la plenitud vesical.

Como forma de administración, elegí las fricciones con una pomada compuesta de 2 gramos de quietol y 50 gramos de manteca de cerdo muy fresca (vaselina, no). Estas fricciones han sido dadas en la región pubiana, dos veces al día, mañana y noche. El motivo de elegir la fricción fué huir de la acción sedante general del medicamento, obtener sus actuaciones locales y no atreverme á inyectarle subcutáneamente sobre la vejiga por temor á que, dada la naturaleza química del medicamento—como éter valerianico derivado del ácido oxyisobutírico—pudiera dar lugar á reacciones locales. Y prescindí de la vía rectal porque sabido es el gran poder absorbente de su mucosa en momentos irregularmente dados, y no quise exponerme á que efectos generales—entre los cuales se encuentran el de favorecer el sueño, sin ser un verdadera hipnótico, y el aumentar la cantidad de orina—me estorbasen su acción sedante de proximidad local.

Pocas son—es verdad—las observaciones que llevo realizadas; pero ahí queda dicho lo hecho por mí, para si alguien, con más autoridad y suficiencia, creyera oportuno ampliarlas.

Tratamiento quirúrgico.—Queriendo actuar directamente sobre el sistema nervioso génito-urinario, se han propuesto, como tratamiento de la incontinencia de orina, la punción lumbar (Babinski), las inyecciones retro-rectales (Jaboulay) y las inyecciones epidurales (Cathelin).

En la punción lumbar no se hace más que extraer una ó varias veces, con intervalos de ocho ó diez días, 15 c. c. de líquido cefalorraquídeo. Este procedimiento es peligroso y, generalmente, no da resultados. Como muy acertadamente dice Courtade, sólo podría pensarse en él cuando todos los medios hayan fracasado.

Las inyecciones retro-rectales, cuya actuación es sobre los nervios de la *cola de caballo*, tienen menos inconvenientes y más frecuentes éxitos. Yo puedo decir que recurrí á ellas en un incontinente de treinta y siete años de edad y que toda su vida fué rebelde á cuantos tratamientos se sometió, obteniendo la completa curación.—Se inyectan 50 ó 60 c. c. de suero Hayen

(1) Véase el número anterior.

en el tejido celular que existe entre cara anterior del sacro y posterior del recto. La aguja, que deberá ser de 6 ó 8 centímetros de longitud, se introduce en dirección ascendente por debajo y delante del coxis, y se cuidará de no picar el recto orientando la dirección de aquella con el dedo índice de la mano izquierda, que debere-mos tener introducido dentro del recto mientras dure el avance de la aguja. Para ello, es preciso que el enfermo esté colocado en decúbito lateral derecho y manejar la aguja en posición de pluma con punta hacia fuera. La introducción de la aguja en la forma que describe Courtade, la encuentro inadmisibles, mejor dicho, incomprensible, y el decúbito ventral me parece imprudente y molesto, sobre todo para niños.

Las inyecciones epidurales son las más generalmente aceptadas por su lógico fundamento, por sus buenos resultados y porque su técnica operatoria ha llegado á ser del dominio de la mayoría de los médicos.

Observada la retención urinaria por Cathelin, con motivo de proponerse tratar un enfermo con neuralgia del plexo sacro por medio de una inyección de suero artificial entre la duramadre y el canal raquídeo, bien pronto se pensó en utilizar tal efecto para combatir la incontinencia esencial de orina. A propagar dicha idea contribuyó también mucho el interesante caso que cita Craison, de una joven de veintidós años, que, desde su niñez, padecía incontinencia de orina nocturna y diurna, y en la cual se descubrió una espina bífida del tamaño de una naranja, en el momento de hacerle una inyección epidural para otros fines. A esta enferma (que jamás tuvo trastorno alguno del aparato locomotor) se le punccionó la tumoración, se le retiraron 10 c. c. de líquido cefalorraquídeo y se le reemplazaron por otros 10 c. c. de suero Hayen ligeramente cocainizado. Al cabo de cuatro horas la enferma tuvo raquíalgia intensa, cefalalgia, fiebre y fenómenos paráliticos con retención de orina; este último síntoma cesó después de ocho ó diez horas, y desde aquel momento desapareció para entonces y para siempre la incontinencia de orina, aun cuando tardó quince ó veinte días en curar de los demás trastornos ocasionados por la operación.

Hoy día constituye la inyección epidural uno de los principales tratamientos de la enuresis, y nosotros nunca vacilamos en utilizarle desde el momento que vemos fracasados la belladona ó el quietol, la estricnina y la electricidad.

La inyección se hace en el área del triángulo formado en la unión del sacro y el coxis por la última apófisis espinosa sacra y los quintos tubérculos sacros postero-internos, área facilísimamente determinable para todo dedo de mediana pericia. Recientemente, el ilustre Pr. Hernández Ortiz, de la Facultad de Granada, ha publicado un magnífico artículo describiendo el *modus faciendi* de la inyección epidural, y á dicho artículo remito á quien quiera conocer detalles de técnica que en el presente trabajo estarían inadaptados y que en el artículo citado están descritos con claridad y precisión admirables. Sólo me permitiré indicar, contra la opinión de Hernández Ortiz, que yo prefiero, siguiendo

á Cathelin, la aguja de platino, precisamente por lo fácilmente que dobla, una vez hervida, sin tener que someterla, como la de acero, á un destemple especial.

El líquido inyectable puede ser suero artificial, simplemente, ó el mismo suero, cocainizado. Como cantidad total se inyectan 5 ó 10 c. c., no debiéndose pasar de 3 c. c. en niños menores de doce años. En cuanto á las dosis de cocaína, creo se debe ser muy parco en ellas cuando utilicemos en niños las inyecciones epidurales, y hasta me atrevería á aconsejar que se usara siempre solo el suero Hayen. Hernández Ortiz se manifiesta prudente al fijar la cantidad de cocaína (1 á 2 centigramos), pero las dosis que él atribuye á W. Keen (no las conozco directamente), y sobre todo, las máximas á que dice Cathelin haber llegado, me parecen peligrosas hasta para los incontinentes adultos. No hay que olvidar que los accidentes del cocainismo agudo son raros, pero cuando se presentan son mucho más serios que los más serios del cloroformo.

Para terminar lo que se refiere á tratamiento quirúrgico de la enuresis—y con ello el presente trabajo—quédame por señalar la necesidad de operar inmediatamente que se observen todas aquellas anomalías anatómicas del aparato génito urinario que sean susceptibles de intervención, tales como los fimosis, epispadias é hipospadias, adherencias clitoroideas y balanoprepuciales, atresia del meato, etc.

Finalmente, citaremos nada más (por no tener sobre ello experiencias personales, ni directa referencia) los trabajos de M. P. Bounier, el cual ha conseguido curar algunas incontinencias esenciales de orina, modificando la excitabilidad del bulbo merced á ligeras cauterizaciones en las regiones anteriores de la mucosa nasal y, en casos rebeldes, á la resección de los cornetes.

Periódicos médicos.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Herida de la arteria y vena femoral por debajo de la arcada crural: resección de arteria y anastomosis término terminal. Curación.**—El Dr. Celesia presenta el caso de un sujeto de diez y seis años, con herida de la arteria femoral situada á 2 centímetros por debajo de la arcada crural, entre las arterias subcutáneas abdominal y la arteria del cuádriceps; la herida era como de medio centímetro, de bordes irregulares, que no permitían hacer una sutura y por lo cual el Dr. Celesia se decidió á hacer una resección de la arteria, próximamente de 1 $\frac{1}{2}$ centímetros; hecho lo cual procedió á practicar una anastomosis término terminal, poniendo primero tres puntos equidistantes que sirvieron de sostén y afrontamiento.

Después de hechos esos tres puntos, como lo aconseja Carrel, procedió á hacer la sutura con puntos perforantes. Concluida ésta, hizo aflojar la pinza hemostática inferior, que como la superior eran pinzas de Coher, cuyas ramas estaban recubiertas con un tubito de goma; con objeto de no lesionar el endotelio arterial, al presionar, este aflojamiento de la pinza produjo afluencia de sangre á nivel de la herida arterial, lo que obligó á ejecutar algunos puntos superficial-

les no perforantes, con lo que se obtuvo una hemostasia perfecta.

