

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 | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

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

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

V. CORTEZO
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

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

F. GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

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

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

F. LOPEZ PRIETO
Ex-Médico-Titular.

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

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

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

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

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

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

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

P. DEL RÍO HORTEGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

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

JOSÉ SANCHIS BANÚS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.

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: Meningocele sincipital y hematocele congénito del seno longitudinal superior, por el Dr. Goyanes. — Sífilis cerebra y psicosis sífilíticas, por el Dr. Gonzalo R. Lafora. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Ceremonia en la Universidad Central: Entrega del título de doctor honorario á D. Avelino Gutiérrez. — Memorias de un pensionado, por el Dr. Albiñana. — Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. — Ministerio de la Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

MENINGOCELE SINCIPITAL Y HEMATOCELE CONGÉNITO DEL SENO LONGITUDINAL SUPERIOR

POR EL

DR. GOYANES

Señores académicos, señores:

Voy á tener el honor de exponer dos interesantes casos de tumores congénitos de la cabeza, observados y operados en mi clínica del Hospital General. Hubiera sido conveniente presentar los enfermos cuando tenían todavía su lesión, es decir, antes de ser operados; pero en aquella fecha, Diciembre último, todavía no se celebraban las sesiones ordinarias en esta Corporación. Presentarlos después de operados, resultaba de menor interés, pues sólo darían fe de la pericia del operador y del éxito de la intervención operatoria. Como los pacientes se hallaban ya en sus respectivos pueblos no he podido hacerlos venir á esta sesión.

En ambos casos se trata de lesiones congénitas de la cabeza.

El primero es un *meningocele sincipital* que ofrece la particularidad de hallarse situado é implantado en un punto de la línea media donde no se han observado, que yo sepa, lesiones análogas.

Se trataba de un niño de poco más de un año, que trajo á la clínica su madre, B. S., de treinta y dos años, natural de Perales de Tajuña (Madrid). Como se ve en la fotografía (fig. 1.^a) tenía este niño un tumor voluminoso sobre el vértice de la cabeza que caía péndulo á modo de gorro grotesco

á uno ú otro lado; se hallaba cubierto de piel normal, muy delgada y desprovista de pelo, á excepción de la base. El pedículo, no muy ancho, correspondía á la línea media sagital, entre los puntos bregma y lambda, hallándose ya las fontanelas casi por completo osificadas. El tumor era blando, fluctuante y translúcido. A la presión sostenida se reducía algo de volumen y en su zona de implantación se notaba al tacto un pequeño foramen ó defecto en el hueso.

Se diagnosticó de meningocele, y, considerando que era susceptible de ser operado con resultado favorable, se practicó la operación en 1.º de Diciembre. Se tallaron dos colgajos de piel en la base, aislando el pedículo del saco, que se ligó y extrajo.

Un pequeño orificio, del diámetro de un lápiz, establecía la comunicación con el interior del cráneo. Hundido el pedículo, se suturó la membrana fibrosa que lo rodeaba (restos de la duramadre) sin hacer oclusión osteoplástica, y se terminó la operación suturando la piel. Los resultados fueron sencillos y á los diez días el niño estaba curado y fué dado de alta (fig. 2.^a).

El saco del meningocele estaba lleno de un líquido claro y transparente y las paredes se hallaban formadas por la piel y tejido fibroso, revestido interiormente de una capa de células aplanadas.

Como se ve en estas preparaciones histológicas, que ha hecho con su pericia habitual del Dr. Illera, el corte del saco demuestra hallarse formado por la piel, donde se ve la capa epidérmica, el dermis, con sus papilas, algún filete nervioso y glándulas y un plano de tejido celular fibroso (aracnoides) con los caracteres ordinarios de este tejido. En el revestimiento interno no se ven ni células de epitelio vi-



brátil, ni restos de células nerviosas ó neuróglícas. Se trata, pues, histológicamente, de un meningocele puro.



Fig. 1.a.

Como es sabido, los encefaloceles son hernias congénitas del cerebro que salen á través de una perforación ó de-



Fig. 2.a.

fecto craneal. Falta siempre en sus planos y pedículo el hueso y la duramadre, hallándose, por lo tanto, formados por

la piel, la galea aponeurótica, la aracnoides y pia y una capa de substancia cerebral más ó menos espesa, que rodea la evaginación de la cavidad ventricular.

Por su punto de implantación en la línea media se dividen en occipitales y sincipitales. Los primeros salen por encima de la protuberancia (encefalocele occipital superior) ó por debajo (inferior); en este último caso el foramen óseo puede llegar al agujero occipital magno y aún existir raquíquis de la primera vértebra cervical, participando entonces en la tumoración el cuarto ventrículo.

Los encefaloceles sincipitales son superiores ó frontales é inferiores, y éstos, según el punto de salida á través de la lámina etmoidal (casi siempre la célula infundibular), pueden ser nasofrontales, nasoetmoidales y nasoorbitales.

En nuestro caso no se trataba de ninguna de estas variedades, toda vez que el saco quístico se hallaba implantado en el vértice cefálico, entre las fontanelas bregmática y lambdoidea. Es, por lo tanto, un caso extraordinario; y, como la evaginación ventricular que forma el encefalocele corresponde á las prolongaciones ó cuernos del ventrículo lateral y de aquí su topografía posterior ú occipital (si proceden del cuerno posterior), y anterior ó frontal (si del anterior), es preciso admitir en nuestro caso que la hernia del ventrículo se produjo á causa de una evaginación ó divertículo en la zona media ventricular lateral.

La conformación estructural de los encefaloceles, y aquí prescindimos de los graves casos teratológicos, de poco interés quirúrgico, acompañados de una malformación cerebral, incompatible con la vida, como sucede á la exencefalia y á la holo y mero-acrania, depende de la disposición que en ellos adopte la substancia nerviosa y la cavidad ventricular ó saco del encefalocele. Cuando la substancia cerebral es espesa y existe una verdadera hernia del encéfalo, percibiéndose la conformación de una ó varias circunvoluciones en aquella, se designan, según Heinecke, como kenencefaloceles, en los cuales la cavidad secular del ventrículo es muy reducida.

Un caso de estos, hemos tenido ocasión de observar y operar en nuestra clínica del Hospital General. Se trataba de un niño que presentaba un tumor congénito, pulsátil reducible, en la región frontal media, no translúcido ni transparente, de ancho pedículo y cubierto de piel normal. Hecha la reducción del tumor por compresión apreciábase un ancho foramen craneal en la línea media, del tamaño de un duro. En la operación se puso al descubierto la masa nerviosa, formada de varias circunvoluciones, que fué reducida, el saco del encefalocele respetado y el foramen craneal recludo con un gran fragmento osteoplástico tomado de una de las tibias del propio niño.

Con más frecuencia que el kenencefalocele se observa el tumor congénito clásico, que se designa con el nombre de *encefalohidrocele* ó *encefalocistocoele*, nombres que se refieren, el primero, al aspecto de bolsa ó hernia encefálica repleta de líquido acuoso, y el segundo, al carácter quístico de la lesión y que tiene en la medula su lesión paralela en el mielocistocoele. Aquel tumor está formado esquemáticamente y de fuera á dentro de la piel, la aponeurosis, la aracnoides y pia, de estructura también fibrosa, el tejido nervioso, generalmente en plano muy delgado y con pocos elementos nobles y más neuroglia, el revestimiento epitelio vibrátil del apéndice ventricular y el líquido del quiste. Siempre falta la duramadre, y el tejido nervioso puede no ser notado al examen microscópico, debiendo en todo caso realizar cortes microscópicos. El no hacerlo ha motivado que se hayan descrito como meningoceles puros muchos casos que indudablemente eran encefalocistocoeles, con el plano de tejido ner-

vioso muy a
das interior
es el que ha
publicado e

¿Cómo s
en que se tr
O bien el te
por compre
menos prob
cele, el líqui
relacionada
ido distend
saco quístic
cia nerviosa
ceso involu
tural del h
normalidad
tonces, la in
de la misma

Sólo en
falia, en aqu
tirpar repre
el tumor ce
to ventrícu
Estas contr
libro de Be
enfermedad

Por lo
esta la ocas
llo de los
que hallánd
al final de
cuando el e
interesante
nes en las p
nes de las
fisiológica d
santes expe
axolote, en
soluciones
persistencia
primitivo, y
remedando
cerebro y d

El segun
á un *Hemat
duramadre*.

Se trata
za), alto y f
taba una tu
el momento
llana; pero
de un huev
ma replecio
y abundan
aunque se l
bajo.

Como se
sión como
media, la m
mitad supe
piel casi no
nido era sa
y comprimi
boisa vacía
ancho y se

vioso muy adelgazado ó con sólo las leptomeninges revestidas interiormente de epitelio vibrátil. El profesor Muscatello es el que ha sostenido esta doctrina en un antiguo trabajo publicado en los Archivos de Langenbeck.

¿Cómo se explican entonces los casos, como el nuestro, en que se trata histológicamente de un meningocele puro? O bien el tejido nervioso y el epitelio vibrátil han sufrido por compresión una atrofia total y desaparición, lo cual es menos probable, ó bien, durante la evolución del encefalocele, el líquido, por un aumento grande de presión, quizá relacionada con la existencia de una hidrocefalia externa, ha ido distendiendo las meninges blandas, formándose así el saco quístico, pero al mismo tiempo reduciendo la substancia nerviosa hacia el interior del cráneo, la cual en su proceso involutivo ha reorganizado la conformación arquitectural del hemisferio correspondiente, reintegrándola á la normalidad. Quizá haya ocurrido esto en nuestro caso. Entonces, la indicación quirúrgica es sencilla y los resultados de la misma son casi siempre favorables.

Sólo en los casos de encefalocele complicado de hidrocefalia, en aquellos otros en que la substancia nerviosa á extirpar representa partes vitales del cerebro, y, por último, si el tumor cefálico tiene su punto de implantación en el cuarto ventrículo, debemos abstenernos de toda intervención. Estas contraindicaciones han sido ya señaladas en el clásico libro de Bergmann sobre el «Tratamiento quirúrgico de las enfermedades del cerebro», 1899.

Por lo que respecta á la génesis de estas lesiones, no es esta la ocasión de hablar de las primeras fases del desarrollo de los rudimentos del sistema nervioso. Sólo diremos que hallándose ya cerrado el tubo médulocerebral primitivo al final de la segunda semana del desarrollo embrionario, cuando el embrión apenas tiene 3 milímetros de largo, estas interesantes lesiones congénitas tienen por causas alteraciones en las primeras fases evolutivas. Quizá se trata de lesiones de las membranas del huevo que impiden la oclusión fisiológica de aquel conducto. Bien conocidos son los interesantes experimentos de O. Hertwig en los embriones de axolote, en los cuales llegó á producir, sumergiéndoles en soluciones de sal común, poco después de la fecundación, la persistencia de la abertura ó dehiscencia del canal nervioso primitivo, ya en zonas extensas, ya en puntos circunscritos, remediando así la conformación de las hernias congénitas del cerebro y de la medula.

El segundo caso es todavía más interesante, y se refiere á un *Hematocoele congénito del seno longitudinal superior de la duramadre*.

Se trataba de un joven de veinte años, de Ateca (Zaragoza), alto y fuerte, bien constituido, por lo demás, que presentaba una tumoración en la línea media de la cabeza ya desde el momento de nacer. Entonces tenía el tamaño de una ave llana; pero fué creciendo paulatinamente hasta alcanzar el de un huevo grande de gallina ó mayor, en la fase de máxima repleción. El paciente había tenido epistaxis frecuentes y abundantes. Por lo demás, apenas le molestaba su lesión, aunque se le congestionaba la cabeza al realizar algún trabajo.

Como se ve en la fotografía (fig. 3.^a), presentábase la lesión como tumor quístico, situado en la frente y en la línea media, la mitad próximamente en la zona sin pelo y la otra mitad superior en el cuero cabelludo. Estaba cubierto de piel casi normal, algo azulada, indicando esto que su contenido era sangüíneo. A la palpación se apreciaba fluctuación, y comprimiendo se reducía casi por completo, quedando una boisa vacía cutánea. Su pedículo ó base de implantación era ancho y se apreciaba en el hueso un foramen ó pérdida de

substancia de unos 15 milímetros de diámetro y, al mismo tiempo, parecía palparse una pequeña lámina ósea, movable, á modo de opérculo.

En la radiografía descubrióse el foramen ó pérdida ósea y la laminilla movable, á modo de hueso wormiano alojado en la parte inferior de aquella.

Pero la particularidad más curiosa de la lesión consistía en que estando el paciente de pie disminuía de volumen,

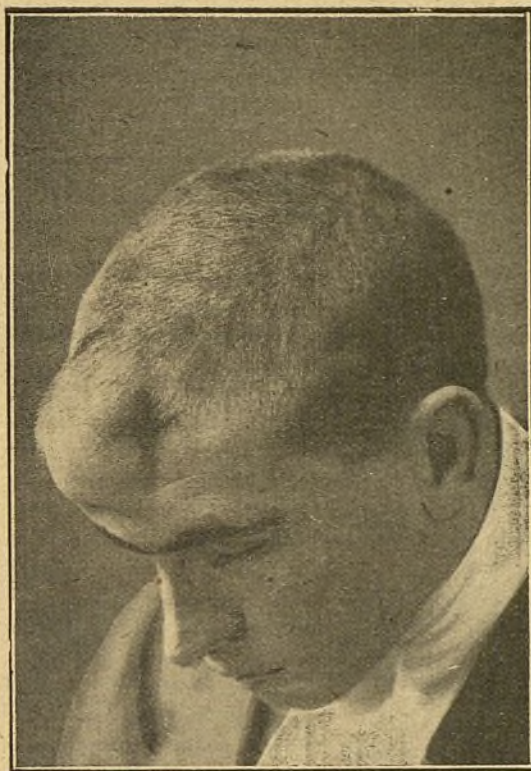


Fig. 3.^a.

hasta quedar reducida á un pequeño saco de piel flácida, y al agacharse hacia delante, echarse hacia atrás ó hacer esfuerzos espiratorios (tos, compresión del tórax con la glotis cerrada, etc.) se ponía repleto, lleno y turgente. La compresión de las venas yugulares en el cuello producía el mismo efecto.

Decidimos operarle, practicando la intervención en Diciembre último en anestesia clorofórmica. Una incisión en la línea media descubrió el saco; pero sus paredes estaban tan adelgazadas que se abrió éste en seguida, presentándose como una cavidad única atravesada de derecha á izquierda por dos trabéculas finísimas, y cubierto interiormente de una membrana de aspecto endotelial. En el fondo del quiste hemático había una abertura de comunicación, quedando al descubierto, á través de la pérdida ósea, la pared superior del seno longitudinal. La hemorragia que procedía de esta comunicación era tan copiosa é imponente, y pareció salir como el agua sale de un manantial abundante, que hubimos de acudir rápidamente á taponar con energía la cavidad, llenándola de gasa. Solo así pudimos dominar la alarmante situación y la pérdida de sangre, terminando la operación suturando los bordes de la herida por encima de la gasa taponadora. A los cuatro días quitamos el tapón, pero la hemorragia de la abertura del seno era todavía muy copiosa, por lo cual volvimos á taponar. Al octavo ya pudo quitarse la gasa y observar la comunicación con el seno, que no sangraba. El curso ulterior (cicatrización por segunda intención)

fué favorable y sin contratiempo y á los veinticinco días se hallaba el paciente curado y sin molestia alguna.

El *hematocele pericraneal* ó *hematocele sinus pericranii* ó simplemente *seno pericraneal*, es una lesión rara descrita hace ya bastantes años por Stromeyer. Apenas si llegan á 30 las observaciones publicadas en la literatura quirúrgica, aunque no tengo la pretensión de haberlas recogido todas.

A nuestro juicio es necesario establecer una separación entre los hematoceles pericraneales de origen traumático, los congénitos, los angiomas comunicantes y las dilataciones venosas producidas por otras causas, sobre todo aquellas que determinan un aumento de la presión intracraneal y en consecuencia la dilatación (á veces varicosa) de las venas pericraneales.

Para nosotros el verdadero seno pericraneal, ó dicho con más propiedad el hematocele pericraneal, es una lesión congénita producida probablemente por alteraciones patológicas durante el desarrollo embrionario, localizadas en las membranas del huevo y posiblemente por los tractus inflamatorios del amnios, llamados tractus de Simonart. No puede admitirse, para los casos congénitos por lo menos, relación alguna de estas formaciones con el desarrollo de las granulaciones paquiónicas, emergencias del tejido subaracnoideo en los senos, pues no existen en los niños antes de los diez años. Tampoco parece probable que estos hematoceles congénitos sean *lagos de Trolard* ampliados, pues los lagos son formaciones fisiológicas que sólo llegan raramente á perforar la cubierta ósea en edades avanzadas. El hematocele congénito debe tener un mecanismo análogo en su formación al meningocele, con la diferencia de afectar solamente á la cubierta meníngea externa y á los senos venosos en ella alojados.

Por los demás, se han descrito otras formas, traumáticas y sintomáticas, del hematocele pericraneal. A consecuencia de un golpe puede observarse la dilatación progresiva de alguna vena emisaria del diploe, ó por aumento grande de la presión intracraneal puede producirse la dilatación de venas pericraneales que simulan el verdadero hematocele.

En efecto, Lannelongue (*Revue de Chirurgie*, 1886) reunió en su trabajo titulado «Note sur les tumeurs sanguines du crâne communiquant avec le sinus longitudinal supérieure, Hematomes communiquants ou aneurismes vaineux traumatiques, et angiomes proprement dits», 21 observaciones, de las cuales 12 eran congénitas y 9 traumáticas. Pero aquí se suman y confunden lesiones tan diferentes como el angioma y además se emplea la designación impropia de aneurismas venosos.