Inmediatamente después se aflojó la pinza del cabo central de la arteria, que estaba colocado por encima de la arcada crural, conservándose la hemostasia perfecta y apareciendo inmediatamente el pulso, por debajo de la anastomosis, hecho que se comprobó inmediatamente también en el resto del trayecto de la arteria (poplítea, pedia, etc.).

La vena que tenía también una gran desgarradura, por encima de la desembocadura de la safena interna, fué ligada en dos partes por encima y por debajo de la lesión. Se le colocó en la herida drenaje con crin, que se retira á las cuarenta y ocho horas. La herida cicatriza *per primam*, y el enfermo es mostrado á la sociedad quince días después, con pulso bien palpable (de la pedia, tibial posterior, etc.), exactamente igual al de la otra pierna.

Concluye el Dr. Celesia su comunicación, diciendo que, contrariamente á lo que dicen Sersert y otros cirujanos franceses, que la sutura arterial es una operación teóricamente ideal, él, con su caso, prueba que no sólo es teóricamente ideal, sino que lo es también prácticamente. (*Semana Médica*, Buenos Aires, Octubre, 20-919.)

2. **Sobre un caso de divertículo cecal.**—El Dr. L. Razetti dice que el 3 de Diciembre de 1917 operó, en su clínica privada, á una señorita de veinticuatro años de edad, constipada crónica y que presentaba, junto con signos de dispepsia estomacal, un punto doloroso á la presión digital en el sitio de Mac Burney. La operación tenía por objeto la extirpación del apéndice por apendicitis crónica, sin ningún antecedente de apendicitis aguda, ni de verdadero cólico apendicular. Al exteriorizar el ciego se comprobó que en la cara antero-externa, hacia adentro de la bandeleta anterior, había una elevación del tamaño de una avellana, de color negrozco y de consistencia dura. Una incisión longitudinal sobre esta elevación, nos permitió saber que era un escíballo, cubierto únicamente por el peritoneo cecal, lo que formaba la dicha elevación. después de haber perforado las capas mucosas y muscular del intestino. Retirado el escíballo, quedó una abertura de dos centímetros de longitud que comprendía toda la pared del ciego. Esta perforación fué convenientemente suturada. La enferma curó perfectamente, y en los veintidós meses que han pasado, nada ha sentido, su salud es magnífica.

¿Cómo podemos explicarnos la presencia de este escíballo subseroso? Después de largas meditaciones sobre el particular, creo que sólo la presencia de un divertículo cecal puede explicar esta extraordinaria situación de un escíballo. Aunque los divertículos adquiridos se encuentran de preferencia en la S ílfaca y en el recto, nada hay que se oponga para que también puedan existir en otros puntos del canal intestinal y se han descrito divertículos en el intestino delgado, en el apéndice y en el cólon; no los he visto descritos en el ciego; casi todos los casos clínicos publicados se refieren á divertículos sigmoideos.

Según las teorías más aceptadas, estos divertículos se desarrollan á menudo en relación con las venas; se atribuye á la presión intra-intestinal debida á la constipación un papel en el desarrollo de los divertículos del colon; se cree también que sea la disminución del tono muscular de la pared del intestino lo que favorece la formación de divertículos. La mucosa se atrofia y las masas fecales comprimen la pared del divertículo y se ulceran. Entonces, ó el escíballo perfora el intestino y aparece una peritonitis por perforación, ó se desarrolla una inflamación local, se establecen adherencias y el escíballo se enquista por decirlo así. En mi caso no hubo inflamación ninguna, ni había adherencias

con el epiplón ni con ningún otro órgano. El escíballo en este caso me parece que iba camino de perforar por completo toda la pared intestinal, pues apenas estaba cubierto por el peritoneo del ciego; bastó una ligera incisión con el bisturí para que el cuerpo extraño saliera fácilmente de su envoltura y rodara sobre las compresas que limitaban el campo operatorio. Mi enferma estaba, pues, amenazada de ser víctima de una peritonitis por perforación del ciego.

Los divertículos adquiridos son una afección muy rara. En 2.600 autopsias hechas en el John Hopkine Hospital, sólo hubo 19 casos de divertículo. Yo nunca había encontrado divertículos y no conozco ninguna publicación venezolana sobre el particular. Aquí presento el escíballo y el apéndice de la enferma á que me he referido. La operación fué presenciada por el Dr. Machado, encargado de la anestesia; por el Dr. Toledo Trujillo, mi ayudante inmediato; y por el Dr. I. Carvallo, adjunto á mi clínica. (*Gaceta Médica*, de Caracas, 15-9 919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. **Tratamiento quirúrgico de la epilepsia traumática, por el Dr. Arthmur C. Strachauer.**—El punto más importante de nuestro tratamiento en esta enfermedad es la profilaxia y comienza con el reconocimiento y diagnóstico de la fractura craneal y de la compresión cerebral.

Los rayos X constituyen un poderoso auxiliar, á condición de hacer varias radiografías, incluso una estereoscópica. Cuando la lámina externa se encuentra fracturada, hay que suponer que la interna lo está más todavía, en cambio puede ésta hallarse alterada sin que lo esté la primera. Una mala radiografía es muy perjudicial, porque si no acusa fractura, da una seguridad falsa.

Lo que más nos interesa en un caso de fractura del cráneo es la existencia y extensión de lesiones del cerebro ó de sus meninges.

El mejor modo de reconocer la existencia de las mismas y de que no nos pasen inadvertidas, es el de tallar un colgajo osteoplástico que tenga por centro la región fracturada. De este modo se echa pronto de ver la hemorragia extradural cuando existe y se domina fácilmente; si hay coágulos extradurales se quitan, si faltan en la superficie exterior de la duramadre los latidos, y si á través de ella se percibe una masa oscura, es de suponer que haya coágulos; una incisión de un par de milímetros es suficiente para hacer el diagnóstico, y téngase en cuenta que los coágulos submeníngeos se organizan en seguida y causan adherencias entre las meninges y la corteza cerebral.

Las heridas de la duramadre se tratarán mediante sutura con catgut muy fino, y si los bordes fuesen muy irregulares se extirpan, cubriendo la región en que falta la sustancia con un trozo de fascial ata con algo de gasa, ésta vuelta hacia adentro.

Antes de proceder á cerrar la herida se debe asegurar al cirujano de que no sangra y además repara la lesión ósea.

Cuando hay hundimiento de fragmentos de la lámina interna, como quiera que hemos supuesto que se levantó el colgajo en la forma indicada, se ejercerá presión sobre dichos fragmentos de dentro á fuera, y si no se consiguiese volverlos á colocar en buena posición se extirparán por completo los fragmentos óseos; pues una pérdida de sustancia de la pared craneal no lleva consigo inconveniente alguno. Si los fragmentos se extirpan sin levantar colgajo se procurará que el borde de la herida quede limpio, liso y circular. Las porciones irregulares de hueso producen callos exuberantes, que por sí mismos comprimen el cerebro. Por excepción á las reglas que acabamos de dar, las fracturas

que asientan sobre el seno longitudinal superior, y sobre el seno lateral no deben ser objeto de intervención considerable y es preferible establecer una craniotomía descompresora en cualquier otro sitio.

Todos los traumatismos craneales que se complican con compresión cerebral exigen que se practique una craniotomía descompresora simple ó doble, no sólo para evitar la muerte por fenómenos de compresión directa de la médula, sino también para evitar los efectos de la compresión misma, como cefalalgia, vértigos, trastornos mentales, cambios de carácter, epilepsia.

Esto era por lo que se refiere á la profilaxia; ahora bien, en cuanto al tratamiento mismo, en el instante en que hayan aparecido los ataques convulsivos debe operarse sin dilación al enfermo, antes de que aparezcan en el cerebro trastornos causantes por sí mismos de la epilepsia. Las probabilidades de mejoría disminuyen en razón inversa del tiempo que haya durado la epilepsia. Sin embargo, en los casos antiguos de cuyo diagnóstico estamos seguros, si no se consigue hacer cesar totalmente los ataques, si es posible por lo menos que su intensidad sea mucho menor y prolongar el espacio que media entre uno y otro ataque, siempre que se extirpe una lesión macroscópica.