Tampoco puede considerarse como verdaderos hematoceles los dos casos descritos por Cushing (Cirugía de Keen) observados por él en el John Hopkins Hospital, pues se trata en ambos de dilataciones venosas comunicantes con los senos y producidas por el aumento de la presión intracraneal, determinada por tumores, y, en efecto, luego de hecha la trepanación descompresiva, desaparecieron aquéllos.

Más interesante es el caso expuesto por J. Franke (de Brunswick) en la *Verhandlungen d. deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, Abril, 1902) Ueber die Blutzysten am Schädel und ihre Behandlung (Sinus seu Hematocele pericranii), de un muchacho de veinte años, que tenía el quiste, al parecer congénito, situado detrás del parietal derecho y sufría dolores insoportables de cabeza. El tumor había crecido progresivamente. En la operación se vió que había un defecto óseo en la pared, que el autor considera congénito. La hemorragia durante ella fué peligrosa y el foramen fué ocluido con una redcilla de alambre de plata, curándose el paciente.

El caso de Gussew publicado en el *Busski Wratsch*,

1908, núm. 43 y referido en el *Zentralblatt für Chirurgie* 1909, núm. 15 (Ein Fal v. Sinus pericranii Stromeyer) es poco demostrativo, pues se trataba de un paciente que tenía una tumoración del tamaño de una manzana en la línea media frontal, que producía dolores de cabeza y presentaba latido. Al incindirlo salió mucha sangre y pus y se descubrió un pequeño foramen óseo que conducía al seno longitudinal superior. Hizo un taponamiento, pero el enfermo murió de meningitis, que el autor cree precedió á la operación.

La observación de A. Müller (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1912, núm. 29), se refiere más bien á un angioma cavernoso en una muchacha de trece años. Estaba situado en el parietal izquierdo y le producía gran dolor de cabeza. Al extirparlo se vieron dos emisarias que sangraban mucho y conducían al interior del cráneo. Con un punzón de marfil hizo la oclusión de las emisarias y la niña se curó.

En la *Freie Vereinigung der Chirurgen Berlin's*, Sitzung, v. 13-III-1911, describió F. Krause otro caso, en que el paciente tenía un hematocele pericraneal de origen traumático. El tumor era reemplazado por una depresión en la frente al sentarse ó ponerse de pie el enfermo, y en cambio, hacía relieve al echarse, hacer esfuerzos, toser y también comprimiendo las yugulares. Había sufrido una caída de un coche y llevado un golpe en la cabeza. Hizo Krause la extirpación del saco hemático, con ligadura del pedículo cerca del seno longitudinal y cubrió el defecto óseo con un colgajo perióstico, curándose el lesionado.

Por último, describiré otra observación de Boschardt referida en la *Verhandlungen d. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie*, Berlín, Marzo, 1913, que se refiere á una joven de veintiséis años, con un hematocele situado entre el parietal y el occipital. Tenía éstasis papilar doble y sufrió ataques de parálisis, y por fin, la muerte, encontrando en la autopsia una dilatación varicosa y formación de angiomas en casi todas las venas del cráneo (*flebectasia progresiva cranii et cerebri*).

(Sesión de la R. A. N. de Medicina el día 14 de Febrero de 1920.)

SIFILIS CEREBRAL Y PSICOSIS SIFILITICAS (1)

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

Expatólogo del Manicomio federal del Washington.

¿Cuándo emplearemos la vía intravenosa sola, y cuándo la intravenosa y la intrarraquídea combinadas? Creemos útiles las reglas de conducta dadas por Fordyce, á las cuales sólo hemos hecho pequeñas modificaciones basadas en nuestra experiencia personal (2). Las resúmenes así:

a) En los casos de sífilis nerviosa (según la reacción de Lange), con Wassermann positivo en la sangre y negativo en el líquido, con aumento de globulinas y linfocitosis, se ensayará el método intravenoso, y si no da resultado clínico al cabo de cuatro ó cinco inyecciones, se extenderá al de inyecciones intrarraquídeas, alternando con las intravenosas.

b) En los mismos casos, con Wassermann positivo, tanto en la sangre como en el líquido cefalorraquídeo,

(1) Véase el número anterior.

(2) LAFORA: El tratamiento intrarraquídeo de las afecciones sífilíticas y parasífilíticas del sistema nervioso (*EL SIGLO MÉDICO*, 1917).

se empezará desde luego el tratamiento combinado intravenoso é intrarraquídeo.

c) En los mismo casos, con Wassermann negativo en la sangre y positivo en el líquido cefalorraquídeo, se dará primero una inyección provocadora de salvarsán, y se harán luego varias reacciones Wassermann con el suero sanguíneo. Si continúan negativas, se empleará exclusivamente el método intrarraquídeo. Nosotros opinamos, sin embargo, que deben emplearse ambos para más seguridad, y además, porque la sífilis nerviosa casi siempre es simultáneamente vascular (ateroma sífilítico de la aorta, insuficiencia aórtico-mitral de origen sífilítico, etc.), y muchas veces visceral.

d) En las afecciones parasifilíticas (tabes y parálisis general), diagnosticadas por la reacción de Lange y las demás reacciones, se emplearán ambos métodos desde un principio.

Podemos resumir estas reglas diciendo que la *indicación del tratamiento intrarraquídeo en la neurosífilis la da la presencia de un Wassermann positivo en el líquido cefalorraquídeo y las curvas bajas de la reacción de Lange*, siendo también patrimonio de este tratamiento los casos que no presentan estas condiciones y en los que haya resultado poco eficaz el tratamiento intenso intravenoso é intramuscular.

Los preparados que pueden usarse son diferentes según las vías. Para utilizar el *método de las fricciones* se puede emplear el oleato de mercurio ó el ungüento mercurial.

El primero no huele mal y es de fácil empleo, dándose fricciones diarias y nocturnas de la solución al 10 por 100 los primeros días, y luego sólo nocturnas, hasta terminar la sexta semana. Se emplea siempre una misma franela para dárselas. El ungüento mercurial doble se emplea en cajas de 3 ó 4 gramos, dándose fricciones nocturnas en la piel de la cara interna de las extremidades, que luego se cubren con una bayeta durante la noche y se lavan con jabón por la mañana (duración, treinta días). En ambos tratamientos se puede emplear el yoduro al interior en dosis de medio á un gramo diario. Como en todo tratamiento mercurial se evitará la estomatitis con frecuentes enjuagatorios de agua oxigenada y se cuidará la piel dándose de vez en cuando baños turcos.

Hoy ya casi no se usan las numerosas fórmulas para tomar al interior (píldoras de Ricord, licor de van Swieten, jarabe de Gibert).

Para el *método intramuscular* se emplean como preparados más usuales las inyecciones de aceite gris, las de calomelanos y las de salicilato de mercurio como sales insolubles. El aceite gris al 40 por 100 (mercurio purificado 40 gramos; lanol ina anhidra, 26 gramos; vaselina, 60 gramos) se inyecta cada ocho días en dosis de 5 á 12 divisiones de la jeringa de Barthélemy. Los calomelanos se pueden emplear según la fórmula de Neisser (calomelanos y cloruro sódico, aa 5 gramos; agua destilada, 50 gramos; goma arábiga, 2,5 gramos), ó según la de Fournier (calomelanos, 0,5 gramos; aceite de olivas, 10 c. c.), de los que se inyectan 1 c. c. cada ocho días. El salicilato de mercurio se emplea de la misma ma-

nera, según la fórmula de Balzer (salicilato de mercurio, 1 gramo; aceite de olivas, 1 c. c.; aceite de vaselina, 10 gramos). También es recomendable el enesol, que es una combinación de salicilato de mercurio y arsénico (salicilarсениato de mercurio), algo soluble en agua. Estos preparados insolubles se emplean en curas de 5 á 8 inyecciones, á las que siguen luego pautas de varias semanas. Tienen el inconveniente de ser muy dolorosos y producir á veces abscesos asépticos, pero en cambio ofrecen la ventaja de que la absorción del mercurio es lenta y constante. Los preparados solubles (de benzoato, succinamido, bicloruro, etc.) son muy dolorosos y cáusticos, siendo más apropiados para la vía endovenosa. El más usado en inyección intramuscular es el benzoato, según la fórmula de Gaucher (benzoato de mercurio, 1 gramo; cloruro de sodio purísimo, 0,75; agua destilada esterilizada, 100 gramos), de la que se inyecta 1 á 5 c. c. cada día.

Para el *método intravenoso* se utilizan los preparados de mercurio y los salvarsánicos, y muy recientemente se ha usado también el yoduro. Los dos preparados mercuriales más útiles son el cianuro y el sublimado, que se emplean en dosis de 1 á 2 centigramos (cianuro de mercurio, 1 centigramo; agua destilada y estéril, 1 c. c.), en inyección alterna y hasta diaria en los casos que exigen un tratamiento intensivo. Después de 20 ó 25 inyecciones se hará una pausa de un mes ó más.

Desde hace un año se viene empleando también el yoduro potásico en inyecciones intravenosas. Devota (1) dice haber visto desaparecer los dolores fulgurantes de las piernas en un tabético después de poner tres inyecciones intravenosas de 0,30 gramos en 120 gramos de solución salina fisiológica, y nosotros lo hemos empleado con éxito en soluciones concentradas, con una técnica parecida á la de Ravaut para el neosalvarsán.

Los preparados *salvarsánicos* son de una acción muy eficaz, sobre todo por su intensa capacidad de *movilización de los espiroquetes* de los focos tórpidos. Sólo están contraindicados en los casos con esclerosis de las coronarias, diabetes grave, caquexias, y no tanto en las miocarditis, donde pueden usarse en dosis moderadas. El *salvarsán* de Ehrlich (606) se usa disuelto en el suero fisiológico y se alcaliniza después. Se pone la dosis (0,30 á 0,50) en 10 c. c. de agua destilada estéril, á la que se añade después lentamente 2 á 5 c. c. de la solución normal de sosa, hasta que se disuelve la mezcla. Luego se añaden 100 á 300 c. c. de solución salina fisiológica y se inyecta utilizando los aparatos adecuados, como los de Azúa, Hauptmann, Schreiber y otros. Algunos de estos permiten inyectar separadamente la solución salina ó la salvarsánica. De esta manera, empezando por la primera, puede uno asegurarse que la aguja está bien dentro de la vena y entonces dejar penetrar la solución de salvarsán. También se ha utilizado en inyecciones intramusculares.

El *neosalvarsán* (914) y sus similares (novoarsenobenzol, neokharsivan) son menos tóxicos que el salvar-

(1) DEVOTA: Intravenous injection of potassium iodide abscess dorsalis (*The Lancet*, 1 Mayo 1919).

sán y se emplean en solución concentrada según la técnica de *Ravant*. Consiste ésta en hacer soluciones hipertónicas de neosalvarsán en agua bidestilada (neosalvarsán, 0,15 á 0,90; disuélvase poco á poco en 2 á 5 c. c. de agua bidestilada), pues se ha visto que así se podía prescindir de las soluciones isotónicas de suero fisiológico, las cuales eran la causa más importante de las reacciones febriles intensas (fiebre de los cloruros). La inyección debe practicarse muy lentamente. El producto se oxida rápidamente en contacto del aire y se convierte en una substancia muy tóxica, por lo que se debe inyectar en cuanto esté preparada la solución. Se aconseja no inyectar las soluciones que tomen un color pardo y den irisaciones tornasoladas, aunque nos parece exagerada esta precaución. Se administra en inyecciones intravenosas una ó dos veces por semana, en dosis crecientes. También se ha administrado por vía rectal con menos resultados; por la vía intramuscular se ha desechado por ser muy dolorosa.

Métodos intrarraquídeos é intracraneales. — La observación ya antigua de que los tratamientos generales, intramuscular é intravenoso, no modificaban casi los procesos parasifilíticos nerviosos, ha sido el motivo de emplear la vía intrarraquídea como medio de atacar localmente al germen y á las lesiones producidas por el mismo.

¿Cuál es la razón de que el tratamiento general actúe tan poco eficazmente en algunos casos de neurosífilis y en los procesos parasifilíticos nerviosos? Según los experimentos de *Goldman*, es debido á la impermeabilidad del plexo coroideo, el cual actúa normalmente como un filtro. También es posible que contribuyan á ello las infiltraciones de los capilares.

El ideal de todo método terapéutico en el sistema nervioso debe ser llegar fácilmente al punto de la lesión, de una manera evidente y con dosificación medicamentosa exacta, no con la variabilidad dependiente de la mayor ó menor filtrabilidad de los plexos coroideos ó de las otras estructuras pericerebrales. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que el tratamiento intrarraquídeo sólo va contra las lesiones de las meninges y de los vasos pio-corticales, en los cuales se inician todos los procesos sífilíticos nerviosos, pero no afecta nada á los vasos centrales de la substancia blanca, ni á los gruesos vasos de la base. Por eso ha habido fracasos en un principio con el empleo exclusivo de este método, fracasos que han aprovechado los partidarios de los antiguos procedimientos intravenosos para defender éstos. Hoy se utiliza siempre en combinación con los métodos intravenosos.

Los métodos terapéuticos intrarraquídeos son de uso reciente. Los primeros ensayos de *Marie*, *Levaditi*, *Marinresco*, *Wechselmann*, *Gennerich*, *von Schuber* y otros consistieron en inyectar intrarraquídeamente soluciones de mercurio ó neosalvarsán en líquido cefalorraquídeo, pero las reacciones eran tan fuertes (según hemos podido comprobar en dos casos) que fueron desechados. También se usó el mercurio coloidal sin grandes resultados. Los nuevos procedimientos parten de los estudios de *Swift* y *Ellis* en 1913 quienes compro-

baron experimentalmente que el suero sanguíneo de enfermos recién tratados intravenosamente con salvarsán ó sus derivados tenía un gran valor terapéutico y que, por tanto, inyectado intrarraquídeamente debía ser muy eficaz. Esto fué comprobado por la experiencia de estos autores y de otros que emplearon su procedimiento (*Nonne*, *Cotton*, *Southard*, *Fordyce* y otros).

El gran progreso del método de *Swift* y *Ellis* estriba en que al mezclar los compuestos mercuriales y salvarsánicos con la albúmina del suero, se forman albuminatos menos cáusticos que los productos puros, y se evita por tanto, según han demostrado las experiencias de *Weygandt*, *Jakob* y *Kafka* (1), la acción destructora cáustica de estas substancias sobre los endotelios de las meninges y vasos. Esto permite inyectar dosis casi dobles á las que antes se empleaban, cuando sólo se disolvían los medicamentos en suero fisiológico ó líquido cefalorraquídeo, y además estas dosis son mejor soportadas y casi no producen los accidentes consecutivos que se describieron con el empleo de aquellas inyecciones (colapsos cardíacos, paresias vesicales, etc.)

La técnica de *Swift* y *Ellis* es algo engorrosa. Consiste en inyectar al enfermo intravenosamente salvarsán ó neosalvarsán en dosis de 0,30 á 0,40; á la hora se extraen 40 c. c. de sangre que se dejan coagular y se separa el suero á las veinticuatro horas, se inactiva en la estufa á 56° durante media hora y luego se inyecta intrarraquídeamente, ya puro ó ya mezclado con suero fisiológico.

Esta engorrosa preparación *in vivo* del suero medicamentoso ha sido luego perfeccionada por *Byrnes* y *Ogilvie*, los cuales han preparado *in vitro* los sueros medicamentosos. Para esto se extrae la sangre del enfermo sin haberle inyectado nada previamente. Dejada coagular, se separa el suero con una pipeta estéril y se inactiva en la estufa. Luego se añade al suero el preparado mercurial, según la técnica de *Byrnes*, ó el de neosalvarsán, según la de *Ogilvie*.

La ventaja de estos procedimientos *in vitro*, es que siempre sabemos la dosis exacta de medicamento que inyectamos cada vez, cosa que no sucede con los procedimientos *in vivo*, y que de una vez pueden prepararse varias ampollas, las cuales, bien guardadas en sitio fresco, sirven para varias inyecciones sucesivas.

Siguiendo esta técnica, preparan ya algunas casas comerciales sueros heterólogos, como la de *Mulford*, en Filadelfia, que tiene á la venta un suero de caballo con sublimado en ampollas de dos dosis (de 0,0015 y 0,0025) obtenido según la técnica de *Byrnes*. Son, sin embargo, preferibles los sueros autógenos que evitan los accidentes séricos y que probablemente contienen anticuerpos defensivos contra el virus sífilítico.

Algunos autores han vuelto recientemente al empleo de los sueros preparados *in vivo* fundados en experiencias de laboratorio que parecen demostrar que la acción curativa de estos sueros está más que en la can-

(1) WEYGANDT, JAKOB Y KAFKA: Klinische und experimentelle Erfahrungen bei Salvarsaninfektionen in des Zentralnervenseptem (*Münch. med. Wochenschr.*, 1914).

tividad de medicamento adicionado, en la cantidad de sustancias defensivas contra el parásito que contiene el suero y que se desarrollan en el organismo durante la reacción febril á la inyección intravenosa (*Humbert*); pero la acción eficaz de los sueros medicamentosos heterólogos contradice, á nuestro entender, esta opinión.

Nosotros hemos empleado ambos métodos en numerosos casos, habiéndolos preparado los sueros el doctor Escudé (1) según su técnica, que resumimos á continuación:

Extrae de 150 á 180 c. c. de sangre de las venas del brazo, empleando una aguja de 9/10 de milímetros de calibre. Se sirve de un matraz de dos bocas (véase figura) en cuyo fondo hay un vástago de cristal, al cual se adhiere el coágulo de fibrina, una vez coagulada la sangre. Este matraz está en comunicación por un lado con un frasco aspirador de Potain, y por el otro con el tubo de cristal, al cual se enchufa la aguja mediante otro tubo de goma recia. Todo el matraz se esteriliza en el autoclave á 120°. Se punciona la piel, se hace algo el vacío y en seguida se pasa á puncionar la vena.