Si falta esta lesión macroscópica, toda intervención es perjudicial. Cuando exista una depresión o una pérdida de substancia ósea, se tallará un colgajo en forma de herradura, comprendiendo la parte lesionada; la base de esta herradura estará dirigida hacia la región por donde las arterias penetran.

La maniobra de levantar este colgajo se hará con sumo cuidado, porque son muy corrientes las adherencias firmes á la substancia cerebral subyacente. Una vez desprendidas las adherencias se examinan los bordes de la lesión, y si en ellos se encuentra callo exuberante, se extirpa. Si las adherencias ó cicatrices de la duramadre son muy extensas se extirpará la región donde asienten por completo.

Siendo las adherencias pequeñas pueden desprenderse sin sacrificar la duramadre.

Los quistes serán evacuados y el saco extirpado en totalidad ó en parte. La cicatriz si asienta en la corteza se extirpa, llegando con la incisión hasta la substancia blanca, si es preciso. Para este fin es muy útil el cuchillete de Graefe. Balas y cuerpos extraños alojados en la substancia cerebral se extraerán mediante incisiones limpias mejor que mediante laceración. El edema de la píamadre se tratará por numerosas punciones mediante agujas finas.

Las cefalalgias, vértigos y trastornos mentales se han corregido mediante la descompresión.

Como se comprenderá, es también de extraordinaria importancia la prevención de la repetición de los trastornos. La extirpación de los callos exuberantes, cuando se deja una superficie lisa de bordes romos, no deja lugar á recidivas. Los quistes de los que se extirpa todo ó la mitad por lo menos del saco, tampoco. Las heridas lineales y asépticas de la corteza cerebral no dan lugar á epilepsia, de modo que las que se practiquen con fines quirúrgicos han de reunir estos caracteres.

Para sustituir las pérdidas de substancia de la duramadre ya se ha dicho que el autor emplea una porción de fascial ata con ligera capa de grasa que coloca de modo que esta última quede dirigida hacia la corteza cerebral. (*Minnesota Medicine*, Octubre de 1919).

4. Aparición de excrescencia en la pared abdominal después de laparotomía, por el Dr. Danforth. — Los tumores fibrosos de la pared abdominal no tienen nada de raros, pero su etiología aún no está bien determinada. Los

embarazos constituyen una causa predisponente evidéntísima para las mismas; tal vez la distensión que sufren las paredes abdominales durante la gestación, unida al desgarro de algunas fibras de la aponeurosis de los músculos recto y oblicuos del abdomen, constituyan el traumatismo inicial necesario para que se presente la neoplasia.

Estos tumores suelen aparecer en la vaina del recto y en la aponeurosis del oblicuo mayor, son redondos, con bordes claramente diferenciados y no deslizan sobre los planos profundos. Se palpan muy bien cuando la pared abdominal se encuentra en relajación, y desaparecen cuando se contrae. Su tamaño, aunque por lo regular es pequeño, puede alcanzar hasta el de una cabeza de feto. Hay que distinguirlos de los sarcomas, hernias musculares, lipomas y crecimientos inflamatorios en las cicatrices consecutivas á las laparotomías.

Lo corriente es que estos tumores aparezcan en un período hasta de seis meses, á partir de la operación. Al escindir estos tumores hay que comprender en la escisión la porción de aponeurosis, sobre la cual asientan. Además, la porción escindida será sometida á un examen histológico atento para reconocer la naturaleza posiblemente maligna del tumor y estar sobre aviso para intervenir en el enfermo en caso de recidiva. (*Surgery Gynecology and Obstetrics*, número XXIX).

5 Peritonitis consecutiva á la punción de un absceso hepático. — El Dr. Adolfo D'Empaire ha presentado á la Sociedad Médico-Quirúrgica del Zúlio, el siguiente interesante caso clínico:

H. V., natural de Maracaibo, de cuarenta años de edad, labrador, entró al Hospital de Beneficencia en la tarde del día 12 de Febrero próximo pasado. En sus antecedentes hay paludismo y hace cuatro años sufrió de disenteria. Refiere que le dió la gripe á principios de Noviembre del año pasado y después del 10 del citado mes empezó á sentir dolor en la región hepática, también tenía náuseas y desgana. Más ó menos á mediados de Enero de este año, se notó un abultamiento en el lado derecho debajo del arco costal. Fiebres y calofríos erráticos. Al examen encontré el hígado muy aumentado de volumen y un dolor muy agudo al nivel de 9.º espacio intercostal; bazo también voluminoso; deposiciones escasas. Diagnosticué absceso hepático y ordené ponerle una inyección hipodérmica de 0,04 gramos de clorhidrato de emetina.

Al día siguiente en la mañana extraje con la punción, practicada al nivel del espacio intercostal ya señalado, 540 centímetros cúbicos de pus característico; se continuó inyectando al enfermo 0,04 gramos de clorhidrato de emetina en la mañana y en la tarde.

El día 14 lo pasó el enfermo muy bien, sin dolor, sin fiebre, comiendo con apetito y levantado. Por tratamiento, solo la misma dosis de emetina de mañana y de tarde.

El 15 amaneció perfectamente bien. Se le puso la inyección de emetina. En la visita de la tarde de ese día el enfermo se quejó de un gran dolor en el abdomen, la región hepática estaba de nuevo abultada y dolorosa. Temperatura: 36,5, pulso 88 y defensa muscular. Atribuí el dolor á repleción del absceso y prescribí hielo al abdomen y una inyección de morfina además de la de emetina.

Durante la noche depuso y orinó perfectamente; pero como vomitó dos veces y persistían la defensa muscular y el dolor y se notaba un principio de meteorismo, aun cuando no había fiebre y el pulso se conservaba á 80, resolví el 16 á las 8 a. m., previa consulta con los doctores G. Quintero L. y R. Soto G., hacerle una laparotomía, pensando que se estaba desarrollando una peritonitis. Efectivamente, al

abrir el peritoneo salió una gran cantidad de líquido seropurulento y había muchas falsas membranas aglutinando los intestinos. Lavé con suero artificial caliente, dejé una buena cantidad de éter en la cavidad abdominal y drené con tubo. En seguida practiqué la hepatotomía encontrando el absceso otra vez repleto con una gran cantidad de bilis y pus. No había adherencias.

En la tarde tenía 36,5, pulso 100, orina abundante, menos meteorismo y el dren peritoneal funcionando muy bien. Tratamiento: emetina, nucleinato de sodio, posición de Fowler.

El 17 (8 a. m.) 36,4; 100; abdomen bien; cara buena; orina abundante; ha depuesto cuatro veces. Pero hay un signo de mal augurio, el hipo, que se presenta a largos intervalos desde la noche. Siguen la emetina, el nucleito de sodio y además 250 c. c. de suero cafeinado. En la tarde, 36,6, 120. Ha depuesto muchas veces y sigue el hipo. Gran cantidad de bilis por la incisión del absceso. El tubo del peritoneo sigue drenando bien.

Día 18 (7 a. m.). Durmió bien, 36, 100. Abdomen retraído; sigue con el hipo. Saqué el tubo del peritoneo y puse un poco de gasa. Se queja de hambre y le mandé dar un poco de cocimiento de cebada. Ha depuesto varias veces pus hepático; colerragia por la herida intercostal. Bastante decaimiento. Tratamiento: inyección hipodérmica de digitalina y estricnina cada seis horas; nucleinato de sodio. En la tarde, 36, 120. Doce deposiciones durante el día. Sigue el hipo.

Día 19 (8 a. m.). Muchas deposiciones de pus hepático durante la noche; pulso a 120 muy débil; extremidades frías. Murió a la 1,30 p. m. La familia reclamó el cadáver y no pude practicar la autopsia.

¿Cuál fué la causa y el mecanismo del desarrollo de la peritonitis.