A los dos ó tres minutos se ha llenado el matraz. Para evitar que entre aire en el matraz, puede ponerse parafina fundida ó celoidina en las conexiones de la aguja con la goma. Conviene hacer la extracción en ayunas; pues, de lo contrario, sale un suero opalescente. Después de veinticuatro horas de reposar la sangre en el matraz, se extrae el suero, se centrifuga en tubos cerrados y se inactiva durante media hora á 55°.

Para preparar el suero mercurializado se pasa el sublimado (sal empleada por Byrnes), se disuelve en 2 c. c. de agua esterilizada y destilada recién hervida. Luego se añade gota á gota al suero que se agita constantemente, procurando que el suero y la solución estén á la misma temperatura, pues de lo contrario se forman cristales en agujas en la mezcla. Para cada miligramo de sublimado deben ponerse 1 á 2 c. c. de suero. Si se prepara suero neosalvarsanizado, se disuelve 0,15 de novoarsenobenzol en 50 c. c. de agua bidestilada y esterilizada. Luego se mezcla con el suero, poniendo 1 c. c. de la solución por cada 3 miligramos de neosalvarsán que se quiere mezclar con el suero.

El suero se reparte en ampollas de 10 c. c. Debe prepararse cada una por separado para que la dosis sea uniforme. Las de neosalvarsán deben estar llenas para que no haya nada de aire en la ampolla. Nosotros empleamos ampollas con 4 mlgrs. de sublimado y con 7 miligramos de novoarsenobenzol. Estas dosis pueden disminuirse, fraccionándolas según conveniencia; es decir, utilizando solo media ampolla ó dos tercios.

Nunca hemos tenido accidentes tóxicos con las ampollas de suero neosalvarsanizado preparado con las precauciones dichas, y su eficacia no parece perderse á pesar de usarlas aun meses después de estar preparadas, pues dan reacciones iguales á las de las preparadas recientemente y sus efectos curativos son también manifiestos. Sólo al llegar los calores del verano hemos

observado á veces con las ampollas antiguas de suero neosalvarsanizado, que se estropean y hay que tirarlas, por formarse precipitados turbios. Es, pues, recomendable la preparación reciente de éstas, que puede hacerse en el momento de ir á inyectarlas. La casa Merck preparaba ya en 1915 para estas inyecciones endolumbares ampollas con 10 ó 15 mlgrs. de neosalvarsán. Teniendo la ampolla de suero sanguíneo puede añadirse antes de la inyección 1 ó 2 c. c. de la solución antes citada (0,15 de neosalvarsán en 50 c. c. de agua bidestilada) ó sea 3 ó 6 mlgrs. de neosalvarsán.

La técnica de la inyección intrarraquídea consiste en hacer la punción lumbar, extraer unos 15 ó 20 c. c. de líquido que se pueda guardar para analizarlo y luego en un vasito esterilizado se mezcla el suero con una cantidad igual de líquido cefalorraquídeo que se deja salir de nuevo.

Algunos prácticos (*Gennerich*, *Eskuchen*) extraen cantidades mucho mayores de líquido de 40 á 60 centímetros para determinar una disminución de la presión.

Esta mezcla se inyecta luego lentamente con una jeringa de 20 c. c. que se conexiona, por la pieza intermediaria, con la aguja de punción lumbar. Hemos desechado por inútiles los anestésicos intrarraquídeos (estovalina, novocaína), pues su efecto desaparecía antes de empezar los dolores reactivos á que dá lugar la inyección á las tres ó cuatro horas. Van estas reacciones acompañadas de fiebre, hasta de 39°, y á veces de escalofrío.

En ocasiones se producen también trastornos intelectuales pasajeros (amodorramiento ó excitación).

Para hacer conllevar mejor las molestias de las doce horas consecutivas á la inyección, nos servimos de las inyecciones de pantopon ó de las pastillas de aspirina, que en muchos casos son suficientes.

El método intrarraquídeo no tiene peligros si se usa con cautela, elevando lentamente las dosis, empleándolo cuando está indicado y evitando las pocas contraindicaciones que tiene, las cuales son: casos de esclerosis espinales de tipo contractural antiguo, casos de procesos agudos bulbares y casos de graves lesiones cardiovasculares.

En los enfermos con neuritis óptica avanzada no está contraindicada, pero nunca debe pasarse de dosis medias como maximum.

La primera inyección nunca se dará sin haber preparado previamente al enfermo con varias intravenosas, que nos dan idea de la manera de reaccionar del individuo.

Se han empleado también los métodos de inyecciones intracraneales del suero, para conseguir que éste penetre directamente en los ventrículos laterales ó en el espacio subdural. Citaremos el de *Martel*, usado también por *Wardner*, *Levaditi* y *Marie*, de trepanación pequeña (con anestesia por éter) en la región temporal é inyección bajo la dura de esta región, previa punción lumbar descompresiva, y el de *Cotton*, empleado también por *Campbell* y *Ballance*, que además hacen la punción del ventrículo con una aguja de punción lumbar.

(1) ESCUDÉ: Preparación de autosueros mercurializados y salvarsanizados (*El Siglo Médico*, 1917).

por la que sale pronto el líquido al llegar al ventrículo. *Beriel* y *Durand* han empleado en Francia la punción cerebral á través de la órbita, lo que evita la trepanación.

El procedimiento es relativamente fácil, por lo menos en el cadáver, donde lo hemos ensayado nosotros. Consiste en introducir una aguja flexible (de punción lumbar) á través de la conjuntiva, por la comisura externa de la órbita, y marchar siempre adosado á la pared externa de ésta para no lesionar el ojo, y en dirección horizontal, hasta llegar á la parte inferior de la hendidura esfenoidal, sorteando así la vena oftálmica (que entra en el cráneo por la parte más alta de la hendidura esfenoidal) y luego se penetra por dicha hendidura en la cavidad craneal, en cuyo momento sale el líquido cefalorraquídeo.

El objeto de los métodos intracraneales es el proporcionar la entrada segura del suero medicamentoso en la cavidad craneal, aprovechando nuestros conocimientos fisiológicos sobre la corriente cráneo-raquídea del líquido, pues hay casos en los que la débil corriente inversa del líquido cefalorraquídeo, desde el raquis al cráneo, parece estar suprimida por completo, ya que tratados intrarraquídeamente no mejoran, y al cambiarse este método con el intracraneal se observa una pronta mejoría.

Peligros de los preparados salvarsánicos para el sistema nervioso.—Desde que empezaron á usarse los compuestos arsenicales en la sífilis nerviosa, se viene hablando de su posible acción *neurotrópica*. Singularmente el atoxil es una sustancia muy peligrosa para el nervio óptico. Al principio del empleo del salvarsán y neosalvarsán, se observó que algunos casos al poco de empezar el tratamiento presentaban lesiones de los nervios ópticos, acústicos, faciales, paraplejias espinales y cerebrales, etc. Se dijo que estos preparados producían *neurorecidivas*, por afectar específicamente á las estructuras nerviosas. Las investigaciones ulteriores del líquido cefalorraquídeo en estos casos demostraron que se trataba de procesos cerebrales ó espinales latentes con marcadas alteraciones en el líquido cefalorraquídeo, ya que la sífilis puede afectar al sistema nervioso desde los primeros períodos. Por tanto, las llamadas «neurorecidivas» no eran siempre debidas á la acción del medicamento, sino á la reacción brusca de los tejidos enfermos por la acción de la medicación (*reacción de Herxheimer*). Muchas de estas neurorecidivas se curan continuando el tratamiento con el neosalvarsán. La opinión general actual sobre las neurorecidivas, es que el salvarsán produce más parálisis de nervios craneales que el mercurio, pero también es cierto que moviliza focos espiroquéticos que sin él pueden quedar latentes. También se ha dicho que puede dar lugar á encefalitis hemorrágicas y mielitis por la acción del arsénico sobre vasos y meninges, pero esto no está demostrado, pues en muchas ocasiones se trata de reacciones de Herxheimer en procesos vasculares. Para evitar estos accidentes se recomienda empezar todos los tratamientos de la neurosífilis por el mercurio, especialmente en los casos de lesiones localizadas en centros importantes. En los pro-

cesos gomosos del sistema nervioso la acción del salvarsán ó neosalvarsán es rápidamente eficaz por su capacidad de movilización de los espiroquetes.

Planes curativos.—Se aconsejan diferentes planes de tratamiento intensivo de la neurosífilis. *White* y *Jelliffe* dan el siguiente:

1.^{er} día, 0,03 de calomelanos ú otro mercurial hipodérmico.

3.^{er} día, 0,05 calomelanos.

5.^o día, 0,4 salvarsán intravenoso.

7.^o día, 0,5 salvarsán.

9.^o día, 0,05 calomelanos hipodérmicos.

11.^o día, 0,05 calomelanos.

13.^o día, 0,4 salvarsán intravenoso.

15.^o día, 0,5 salvarsán.

17.^o día, 0,05 calomelanos hipodérmicos.

Así se continúa seis semanas ó hasta que se han administrado 5 gramos de salvarsán. Se vigilará la orina y el corazón. Si se emplean preparados solubles puede reducirse el tratamiento á tres semanas.

Nosotros empleamos en los casos corrientes una cura de dos meses con dos inyecciones intravenosas semanales, una de cianuro (1 ó 2 centigramos) y otra de neosalvarsán en dosis crecientes (desde 0,15 hasta 0,75 ó 0,90). Luego dejamos descansar tres semanas al enfermo, durante cuyo tiempo puede tomar yoduro (1,5 á 3 gramos diarios). En los casos que exigen un tratamiento más intensivo damos tres inyecciones semanales, una de neo y dos de cianuro. Este tratamiento debe ser repetido dos ó tres veces hasta que todas las reacciones de sangre y líquido se hagan negativas, y luego se hacen tratamientos más moderados (fricciones, aceite gris, etc.), que puede seguir el enfermo sin la constante vigilancia del médico. En los casos con Wassermann positivo en el líquido cefalorraquídeo y curvas bajas de la reacción de Lange, empleamos la asociación de los métodos intrarraquídeos con los intravenosos, dando una inyección endolumbar cada veinte ó treinta días, según el estado del enfermo, su robustez y la clase de lesión.

En las épocas de descanso son convenientes el empleo de los baños sulfurosos, acreditados para los fines de eliminación medicamentosa, etc., tales como Archena.

Bibliografía.

- ESKUCHEN: Die Lumbalpunktion, Berlín, 1919.
FOURNIER: La syphilis du cerveau, París, 1879.
JELLIFFE y WHITE: Diseases of the nervous system, vol. II, New York, 1918.
KAFKA: Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten, Berlín, 1917.
KAPLAN: Serology of Nervous and mental diseases, Filadelfia, 1914.
KRAEPELIN: Psychiatrie, t. II, Leipzig, 1910.
MOTT: Syphilis of the nervous system (en el libro de Power y Murphy: A system of syphilis), Londres, 1910.
NONNE: Syphilis und Nervensystem, 3.^a ed., Berlín, 1915.
SOUTHARD y SOLOMON: Neurosyphilis Boston 1917.
WHITE y JELLIFFE: The modern treatment of nervous and mental diseases, t. II, Londres, 1913.

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **El paludismo de nuestra zona de influencia en Marruecos.**—D. Antonio Romera Domingo, para aspirar al grado de doctor, ha escrito una interesante memoria, con el título que encabeza estas líneas, en la cual, haciendo apreciaciones personales, estudia detalladamente esta enfermedad, y saca las siguientes conclusiones:

1.^a La región Ceuta-Tetuán de nuestra zona influencia, de por sus condiciones de suelo y clima, es de permanente y acabada condición palúdica.

2.^a El paludismo en nuestra zona protegida es endemia que tiene su recrudecimiento epidémico anual en los meses de Mayo á Octubre.

3.^a En las fases agudas se debe procurar hacer un tratamiento intensivo y prolongado, á fin de esterilizar al enfermo y evitar la posibilidad de recaídas y paso del proceso á la cronicidad.

4.^a Por la multitud de formas clínicas que ofrece allí el paludismo, gravedad de las mismas en individuos que con más frecuencia ataca esta enfermedad de excepcional importancia pronóstica y social, merece, además de nuestra perseverante acción científica, todo el interés y atención posibles por parte de nuestros gobernantes.

5.^a Como medida profiláctica de imperiosa necesidad es de urgencia la promulgación de una ley que obligue el tratamiento preventivo químico, protección individual y domiciliaria.

6.^a Esta ley deberá ser complementada por otra que fije precios y facilite la adquisición de preparados químicos puros y fáciles de manejar para los tratamientos preventivos.

7.^a Interin se promulgan estas leyes, se deberá proceder por la Inspección general de Sanidad á la inmediata confección en los dos idiomas, español y árabe, de una cartilla profiláctica antipalúdica que contenga los principios del método preventivo y protección mecánica, de reglas para su aplicación é invite á su cumplimiento.

8.^a Por la Autoridad sanitaria de aquella Región se debe proceder anualmente en los sitios donde pueda hacerse y por los medios apropiados, á la destrucción de larvas y anofeles.

9.^a Por el Estado se tratará de subastar los terrenos insalubres á compañías y sociedades que garanticen el fiel cumplimiento de los preceptos fundamentales para un buen saneamiento. (*Revista de Sanidad Militar*, 15-1-1920).

EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Tratamiento de los forúnculos, especialmente en lo que se refiere á evitar las recidivas mediante la destrucción de los pelos, por el Dr. Weigert.**—El método no es del autor del artículo, sino que fué empleado en él por el profesor C. S. Haegler, de Basilea, muerto en 1916. En el tratamiento del forúnculo mismo, este autor poco ó nada difiere de los demás; su especialidad era la profilaxia de las recidivas.

Habiendo observado Haegler que si se ponía estafilococos sobre la piel del brazo y arrancaba un pelo se le producía un forúnculo que tenía por centro el bulbo del pelo arrancado, dedujo que habiendo como hay alrededor de todo forúnculo estafilococos en la piel, todo traumatismo ejercido sobre los pelos, principalmente el estiramiento que trastorna el epitelio del bulbo piloso favorecía la aparición de nue-

vos forúnculos. Este traumatismo no se puede evitar dejando los pelos íntegros, porque se pegan al vendaje, ni siquiera afeitándolos, y no hay más medio que el de destruirlos por medio de un depilatorio. Hay muchos depilatorios que se expenden como específicos, pero que casi todos dan mal resultado cuando no son recientes, porque absorben agua, y vale más mandar preparar uno en el momento de usarlo; el que Weigert aconseja se compone de

Sulfuro de bario.....	50 gramos.
Almidón.....	aa 25 —
Oxido de zinc.....	

Esta mezcla se amasa con un poco de agua, si puede ser caliente antes de emplearla, y se extiende sobre la piel. Al cabo de dos á diez minutos se quita con una espátula y con una torunda húmeda y se lava después bien. (*Deut. Med. Wochensh.*, 29 de Enero de 1920.)

3. **Un caso de escarlatina complicado con neumonía, por el Dr. Lobell.**—Se trata de una niña de cuatro años con escarlatina típica, que á los catorce días de enfermedad y tres después de la aparición de una otitis media supurada en el lado izquierdo, tuvo tos, dolor en la espalda, temperatura de 104° (40° C.), 130 pulsaciones y 36 respiraciones por minuto. A los dos días se percibía con claridad matidez en el lóbulo inferior derecho, desaparición de las vibraciones bucales y del murmullo vesicular. El límite superior de esta zona se encontraba á nivel de la séptima vertebral costilla, y el externo á nivel de la línea axilar posterior. Más adelante se encontraba súplo bronquial que casi parecía cavitario. La temperatura estuvo doce días oscilando entre 100° y 105° (37°5 y 40°4 C). Dada la anomalía de los síntomas que no pudo aclarar el examen radioscópico, el autor dudó de si se trataría de un derrame; la punción exploradora dió resultado negativo. Poco á poco bajó la fiebre y se resolvió la enfermedad.

Deduce el autor que se trató de un caso de neumonía en el que un tapón mucoso obstruyó un bronquio grueso y causó los síntomas anómalos, (*Medical Record*, 8 de Noviembre de 1920.)

4. **Tratamiento de la tos ferina por la irradiación de los órganos faríngeos con luz solar concentrada, por G. Gaertner.**—Por primera vez empleó el autor el tratamiento en un hijo suyo ante el fracaso de todos los demás remedios usuales. El resultado fué indudable, pues de 12 á 15 graves accesos que solía tener el enfermito en las noches anteriores, se redujeron á seis en la noche del día en que se empezó el tratamiento, y á tres ó cuatro en las siguientes; la enfermedad, que había comenzado hacía tres semanas, se hallaba en su apogeo; se hicieron más raros y ligeros los paroxismos y la afección tomó forma benigna; cesó á los cuarenta y ocho días de haber comenzado; cuando por estar nublado el cielo había que suspender el tratamiento, el número de accesos aumentaba.

Otro niño, hermano del precedente, fué sometido á un energético tratamiento helioterápico desde el comienzo de la enfermedad, y ésta evolucionó en forma muy leve, sin que los accesos tuvieran apenas carácter paroxístico, curando á las tres semanas.

Iguales resultados se obtuvieron en otros dos niños, uno de los cuales padecía anginas de repetición, que no volvieron á presentarse; habiéndolo atribuido desde los primeros meses la madre, que era enfermera, á la influencia del tratamiento; había seguido practicando una vez á la semana la insolación de la faringe.

Colocado el paciente de espaldas al sol, los rayos solares que pasan sobre su cabeza y por los lados de ésta caen sobre

el reflector del espejo laríngeo, colocado á conveniente distancia de la cara; el haz luminoso reflejado se hace atravesar por un disco de unos dos centímetros de diámetro, y ayudándose si es preciso de un depresor lingual para que la boca esté bien abierta, ó mandando al paciente que durante la operación pronuncie la letra *a*, se irradian el velo del paladar y las amígdalas. Cada irradiación dura de diez á veinte segundos, componiéndose cada sesión de 10 á 20 irradiaciones. Las sesiones son diarias; la mejor hora para hacerlas de ocho á diez de la mañana y de dos á cuatro de la tarde; la más pequeña nube ó la ligera niebla las impiden; á la luz solar puede sustituirse la del arco voltaico ó de la lámpara de cuarzo, aunque no está también probada su eficacia.