Para mí no tiene duda de que la causa de la peritonitis fué la punción; el mecanismo me parece el siguiente: vaciado el absceso, se continuó poniendo emetina; esto produjo una hipersecreción biliar que llenó de nuevo la cavidad de aquél mezclándose la bilis con pus. Llegó un momento en que la tensión interior era tan grande y escapándose por el trayecto de la punción, como no había adherencias, el líquido cayó en el peritoneo. El pus de los abscesos hepáticos es generalmente, pero no siempre, estéril y además estaba mezclado con bilis. Creo que no cayó nada en el momento de la punción, pues el enfermo estuvo perfectamente bien hasta el mediodía del 15 en que se le presentó el dolor. En ese momento me parece que fué la irrupción en el peritoneo. Al considerar que esa hipersecreción biliar, demostrada por la gran cantidad de bilis contenida en la cavidad del absceso y que salió con la hepatotomía y en la colerragia consecutiva, fué causada por la emetina, me fundo en una observación anterior que tiene el valor de un experimento. Es la siguiente: El día 2 de Marzo de 1917 llevaron al Hospital de Beneficencia a A. M. B., de treinta años, que acababa de herirse el abdomen con arma blanca. Inmediatamente le practiqué la laparotomía y encontré una herida del estómago, que suturé, y otra del hígado que taponé con Mikulicz. El día 9, ya muy mejor de sus heridas, se le presentó un ataque de disentería y se le puso emetina. Pues bien, durante los ocho días que se le estuvo poniendo emetina el aflujo de bilis por la herida hepática fué abundantísimo y cesó por completo inmediatamente que se suspendió la emetina.

¿Está indicada la laparotomía en el tratamiento de esta clase de peritonitis? Indudablemente; es lo único que en casos semejantes puede dar resultados. Algunos aconsejan

hacer simplemente un ojal peritoneal con anestesia local, introducir un dren y poner el enfermo en posición declive. Como el enfermo estaba en buenas condiciones y había que hacer también la hepatotomía y todo fué rápidamente ejecutado, creo que la anestesia clorofórmica no le perjudicó en nada.

Sólo practiqué la punción sin inyectar en el foco emetina, porque no considero esto necesario y me fundo en varias observaciones que publicaré en otra oportunidad.

Las deposiciones de pus, signo de la ruptura de otro absceso en los intestinos, demuestra que se trataba de un caso de abscesos múltiples.

Como no pude practicar la autopsia es imposible decir qué parte corresponde en esta muerte a la peritonitis y cuál al agotamiento producido por los abscesos; aunque me inclino a creer, comparando este caso con otros análogos de abscesos múltiples, que ésta ha sido la causa principal.

De todos modos, este caso demuestra una vez más que cuando no hay adherencias la punción de un absceso hepático puede ser peligrosa. (*Gaceta Médica de Caracas*, 15-11 1919.)

6. Curación de una fistula de la parótida por ablación del trayecto fistuloso y resección del nervio aurículo temporal.—El Dr. René Villar ha observado en el Hospital Saint André un caso de fistula quirúrgica de la parótida, tratada con éxito por la ablación del trayecto fistuloso, combinado con la resección del nervio aurículo temporal. He aquí el resumen de la observación:

X., joven de 27 años. Presentaba un absceso preauricular izquierdo, de origen indeterminado. Se le diagnosticó de adenoflemón parotídeo, dilatándose por medio de una incisión vertical que dió lugar a la salida de un pus espeso. Los fenómenos inflamatorios desaparecieron por completo, la herida se cerró y el enfermo salió del hospital completamente curado.

Algunas semanas después volvió con una fistula en el centro de la cicatriz operatoria. La fistula se presenta bajo el aspecto de una depresión cupuliforme, del tamaño de una lenteja, de contorno regular y ligeramente indurado. La piel de alrededor no presenta lesión irritativa alguna.

La exploración del trayecto, con el estilete, no proporciona ningún dato útil. La masticación da lugar a la salida de una débil cantidad de líquido claro, imponiéndose el diagnóstico de una fistula de la parótida. El conducto de Stenon está intacto.

Operación: Ablación del trayecto fistuloso y resección del nervio aurículo temporal; sutura de la piel sin drenaje. El enfermo está completamente curado desde hace varios meses.

En el caso presente se trataba de una colección flegmonosa situada delante del trago; seguramente de un adenoflemón.

Hay que notar dos hechos interesantes: por una parte, que el enfermo se fué curado algunos días después de la incisión del absceso y que sólo más tarde hizo su aparición la fistula; por otra parte, que la operación reparadora tuvo un éxito inmediato puesto que no ha vuelto a haber salida de saliva por la herida, que cicatrizó por primera intención.

Estos detalles que rara vez se encuentran en las observaciones, tienen gran importancia. En efecto, generalmente, la fistula consecutiva a una herida de la parótida, aparece inmediatamente después de la solución de continuidad del tejido glandular, y por otra parte, la cura radical buscada con los distintos procedimientos no se obtiene definitivamente más que después de un cierto tiempo durante el que persiste una ligera exudación.

La cura de las *fístulas parotídeas* puede obtenerse por diferentes procedimientos.

Aparte de los casos en que la curación sobreviene espontáneamente y que son muy raros, simplemente con la compresión se han obtenido curaciones duraderas.

La ligadura del conducto de Stenon, con el fin de producir la atrofia de la glándula, es una operación no sólo inútil sino perjudicial, puesto que *consagra* por decirlo así la lesión fistulosa.

La destrucción de la fístula, ya sea por continuación ó por extirpación, es un excelente procedimiento, y tiene su indicación especialísima cuando el trayecto fistuloso presenta una pared gruesa, callosa, verdaderamente organizada y sin tendencia á la cicatrización.

La resección del nervio aurículo temporal ha dado muy buenos resultados á ciertos cirujanos. El aurículo temporal es el nervio excito-secretorio de la parótida. Su sección produce, no la abolición completa, sino una disminución cuantitativa de la secreción salivar, que no saliendo ya por la fístula, no impide su curación. Es, pues, una operación lógica anatómica y fisiológicamente.

La técnica de esta operación es la siguiente: Incisión vertical preauricular. Busca del paquete vascular, cuya localización es fácil por los latidos de la temporal superficial. Buscar el nervio detrás de los vasos, al nivel del punto en que emerge de la cavidad parotídea. Aislarlo del tejido fibroconjuntivo que lo envuelve y seguirlo lo más lejos posible, deslizando el tejido glandular. Seccionar el nervio así diseccionado. Coger su cabo central con una pinza, sobre la cual se enrolla y se arranca lo más lejos posible.

Esta operación tal como acabamos de describirla, sin presentar verdaderas dificultades, es bastante delicada de hacer correctamente. La región sangra muy abundantemente; el nervio es difícil de aislar, y ha habido veces en que no se ha podido descubrir. En estos casos se recomienda pasar un catgut, con el que se ligarán á la vez los vasos y los tejidos situados detrás de ellos, seccionando todo entre dos ligaduras. Este método no es el ideal, pero tendría la ventaja, según ciertos autores, de impresionar los plexos simpáticos pericarotídeos externos y contribuir á la curación de la fístula.

Como conclusión dice el Dr. Villar, que en presencia de una fístula de la parótida, el proceder más recomendable es la ablación completa del trayecto fistuloso. Si este último se encuentra situado al nivel del polo superior de la glándula, se podrá hacer la resección del aurículo temporal aprovechando la misma incisión. Si la fístula no está en el polo superior, la resección nerviosa no se intentará más que en el caso de que la primera intervención hubiese fracasado. Pero lo que hay que saber antes de todo, es que las fístulas de la parótida, muy diferentes en esto á las del conducto de Stenon, curan á veces espontáneamente, y que por lo tanto no hace falta apresurarse á operarlas. —J. Ferrero.

UROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Consideraciones sobre el diagnóstico etiológico de la pielitis en los niños, y su tratamiento por las vacunas y sueros específicos. —El Dr. A. C. Sanhueza, después de un estudio de más de cien casos de afecciones supurativas de los conductos urinarios en los niños, deduce las siguientes conclusiones:

1.^a Las afecciones supurativas de los conductos urinarios en los niños son de una frecuencia extraordinaria en nuestro país.

2.^a El máximo de presencia lo hemos observado en los niños de nueve á diez y ocho meses.

3.^a La enfermedad la hemos encontrado en una proporción más ó menos igual en los varones y en las niñas.

4.^a En la mayor parte de nuestros enfermitos la enfermedad ha empezado desde el principio por la pelvis renal y en todos los casos ha sido este órgano el principalmente afectado.

5.^a La enfermedad puede ser primitiva ó secundaria. La forma primitiva se observa de preferencia en las estaciones frías y sobre todo en la época de epidemias de gripe. La secundaria generalmente se presenta como consecuencia de las afecciones gastro-intestinales y se observa especialmente en la primavera y en el verano.

6.^a La infección puede tener lugar por la vía ascendente: uretra, vejiga, uréteres y pelvis renal; por la vía sanguínea y, en estos casos, es muy común encontrar en la orina cilindros renales; y por la vía linfática, pues hoy se sabe, por los trabajos de Frankes, que existe una red linfática que va del intestino grueso al riñón.

7.^a La enfermedad, en la generalidad de los casos, es producida por el bacilo coli, solo ó asociado; se ha encontrado también el enterococcus de Thiercelin y el bacilo de Eberth. Los estudios bacteriológicos posteriores conducirán á demostrar si existen otra clase de bacterias causantes de la enfermedad.

8.^a Existen síntomas especiales, como la excitabilidad nerviosa, que muchas veces nos ha hecho pensar en una meningitis, la facies dolorosa, la excesiva palidez y la temperatura alta, con grandes oscilaciones, que cuando se encuentran asociados, tienen una gran importancia para el diagnóstico.

9.^a El examen de la orina es el único medio seguro que tenemos para diagnosticar la enfermedad, examen que nunca debe dejar de hacerse en toda enfermedad febril de diagnóstico dudoso. El diagnóstico debe completarse con el examen bacteriológico de la orina.

10. El pronóstico de la enfermedad, según nuestra experiencia, cuando se hace un diagnóstico oportuno y se instituye un tratamiento racional, es benigno; pero si el diagnóstico no se hace, los enfermos sucumben, en la generalidad de los casos, por complicaciones renales.

11. La urotropina á la dosis de 60 centigramos á 1 gramo en las veinticuatro horas es un medicamento recomendable. Igual cosa podemos decir del citrato de potasio, muy usado por los médicos norteamericanos, á la dosis de 3 á 5 gramos, disuelto en medio ó un litro de agua, en las veinticuatro horas.

12. El tratamiento específico por las autovacunas nos ha dado muy buenos resultados y creemos que esta será, como en muchas otras enfermedades infecciosas, la verdadera terapéutica del porvenir. (*Revista Médica de Chile*, Septiembre de 1919.)

HIGIENE

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Papel antipalúdico de los animales domésticos. —En nuestras regiones, los animales domésticos juegan un papel antipalúdico de primer orden, fijando sobre ellos la inmensa mayoría de los anofeles. Tal es el hecho establecido por M. E. Roubaud (*Acad. de Ciencias*, Septiembre).

Los animales domésticos, lejos de ejercer una acción perjudicial, como se podría suponer, contribuyendo al sostenimiento del contingente de anofeles de un distrito, impiden las relaciones peligrosas, que á su defecto se establecerían indudablemente entre los anofeles y el hombre.

Por otra parte, en este sentido es en el que los progresos de la agricultura mejoran la higiene de los países palustres. —J. F.

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.

Ataques, defensas y remedios.

Será sin duda alguna conocido por nuestros lectores el ataque que en forma de juicio crítico ha dirigido, desde las columnas de un importante periódico, un escritor médico, á la Facultad de Medicina de Madrid. El decano de ésta, Sr. Recasens, se ha creído en el deber moral de salir á la defensa del Centro docente que dirige, y con este motivo ha dado una conferencia en el Ateneo de Madrid respondiendo á unos cargos, negando la exactitud de otros y explicando los motivos de algunas deficiencias.

Ni la crítica ni su respuesta encontramos ajustadas á la justicia y á la verdad. Muchos de los defectos señalados son de naturaleza inevitable, y dudamos que haya Centro docente alguno en donde no se puedan comprobar; además, si lo que una crítica se propone es obtener un remedio provechoso para un mal que se señala, no creemos que sea el mejor procedimiento el de exagerar el mal, acumular su enumeración con la de otros y revolver cosas añejas, de que ninguna responsabilidad puede exigirse al presente. Pero de otra parte, en caso de acudir á la contestación á que la injusticia provoca, debe hacerse en términos enérgicos y proporcionados con el ataque, cosa que la bondad de carácter que existe en el fondo del Sr. Recasens no le ha consentido, dando lugar con sus atenuadas respuestas á que el público imparcial, ó por lo menos desinteresado, pudiera decir con mayor ó menor justicia aquello que á Camprodón dijo un ilustre literato:

«Yo te traje de hombre bueno,
y me has salido hombre malo.»

Y decimos esto, porque en la ocasión presente no creemos que haya habido nada más inoportuno que este pleito del estado interno de la Facultad de Medicina, sacado á la luz pública y expuesto á la atención de los políticos que en el Parlamento discuten el gran pleito de la autonomía universitaria.

Nadie puede negar que la mayor parte de los defectos señalados por el crítico á que aludimos son defectos de régimen y de organización interior, de falta de espíritu investigador y docente, de flojedad de conducta, de pereza desidiosa, sin que dejen de

tener enorme importancia las deficiencias de medios de enseñanza, de local, de enfermerías, etc., etcétera.

Y cuando esto se reconoce y se publica, es precisamente cuando se exige de los Poderes públicos una autonomía y una libertad de acción que no creemos que sea el remedio más apropiado para aumentar el vigor de un funcionamiento que de años ha se critica como deficiente. Se quiere dar al pecado la irresponsabilidad como remedio. El procedimiento no puede ser más nuevo.

Para el catedrático que no acude á clase, no hay por lo visto nada mejor que impedir que la inspección del Gobierno descubra su falta y que el Gobierno la castigue. Para el perjeñador de textos disparatados y costosos, ninguna traba más apropiada que reducir el término y acentuar la obligación en los alumnos que los adquieran; para los nepotismos y abusos en la provisión de cargos y vacantes, nada más eficaz que dejar en libertad completa á los que vienen cometiendo tales abusos.

Verdaderamente necesitamos verlo, para dar crédito al espectáculo de incongruencias, inverosimilitudes y faltas de lógica que supone esta cuestión de la autonomía universitaria. Es una prueba más de que en España se viene desde hace tiempo clasificando todo á lo que pudiéramos llamar una política de epígrafes sin contenido que no conduce sino á la acentuación del desconcierto administrativo, causa principal de nuestros males.

DECIO CARLAN

EL DOCTOR CALATRAVEÑO

Victima de rápida y traidora dolencia, extemporáneamente tratada, por el olvido personal de sí mismo en su abnegada tarea de prodigar sus cuidados á los que sufren, y á los cincuenta y ocho años de edad, ha muerto el día 15 tan entrañable compañero, y cuando había llegado á obtener una justificada reputación y conseguido la plenitud del anhelado bienestar.

Nuestro llorado amigo Calatraveño fué discípulo predilecto de aquellos maestros de la Medicina que se llamaron Martínez Molina, Encinas, Creus, Calvo, Santero, etc., que siempre se recordarán con veneración por aquellos que recibieron sus inolvidables enseñanzas.

Se doctoró en el año 1883 con sobresaliente nota,

digno remate á su brillantísima hoja escolar, y en los albores de su carrera, la ternura de su corazón le inclinó á la Pediatría, á la que continuó siempre decicándose con preferencia, siendo para él de todos los cargos desempeñados, el que rememoraba siempre con más cordial fruición, el de médico del hospital del Niño Jesús hacia cuyo establecimiento conservó gran devoción toda su vida.

Alicante durante la epidemia colérica del año 1884; en la presidencia del Ateneo Antropológico, en el primer Dispensario para niños establecido en España, y del que fué fundador; como secretario de la sección de Ciencias naturales del Ateneo de Madrid, del Congreso médico internacional de 1888, en Barcelona; en la Junta organizadora del de Higiene y Demografía celebrado en Madrid en 1898; como vocal de distintos Tribuna-



Su afición al periodismo le llevó al lado de aquel patriarca de los médicos rurales, el Dr. Tejada y España, que fué, con su *Genio Médico Quirúrgico*, el Mecenaz de los que después brillaron con luz propia y se llamaron Bejarano, Estévez, Vega Rey, y otros que aún viven y que tan alto consiguieron elevar el prestigio de la prensa médica española.

El claro talento de Calatraveño dejó señaladas sus huellas como médico consultor del Manicomio de Ciempozuelos; como delegado de Sanidad de la provincia de

les de oposiciones á cátedras, en su breve paso por la Diputación provincial, como redactor jefe de la *Ciencia Moderna* y *Genio Médico Quirúrgico*, y como director de la *Correspondencia Médica* y la *Revista de Sanidad Civil*.