Cuando el haz solar mal dirigido cae sobre la piel de la cara produce sensación de quemadura; no causa ninguna molestia sobre la faringe húmeda, que fuertemente iluminada aparece como embadurnada de colodión.

La helioterapia faríngea ejerce acción bactericida, como parece probarlo los experimentos de Sorgo, Kunwald y otros respecto á la tuberculosis laríngea; los resultados obtenidos quizás constituyen una prueba del asiento faríngeo de la coqueluche, hecho aún no demostrado. (*Wiener Klin. Woch.* número 42 de 1919).—*L. P.*

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Muerte consecutiva á la raquianestesia.—El doctor Jay Ireland refiere el siguiente caso:

Mr. C., de sesenta y ocho años de edad, enyesador, ingresó en la sala para pacientes nerviosos del Cook County Hospital, el 15 de Enero de 1919, quejándose de dolor en el lado derecho del pecho, eczema de las manos y pies, várices de las piernas y hernia inguinal. El dolor del costado derecho comenzó el 10 de Enero de 1919. Era agudo y lancinante y se extendía hasta la parte anterior del tórax á la altura del reborde costal. Había tenido flebitis en 1901 y 1911, y gonorrea en 1899, pero negaba haber tenido chancro. Tenía la costumbre de tomar algunas copas de licor al día durante los últimos años, y fumaba moderadamente. Los antecedentes familiares eran negativos.

Reconocimiento.—El paciente se hallaba bien nutrido sin enfermedad aguda y su mentalidad era normal. No se vió nada de particular en el cuero cabelludo, cara, oídos, lengua, dientes y faringe. Las pupilas eran regulares y reaccionaban á la luz y á la acomodación. No existía nistagmo. El pecho estaba enfisematoso, no había nada de particular en el corazón; pero los vasos periféricos estaban esclerosados. El hígado era palpable en el reborde costal. Existía una hernia inguinal al lado derecho, bastante grande, así como venas varicosas muy pronunciadas de las piernas, y eczema de las manos y pies. Todos los reflejos eran normales, excepto los abdominales, los cuales faltaban.

Evolución clínica.—El 19 de Enero desapareció el dolor del pecho que se había diagnosticado como neuralgia intercostal. Después de la punción lumbar, se introdujeron 3 gramos (0,19 gramos) de apotesina por vía intrarraquídea, según el método francés (después de mezclarla con el licor cefalorraquídeo) por gravitación, con el paciente reclinado. Se le hizo sentar, pero se volvió cianótico. Se practicó la herniotomía. Cuatro horas después, la presión sistólica era 98, y la diastólica, 62. El pulso era 60 y muy débil. El 22 de Enero estuvo incoherente y cianótico, murmuraba con frecuencia, y había que sujetarlo á la fuerza. El 23 de Enero el estupor era más marcado, y tuvo evacuaciones involuntarias que continuaron hasta la muerte. El 24 de Enero el brazo derecho estaba flácido, y los signos de Babinski, Oppenheim,

Gordon y Chaddock eran positivos en el lado derecho. Movía los labios, pero sin articular ningún sonido. Existía afasia motriz. El 28 de Enero se hinchó la parótida izquierda. El 29 de Enero se desarrolló una parálisis facial derecha. El 1 de Febrero existía un aumento ligero del frémito con estertores crepitantes en el lóbulo inferior derecho. La temperatura era de 102° F. (38° 9 C.) y la respiración 32. La pupila derecha era mayor que la izquierda, pero los fondos eran normales. El paciente murió unas seis horas después que comenzaron los signos pulmonares.

Autopsia.—El Dr. J. P. Simonds verificó la autopsia el 3 de Febrero. Los hallazgos de los cortes del cerebro, transversalmente, son:

Corte 1 (á través de la rodilla del cuerpo caloso y el borde anterior de los ventrículos laterales): Existen algunas hemorragias petequiales en ambos lados. En el izquierdo, la corona radiada es blanda y grisácea; hay hemorragias petequiales en la sustancia gris de la circunvolución frontal inferior; la parte inferior de la ínsula de Reil es oscura y roja. Al lado derecho, la porción superior de la corona radiada es algo más blanda que los tejidos adyacentes.

Corte 2 (á través de la porción posterior del tabique perúlido: En el lado izquierdo, el núcleo caudado es normal. Las cápsulas interna y externa y el núcleo lenticular son blandos y de color gris; el cuerpo caloso tiene aspecto normal. Existe una hemorragia en la circunvolución temporal superior y un área hemorrágica de 0,5 centímetros de diámetro en la sustancia blanca adyacente á la circunvolución temporal superior. Al lado derecho no hay alteraciones macroscópicas de importancia.

Corte 3 (á través del tálamo): Al lado izquierdo, las cápsulas interna y externa, los núcleos caudados y lenticulares y la corona radiada se han reblandecido y desintegrado, y son de color gris; hay hemorragias en la circunvolución temporal superior. En el lado derecho, la porción superior de la cápsula interna, la cápsula externa y el núcleo lenticular se han reblandecido, desintegrado y han tomado un color gris.

Corte 4 (á través del esplenio del cuerpo caloso): Casi toda la sustancia blanca de ambos lados se ha reblandecido, desintegrado y ha tomado un color gris, hallándose el estado algo menos marcado en el lado derecho. Casi la corteza del lóbulo temporal izquierdo es blanda y oscura.

Corte 5 (1 centímetro posterior al pulvinar): Al lado izquierdo hay hemorragia con reblandecimiento de la fisura calcarina y sobre la porción posterior del lóbulo temporal, extendiéndose á toda la corteza. No se ven alteraciones macroscópicas.

COMENTARIOS

Este caso no presenta los hallazgos ordinarios de hemorragia cerebral á causa de las numerosas hemorragias petequiales. Houghton dice que los centros nerviosos superiores por regla general no se afectan con un anestésico intrarraquídeo, y refiriéndose á la estovaina, dice que parece muy probable que al empleársela como anestésico espinal, su acción específica se halle limitada casi exclusivamente al sitio en el cual se inyectan dosis moderadas. Los experimentos de Barker tienden á demostrar que un fluido que se inyecta en un tubo de la forma del canal medular, no se queda en el sitio en que se inyecta. De aquí que parte del fluido que se inyecta en la anestesia intrarraquídea se dirija hacia el cerebro. Bier cree que la epinefrina impide la difusión hacia el cerebro. De que una sustancia en un fluido sea más pesada que éste, no se sigue que permanecerá en donde se la coloca en el fluido, ó en la base de la columna de fluido se

gún ha demostrado Barker. De aquí que no se siga que la apotesina se quedará en la porción caudal de la medula vertebral. Houghton dice que el licor cefalorraquídeo se vuelve lechoso cuando se le agrega estovaina y que al microscopio se ven algunas partículas de naturaleza lechosa, las cuales con el tiempo se acumulan para formar glóbulos mayores.

La baja tensión sanguínea consecutiva á la operación en este caso, se debió probablemente á la hemorragia cerebral. Sin embargo, Yount y Porter y Smith dicen que la anestesia intrarraquídea produce una caída de la tensión sanguínea y que la proporción de esta caída parece que depende de la cantidad del medicamento que se inyecte. Los fabricantes de la apotesina, Parke, Davis & Co., sostienen que es menos tóxica que ningún otro anestésico local. Eggleston y Hatcher han demostrado que por lo menos en los gatos, la procaina es menos tóxica que la apotesina. Bevan comunica haber empleado 13,2 granos (0,84 gramos) de apotesina en una operación.

Spielmeyer examinó el sistema nervioso central de trece pacientes que murieron después de la anestesia espinal. La mayor parte de las alteraciones consistieron en degeneración de las células ganglionares motrices de los cuernos anteriores, y se vieron muy abajo y bastante arriba en la medula. En algunos casos, las alteraciones eran tan notables que parecían irreparables, pero no se encontró ninguna de ellas en los casos en que la dosis no excedió á nueve décimos de grano (0,06 gramos). Sus experimentos con perros produjeron los mismos resultados, así como los resultados de Klost y Vogt. Encontraron cromolisis en algunas de las células motrices anteriores. Cuando se empleó la solución fisiológica de cloruro de sodio en vez de la solución anestésica no se observaron alteraciones.