Por sus méritos profesionales, Calatraveño perteneció como socio correspondiente á la Real Academia de Medicina Española, á la de Barcelona y á numerosas Sociedades científicas extranjeras. Su actividad profesional dejó sentir su acción altruista y bienhechora en Dispensarios, Sanatorios, Consultas y Hospitales y en

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

cuantos sitios reclamaban su auxilio los que sufren, llegando á conseguir una extensa y distinguida clientela.

Personalidad altamente simpática, ilustrado por los libros y la observación personal, en sus conferencias acreditó su dominio de la palabra, y en sus páginas de escritor se vió siempre la expresión de un pensamiento lleno de nobleza y elevación.

Lo que era y lo que valía se lo debió á sus envidiables cualidades, esfuerzo personal, laboriosidad é inteligencia.

Dedicó su vagar á la divulgación científica, é hizo mucho por el progreso de la Higiene en sus libros, folletos y artículos que aparecieron en casi todos los periódicos profesionales, científicos y diarios españoles.

Por sus relevantes méritos y ciencia sólida y fuerte, fué objeto de honrosísimas distinciones y condecorado con las grandes cruces de Caballero del Mérito Militar; Danilo de Montenegro; Mérito de Cuba; Placa del Mérito Naval; Comendador de la Real Orden del Cristo de Portugal; Medalla de Oro de la Cruz Roja Española; Gran Placa de Honor de la misma; de la Cruz Roja Japonesa y de Alfonso XII.

Representó airoso á España y su Cruz Roja en Conferencias y Asambleas internacionales.

En sus cursos aristocráticos del Colegio de Santa Isabel, para enfermeras de la Cruz Roja, patentizó su espiritualidad, siendo sus enseñanzas merecedoras de grandes elogios por elevadas personalidades.

En estos últimos tiempos sus iniciativas financieras, expuestas en las Juntas generales de accionistas del Banco de España, le llevaron á ocupar el codiciado cargo de consejero de nuestro oficial establecimiento de crédito, y en donde su labor era justamente estimada.

Su vida toda estuvo impregnada de dos devociones: el recuerdo venerando de su idolatrada madre, que presidió todos sus actos; y el cariño ilimitado por la Medicina.

Ha muerto cuando de su talento podía aún esperarse mucho y dejando una ejecutoria profesional de las más brillantes.

Los que con él convivimos muchos años, al desearle la paz y descanso, nos queda el consuelo inapreciable de haber sido fraternales amigos de un hombre tan noble.

Con su desaparición los médicos han perdido un esclarecido compañero; los amigos, un corazón excelso; los enfermos, un generoso y noble consuelo; la sociedad, un hombre bueno.

U. E.

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 18 DE NOVIEMBRE DE 1919

Un caso de catarata negra.

Dr. Lorenzo Cortés.—Hace cinco años empezó á notar que veía telas de araña delante de los dos ojos, aumentando cada vez más, hasta que al año próximamente solo distinguía bultos, sin poder apreciar si había poca ó mucha luz.

Por esta época (el año 1915-October) un día se levantó con muchos dolores en el ojo izquierdo, consultó con un especialista y le diagnosticó de iritis. La enfermedad de este ojo duró aproximadamente mes y medio, y en la actualidad tiene muchas adherencias imposible de saltar con intilación de atropina al 1 por 100. El ojo está hipotónico y no tiene ni la menor noción de visión; tal vez sea otra catarata negra y que con los exudados de la iritis haga imposible el paso de luz.

El ojo derecho es normal en la inspección, está bien de tono y vascularización; parece como si hubiese algo de exoftalmia, pero á mi juicio es más bien defecto, por ver el ojo izquierdo semi-atrófico. A la luz oblicua y auxiliado de la lente vemos perfectamente la reacción pupilar, que se produce una intensa miosis, y nos tenemos que valer de la instilación de atropina (solución al $\frac{1}{4}$ por 100) para explorar bien.

Conseguida la dilatación máxima, á los treinta minutos nos encontramos con un campo pupilar de color gris, pero tan obscuro, que más bien nos hace la sensación este tono de color, como si fuese el color frizano, con algunas estrías convergentes, todas hacia un punto concéntrico; centro del cristalino.

Lo que nos hace reflexionar sobre este caso, es si se trata de catarata negra ó simplemente de una catarata hiper-madura, cuyo color haya cambiado notablemente, y por eso se separe del de las cataratas normales.

Por el tiempo, no nos parece excesivo, y además, por la historia no puede haber sido la formación más normal.

Aunque muy raras veces se presenta la catarata negra, por todos los aspectos que presenta, nos inclinamos á diagnosticarla de tal (con las naturales reservas).

Continuamos la exploración y aun á sabiendas de que no recogeremos datos de gran interés, observamos con el espejo oftalmoscópico cóncavo, y el campo es completamente negro.

Examinamos la impresión á la luz, y á pesar de la dificultad conque el enfermo la percibe nos señala sin equivocación la dirección exacta de ésta, repitiendo la prueba varias veces para cerciorarnos de la verdad de sus afirmaciones, resultando positivas. Haciendo al enfermo ver que dado el tiempo que hace que no tiene visión y tratarse de un caso serio, le proponemos la extracción, que es aceptada en el acto.

Intervenimos con iridectomía el día 30 de Julio pasado, viendo que el cristalino era negro con ligero brillo metálico. Pasados dos minutos de la intervención hicimos pruebas de visión aunque en la creencia, desde luego, de que sería muy poco lo que hubiese ganado, pero nos sorprende que vea los dedos de la mano á 20 centímetros, diferenciando si la mano

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

está abierta ó cerrada. Se le aplica vendaje oclusivo hasta las cuarenta y ocho horas siguientes. Se le levanta el apósito y vemos con gran placer la buena marcha post-operatoria.

A los quince días de operado examinamos fondo de ojo, y aun con algo de fotofobia no podemos apreciar nada que se considere anormal en fondo de ojo.

Pasado un mes y casi desaparecida la fotofobia, etcétera, conseguimos con vidio esfero-cilíndrico - 9 D. + 3 D. á 90° que lea hasta $\frac{2}{3}$ de la escala de Weckers para lejos y con + 14 + 3 D á 90° para la corrección de cerca.

Cuerpo extraño en el cristalino.

Dr. Mansilla.—El jornalero G. M., de treinta y ocho años, natural de Moriones (Soria), ingresó en nuestra clínica del Hospital General el 5 de Marzo de 1919, ocupando la cama 15 de la Sala 23.

Goza de buena salud y sus leves padecimientos anteriores nada de relación con el que le ha obligado á ingresar en el Hospital.

En Septiembre de 1917, estando picando piedra en una carretera, notó una pequeña neblina en el ojo derecho, acompañada de ligera inyección ocular, que apenas le molestaba. Dicha neblina ha aumentado lenta y progresivamente desde dicho mes, hasta hace dos en que ha perdido toda la visión. No recuerda haber sufrido traumatismo alguno en el ojo ni la sensación de que le haya entrado cuerpo extraño alguno.

Para el examen que le hicimos comprobamos que se trataba de una catarata, completamente formada, de color muy obscuro, casi negra. Aunque no recordaba el paciente haber sufrido traumatismo, sospechamos que dicha catarata había sido producida por una piedra que hubiese contundido el ojo con poca intensidad. También pensamos en alguna partícula metálica desprendida del mazo de hierro cuando machacaba piedra, pero no había cicatriz alguna en la córnea, ni orificio en el iris, ni cuerpo alguno visible en la cristaloideas anterior.

Como la tensión ocular era normal, la cámara anterior bien formada, no había sinequias y la percepción luminosa era normal, propusimos al enfermo la extracción de la catarata.

El ojo izquierdo estaba completamente sano.

El día 15 de Marzo practiqué la extracción del cristalino á colgajo con iridectomía, según acostumbro en las cataratas traumáticas, sin que nada de particular ocurriese durante la operación, ni sobreviniese complicación alguna postoperatoria.

Examinado el cristalino extraído que, como hemos dicho, era muy obscuro, nada anómalo se observaba en su superficie, pero desmenuzándole detenidamente entre los dedos podemos apreciar en su centro una pequeña partícula de hierro de medio milímetro de longitud, que presento á los señores socios. Dicha partícula es extraída rápidamente por el electroimán.

La presencia de dicha partícula metálica explica bien la génesis de la catarata sin traumatismo aparente y manifestándose solamente por una ligera neblina é inyección ocular que apareció un día de Septiembre cuando el enfermo estaba machacando piedra.

La pequeña partícula penetró por la córnea, atravesó la cámara anterior y la pupila sin tocar el iris y se implantó en el centro del cristalino, dando origen á la neblina inicial, que fué aumentándose hasta perder completamente la visión por la siderosis y opacificación consiguiente.

El enfermo quedó completamente curado, no se apreció lesión alguna de fondo de ojo y salió del Hospital el 30 de Marzo con una visión de $\frac{1}{2}$ con + 11 dioptrías.

Este caso nos enseña que en muchas cataratas de indudable origen traumático, es muy difícil determinar esta naturaleza, porque el paciente no recuerda haber sufrido golpe alguno ó por haber sido tan insignificante que le ha pasado desapercibido. Además, debe tenerse siempre presente que en los picapedreros, albañiles, cavadores y demás obreros que trabajan con instrumentos metálicos, cuando hay desprendimientos de cuerpos extraños al chocar el metal con la piedra, las partículas que penetran en el interior del ojo son casi constantemente laminillas de hierro que siendo de bordes muy cortantes, lanzadas con gran violencia y á veces incandescentes, pueden atravesar las paredes oculares con más facilidad que las partículas de piedra.

Dichas partículas, aunque sus fenómenos reaccionales son ligeros, dada la pequeñez del traumatismo y del cuerpo extraño, no dejan de comprometer la visión, ya por la opacificación del cristalino, como en nuestro caso, ó por la siderosis y la inflamación de las membranas internas del ojo. Además, debe tenerse siempre presente los peligros de oftalmía simpática en estos casos de cuerpos extraños intraoculares, sobre todo si se implantan en la región ciliar.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Nombrado por Real orden de 13 de Noviembre del corriente año, *Gaceta* del 24, el Tribunal que ha de juzgar las oposiciones á la cátedra de Oftalmología y su clínica, vacante en la Facultad de Medicina de Cádiz.

Esta Subsecretaría hace público lo siguiente:

1.º Que dentro del término legal han presentado sus instancias los aspirantes que siguen: D. Ramón Ribas Valero, don Antonio Hernández Ortiz, D. Luis Alonso Andrés, D. Manuel Marín Amat, D. Juan Campos Fillol, D. Mariano Soria Escudero, D. Ricardo Pérez Jiménez y D. José Jiménez Lebrón.

2.º Queda excluido de la lista de opositores D. Julio Miguel Sánchez Salcedo por no llevar dos años en el cargo de auxiliar temporal ni poseer premio extraordinario en el grado de doctor en Medicina y no reunir ninguna otra de las circunstancias que determina el art. 15 del Real decreto de 30 de Abril de 1915.

3.º Que desde el día en que se inserte en la *Gaceta* e presente anuncio, comenzarán á contarse los términos á que se refieren los artículos 14 y 15 del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Madrid, 5 de Diciembre de 1919. - El subsecretario, *Bullón*.

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 y mues-
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25-San Sebastián

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 716,9; íd. mínima, 710,8; temperatura máxima, 12º,0; íd. mínima, 0º,9; vientos dominantes, O. SO.

Comienza á marcarse alguna declinación en la intensidad y en el número de los afectos gripales de localización pulmonar. También han disminuído en número las infecciones intestinales de tipo tifoideo. La mortalidad empieza á decrecer y debe tenerse en cuenta al estimar la importancia del número actual de las defunciones, el considerable aumento que en este año tiene la población de Madrid, aumento que atenúa la significación de las cifras registradas.

Crónicas.

ESPAÑA

Epidemia desconocida.—Telegramas procedentes de Verín dan cuenta de que en Veiga das Meas, aldea cercana á aquella población, se está desarrollando actualmente una epidemia desconocida que ha producido en pocos días diez y siete víctimas.

Las características de esta enfermedad parecen ser que los atacados fallecen á las cuarenta y ocho horas de iniciarse la enfermedad, y los cadáveres se descomponen rápidamente, poniéndose negros.

El inspector de Sanidad del distrito saldrá mañana para Veiga das Meas, con objeto de adoptar las necesarias medidas profilácticas.

Los médicos de Sociedades benéficas.—El lunes último, por la noche, y en el local del Colegio, volvieron á reunirse los médicos de Sociedades benéficas.

El Sr. Risueño, que actuaba de secretario, leyó las respuestas dadas por los gerentes ó directores de las citadas Sociedades á las peticiones de sus médicos.

La mayoría de las contestaciones no concretan ofrecimiento alguno positivo.

Se discutieron con amplitud estos extremos, y hablaron hasta la una de la madrugada, en que la presidencia logró concretar.

Los principales acuerdos votados casi por unanimidad, fueron: que los médicos percibirán una peseta mensual por cada familia que les asignen.

Ningún médico podrá tener asignadas más de 500 familias en una ó más Sociedades.

En caso de que alguna Sociedad ejerza represalias, despidiendo á alguno de sus médicos, todos los demás cesarán en sus cargos interin no se reponga al compañero cesante.

La reunión terminó en medio de un gran entusiasmo.

La peste hace 4 000 años.—*El Sol* publica en su número del martes, bajo un parecido epígrafe, una nota que por su curiosidad damos á conocer á nuestros lectores.

«La Academia de Medicina de París, en su última sesión, ha tenido conocimiento por los doctores Netter y Boinet, de un hecho que demuestra, una vez más, que no hay nada nuevo bajo el sol.

A pesar de que sólo hace pocos años los higienistas descubrieron que las ratas eran los temibles agentes de la propagación de la peste, en realidad hace miles de años que se ha podido comprobar la aparición simultánea de las ratas y la peste.

Los doctores aludidos han buscado en la Biblia los pasajes en que se trata de la peste y de la lepra, y en el capítulo I del «Libro de los Reyes» encontraron que habiendo robado los filisteos el arca santa de los israelitas, el Eterno resolvió castigarlos y los envió, al mismo tiempo, una nube de ratas, que devastaron el país, y una enfermedad misteriosa cuya descripción se corresponde en todos los puntos con los síntomas de la peste.

Y después, en su imaginación y sus supersticiones, los filisteos asociaron siempre las ratas á aquella enfermedad».

Real Academia de Medicina. Adjudicación de premios.—La Real Academia de Medicina publica en la *Gaceta* lo siguiente:

«Examinados por esta Academia los trabajos presentados en opción á los premios correspondientes al año 1919, se acuerda:

1.º Adjudicar el premio Salgado (por mitad) á los doctores D. Mannel Pérez de Petinto, de Madrid, y D. Manuel María Amat, de Almería.

2.º Adjudicar el premio Nieto y Serrano á la Memoria cuyo lema es «Jesús, medicus medicurum, sanabat omnes».

3.º Adjudicar el premio Róel al autor de la Memoria «Topografía médica del Concejo de Cabrales», y el accésit, al autor de la «Topografía médica del Concejo de Carreños».

4.º Adjudicar el premio Calvo y Martín á D. Feliciano García Pastor, médico titular de Chiloeches, por su Memoria «Estudio clínico acerca de la epidemia gripal en Chiloeches (Guadalajara)».

La que se publica para conocimiento de los interesados, que deberán concurrir el domingo 25 del corriente mes, á las cuatro de la tarde, al local de la Corporación, en que se celebrará la sesión inaugural del año académico, á recibir los mencionados premios.

Los interesados residentes en Madrid recogerán en persona los premios en el acto de dicha sesión, y los de fuera, bien en persona ó con autorización debidamente justificada.

Los que por cualquier circunstancia no pudieran retirar las mencionadas recompensas, lo podrán realizar en las oficinas de la Corporación, de once y media á una de la tarde».

Circular de Sanidad.—«Inspector general de Sanidad á todos los inspectores provinciales de Sanidad.—Circular.—La aparición de casos de encefalitis letárgica en varias naciones extranjeras, y acaso en alguna provincia española, contemporáneamente con el actual recrudecimiento de la gripe, obliga á prestar á este asunto la mayor atención.

Diríjase á las autoridades sanitarias y médicos de la provincia, á fin de que den cuenta de cualquier caso de esta naturaleza que se presente, con objeto de proceder, con la mayor urgencia, á su estudio.»

Suscripción benéfica.—La sexta lista facilitada de las personas que con sus donativos contribuyen al sostenimiento de la institución benéfica que bajo el patronato de Su Majestad la Reina se ha creado con el nombre de «Comidas Reina Victoria», alcanza las cifras siguientes:

Excelentísima señora marquesa de la Velada, 3.000 pesetas; marquesa viuda de Salas, 250; excelentísimos señores marqueses de Amboage, 1.000; D. Rafael Mira, 50; excelentísimo señor conde de Lizárraga, 35,45; excelentísimos señores marqueses de Bendaña, 500.

Conducta á imitar.—El juez del pueblo de Navarrés (Valencia) ha confirmado la suspensión y procesamiento de aquel Ayuntamiento por falta de pago al médico titular. La inspección administrativa que se realiza ha demostrado que desde hace doce años no se justifica ninguna cuenta en dicho Ayuntamiento.

El gobernador parece dispuesto á cortar estos abusos y corruptelas.

Acertado nombramiento.—Por Real decreto de 13 de Enero, ha sido nombrado vocal del Real Consejo de Sanidad nuestro distinguido amigo D. Gregorio Marañón Posadillo, al que de todas veras felicitamos.

Defunciones.—Tenemos el sentimiento de participar á nuestros suscriptores el fallecimiento de los distinguidos compañeros D. Francisco Martínez y González y D. Manuel Uriarte Monedero, el primero médico titular de Socuéllamos (Ciudad Real), y el segundo en Vitoria. Enviamos nuestro sentido pésame á las familias respectivas.

INGLATERRA

Estadísticas demográficas.—Las estadísticas demográficas de Escocia del año 1917 indican que el número de los nacimientos y muertes fué el más pequeño que se conoce hasta la fecha. Los nacimientos ascendieron á 97.441 y las muertes á 69.483.

El número total de muertes que se atribuyen á la influen-

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

za en la última parte de 1918 y principios de 1919 fué de 17.575. La mortalidad de la epidemia excedió á la debida á epidemias de otras enfermedades infecciosas, y gran parte (50 por 100) ocurrió entre los adultos.

FRANCIA

La Higiene y la Habitación.—En estos últimos días, M. Antraud, prefecto del Sena, ha inaugurado en el Instituto de Historia de la ciudad de París, una interesante exposición pública de documentos relativos al mejoramiento de la habitación, á la creación de ciudades-jardín y á la extensión racional de los suburbios en Inglaterra.

Fondo para las Universidades francesas.—El ministro de Instrucción Pública ha presentado en el Parlamento una proposición de ley proveyendo un fondo de más de 12 millones de francos para las universidades, que se emplearán en la construcción de nuevos edificios, reparaciones, nuevos aparatos científicos, etc. La suma destinada á la Universidad de París asciende á 10 millones de francos.

La protección de los huérfanos de la guerra.—La federación general de las asociaciones departamentales de los niños de escuela ha atraído mucho la atención en vista de lo mucho que está haciendo en favor de los huérfanos de la guerra. La federación está compuesta de 87 asociaciones que contribuyen al mantenimiento de 200.000 huérfanos. Durante el año 1918 se ha distribuido á estos huérfanos un total de 15 millones de francos. La federación también ha tomado la iniciativa para fundar el primer sanatorio para la helioterapia en altitude, en Francia.

HISPANO-AMÉRICA

Mortalidad en Buenos Aires en Septiembre de 1919.

—**Enfermedades generales.**—Fiebre tifoidea (tifus abdominal), 5; sarampión, 7; escarlatina, 3; coqueluche, 4; difteria y crup, 15; crup, 3; influenza, 67; cólera nostras, 1; peste, 4; lepra, 1; erisipela, 3; infección purulenta y septicemia, 23; pústula maligna, 3; rabia (hidrofobia), 1; tétanos, 1; afecciones tuberculosas: de los pulmones, 282; miliar aguda, 6; de las meninges, 14; abdominal, 6; mal de Pott, 4; tumor blanco, 3; tuberculosis de otros órganos, 8; tuberculosis generalizada, 3; raquitismo, 3; sífilis, 12; cáncer y otros tumores malignos: de la cavidad bucal, 4; del estómago y del hígado, 60; del peritoneo, de los intestinos y del recto, 10; de los órganos genitales de la mujer, 14; de otros órganos y de los órganos no especificados, 44; otros tumores (no comprendidos los de los órganos genitales de la mujer), 3; reumatismo articular agudo, 3; diabetes, 16; enfermedad bronceada de Addison, 1; leucemia, 2; anemia y clorosis, 7; otras enfermedades generales, 1; alcoholismo agudo ó crónico, 1.

Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.—Encefalitis, 3; meningitis simple (A), 74; ataxia locomotriz progresiva, 2; otras enfermedades de la medula espinal, 2; congestión y hemorragia cerebrales, 97; reblandecimiento cerebral, 19; parálisis sin causa indicada, 4; parálisis general, 13; otras formas de enajenación mental, 5; epilepsia, 1; convulsiones de los niños, 16; otras enfermedades del sistema nervioso, 9.

Enfermedades del aparato circulatorio.—Pericarditis, 2; endocarditis aguda, 80; enfermedades orgánicas del corazón, 264; angina de pecho, 8; afecciones de las arterias, aterosclerosis, aneurisma, etc., 35; embolia y trombosis, 7; afecciones del sistema linfático, linfagitis, etc., 1; hemorragias y otras afecciones del aparato circulatorio, 6.

Enfermedades del aparato respiratorio.—Afecciones de la laringe, 2; bronquitis aguda, 20; bronquitis crónica, 1; bronconeumonía, 236; neumonía, 70; pleuresía, 18; congestión y apoplejía pulmonar, 26; gangrena pulmonar, 4; otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto cáncer), 1.

Enfermedades del aparato digestivo.—Afecciones de la boca y sus anexos, 1; úlcera del estómago, 6; otras afecciones del estómago (excepto cáncer), 2; diarrea y enteritis (menores de dos años), 54; diarrea y enteritis (de dos años y más edad), 15; apendicitis y tífis, 2; hernias y obstrucciones intestinales, 12; otras afecciones del intestino, 4; tumores hidáticos del hígado, 3; cirrosis del hígado, 13; cálculos biliares, 5; otras afecciones del hígado, 9; peritonitis simple (no comprende la puerperal), 22.

Enfermedades del aparato genito-urinario y de sus anexos.—Nefritis aguda, 32; mal de Bright, 51; otras enfermedades

de los riñones y de sus anexos, 4; enfermedades de la uretra, absceso urinario, etc., 2.

Estado puerperal.—Hemorragia puerperal, 1; otros accidentes del parto, 1; septicemia puerperal, 8.

Enfermedades de la piel y tejido celular.—Gangrena, 5; forúnculo (antrax), 1; flemón y absceso caliente, 4; otras enfermedades de la piel y de sus anexos, 1.

Enfermedades de los órganos de la locomoción.—Afecciones de los huesos (excepto tuberculosis), 1; amputación, 2.

Vicios de conformación congénita no comprendido nacidos muertos, 3.

Primera edad.—Debilidad congénita, ictericia y escleroma, 48; otras enfermedades especiales de la primera infancia, 2.

Debilidad senil, 18.

Afecciones producidas por causas exteriores.—El diagnóstico no especifica si la muerte ha sido accidental, voluntaria ó por homicidio: por veneno, 3; por asfixia, 2; por suspensión ó estrangulación, 1; por sumersión, 8; por armas de fuego, 16; por instrumentos trinchantes, 2; intoxicación por alimentos, 2; otros envenenamientos agudos, 6; quemaduras (no por incendio), 4; fracturas, 15; otras violencias exteriores, 23; lesión orgánica no definida, 2.

Enfermedades mal definidas.—Causas de muerte no especificadas ó mal definidas, 6.—Total, 2.016.

Los nacimientos durante el mismo mes han sido 3.455.

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

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

GRANULAR-ELIXIR-INJECTABLE

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.