Thompson y Nagel dicen que la muerte se debe probablemente á la acción del medicamento sobre las fibras vasomotorias que llegan al área esplácnica. La causa de la muerte en el caso que presento aquí fué la hemorragia cerebral. Aunque no puede decirse con seguridad si esto se debió á la acción tóxica de la apotesina sobre los vasos cerebrales, el hecho de que los anestésicos espinales reducen la tensión sanguínea parecería indicar que no se debió á la causa común de hemorragia cerebral, á saber, elevada tensión sanguínea con arterioesclerosis. (Edición española, *The Journal A. M. A.*, 1-15-920.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1 Reconocimiento de los preparados falsificados de salvarsán, por A. Perutz.—Disuelto el neosalvarsán en la cantidad correspondiente de agua, y cargada la jeringuilla usual, se vierten unas gotas de la solución en una probeta que contiene unos 4 c. c. de agua, á la que se adiciona igual cantidad de licor amónico hidrosulfatado $[(\text{NH}_4)_2\text{S}]$.

De producirse precipitado, es que el líquido contenía un sulfato metálico y que el preparado está falsificado.

En el caso contrario, vertiendo en otra probeta con igual cantidad de agua otras cuantas gotas, se investiga la diazoreacción de Abein: el salvarsán, en presencia de la resorcina, y también el naftol, fenol, diazobenzol, etc., da coloración roja.

Recuérdese por otra parte que el neosalvarsán es polvo de color amarillo de limón, fácilmente soluble en el agua: en presencia de un preparado obscuro, ó éste está falsificado, ó se trata de derivados oxidados del salvarsán, muy tóxicos, que de ningún modo deben emplearse: ante un preparado que se disuelve difícilmente, es muy de sospechar una falsificación. Estas son frecuentísimas, algunas muy peligrosas,

presentando iguales envases, etc. (*Wiener Klinische Woch.*, núm. 41 de 1919).—L. P.

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Consejos dermatológicos para el médico práctico, por el Dr. M. Joseph.—III Chancro blando y bubón.—Puede decirse del chancro blando lo que se ha dicho de la lesión primitiva sifilítica: el examen clínico no nos asegura el diagnóstico y es preciso recurrir al bacteriológico. Raspada la superficie del chancro con la cucharilla y extendido el material obtenido sobre el porta, se colorea con el método de Unna-Pappenheim, ó sea de la tionina fenicada, y se examina al microscopio con inmersión en aceite de cedro. Con objeto de suprimir la gran contagiosidad del chancro blando se cauteriza éste con una solución saturada de ácido fénico que se aplica mediante una varilla de vidrio. Después de esta cauterización se espolvorea la lesión con yodoformo. Se han propuesto algunos procedimientos para desodorizar este cuerpo, pero todos son malos porque el yodoformo sigue teniendo olor desagradable á pesar de ellos. Lo mejor es que el enfermo se haga esta parte del tratamiento estando completamente desnudo para evitar que queden partículas del yodoformo en la ropa. Los sucedáneos de este cuerpo (eurofeno, xeroformo, airol) no tienen una acción tan enérgica. Si el chancro se hace gangrenoso se irriga tres á cinco veces al día con un chorro fuerte de una solución de permanganato potásico al 1 por 4.000 á la temperatura de 40 á 50°. Se emplearán varios litros de solución y después se vuelve á espolvorear con yodoformo. Como profilaxia del chancro blando se aconsejará engrasar los genitales antes del coito y lavar detenidamente con una solución de sublimado al 0,5 por 1.000 después del acto. Desde luego, que mayor protección ofrece un condón. Si en el momento del coito se sufrió el contagio de la lues al mismo tiempo que el del chancro blando, es cosa que sólo se puede dilucidar en el curso de la segunda ó tercera semana, y esto si al hacer el examen bacteriológico se encuentra junto al estreptobacilo de Ducrey los espirochaetes, ó si el Wassermann es positivo. Al mismo tiempo, segunda ó tercera semana, se decide si el chancro no tiene complicación ó si va seguido de un bubón. En la infección mixta se encuentran ganglios linfáticos engrosados y duros en ambos lados; en la complicación del chancro blando el infarto suele ser monolateral y especialmente del lado izquierdo. En cuanto haya el menor dolorimiento de la ingle, reposo y aplicación de bolsa de hielo, tal vez se consiga que disminuya la inflamación. Si no se consigue se aplicarán baños calientes para acelerar la fusión. Incisión pequeña, evacuación, aplicación de ventosas merced á la cual saldrá sangre mezclada con pus. Esta ventosa se aplicará el primer día quince minutos y los siguientes treinta. Después de cada cinco minutos se hace una pausa de dos á tres. Taponamiento con gasa yodofórmica, apósito seco. Los dolores desaparecen desde el primer día; la curación en nueve á veintitrés días. El vaciamiento de las ingles es malo: se puede complicar de elefantiasis. Excepcionalmente hay linfitis del dorso del pene, se tocan dos cordones duros y dolorosos, desde el surco balano-prepucial al pubis. Se aplican fomentos con acetato de alúmina, si no bastan se producen abscesos. Entonces se dice que hay un bubónulo. Se incinde y se hace cura con yodoformo.

IV.—Afecciones paravénéricas. a) Condilomas acuminados. Curan rápidamente con resorcina espolvoreada dos veces al día. Se produce una superficie cruenta por cauterización que cicatriza tratándola por xeroformo. En los casos de vegetaciones mayores se dan pincelaciones con formal-

dehido al 40 por 100. Como el procedimiento es muy doloroso se anestesiara la región, sobre todo en las mujeres, con solución de eufaina al 2 por 100. b) Fimosis adquirido. Frecuente en la gonorrea, chancro blando ó duro. Reposo, mantener el pene en alto aplicado contra el abdomen mediante un suspensorio, fomentos con acetato ó formiato de alúmina. Si no bastan, incisión ó circuncisión. c) Parafimosis (cuello español) (sic). Se intentará la reposición espolvoreando bien prepucio y glande con talco y titando del primero. En esta posición se comprime el glande hacia atrás con los dos pulgares y se tira del prepucio hacia adelante con los dedos índice y medio. Si no basta, incisión del anillo constrictor en varios sitios. Las incisiones serán en sentido sagital. Se intenta entonces la reposición. Los edemas desaparecen en seguida con acetato de alúmina.

Enfermedades cutáneas. 1. Eczema es la enfermedad cutánea más frecuente; suele curar solo si no se hacen manipulaciones inadecuadas. El eczema crónico es mas rebelde. Mientras el eczema agudo sea húmedo se pondrán fomentos. En cada caso se ensayará el medicamento que mejor resultado da; acetato, formiato de alúmina (dos cucharadas de sopa en 0,25 litros de agua), lactato de aluminio al 1 por 100, sulfato de zinc al 1 por 1.000 ó una mezcla de,

Boórax.....	10 gramos.
Acido salicílico.....	1 —
Agua.....	1 litro.

Lo importante es que las empresas compapadas en estos líquidos estén bien frías por haber sido sometidas al hielo y deben cambiarse cada hora ó más á menudo.

Por la noche se espoivorea la región enferma abundantemente y es igual que se empleen polvos de trigo ó de arroz ó de licopodio. Al cabo de unos días la piel está tensa y seca. Entonces se ensaya una pomada indiferente.

Oxido de zinc.....	60 gramos.
Aceite de olivas.....	40 —

o bien

Acido bórico bien pulverizado.....	50 centigramos.
Vaselina.....	25 gramos

Con eso se curan algunos casos. Se prohibirá que el enfermo se lave. Cuando reaparece la humedad se empleará roentgenterapia débil y la pasta siguiente:

Carbonato cálcico.....	} a 5 gramos.
Oxido de zinc.....	
Aceite de olivas.....	
Agua de cal.....	

Con esta pomada se untará el enfermo dos veces al día. Si tampoco se seca por completo se le da:

Oxido de zinc.....	10 gramos.
Tierra silicea.....	2 —
Grasa benzoada.....	28 —

ó también

Oxido de zinc.....	} a 25 gramos.
Almidón.....	
Vaselina.....	

En cuanto la piel se seca por completo y no hay sensación de tensión se procede á las pincelaciones secas:

Oxido de zinc.....	} aa 20 gramos.
Almidón.....	
Glicerina.....	
Agua destilada.....	

Si hay picor se emplea la brea que le calma y a demás es keratoplástico. Puede suceder que este medicamento irrite tejidos en vias de curación. Si el eczema pasa al estado sub-

agudo, presenta gran picor, que se tratará por el tumenol amónico:

Tumenol amónico.....	2 á 10 gramos.
Oxido de zinc.....	} aa 20 —
Almidón.....	
Glicerina.....	80 —
Agua, c. s. para.....	100 —

O si la piel está todavía muy tensa

Tumenol amónico.....	2 á 10 gramos.
Oxido de zinc.....	} aa 10 —
Almidón.....	
Vaselina, c. s. para.....	100 —

Acompañará la roentgenterapia. El más difícil de tratar es el eczema crónico. Se empleará aceite de enebro puro empezando con precaución

Aceite de enebro.....	de 10 ctgr. á 10 gramos.
Oxido de zinc.....	} aa 15 —
Almidón.....	
Vaselina, c. s. para.....	100 —

En los casos más graves emplearemos

Brea líquida.....	80 gramos.
Esfirita.....	70 —

Y si se produjes e una irritación transitoria se dará

Acido salicílico.....	2 gramos.
Oxido de zinc.....	} aa 15 —
Almidón.....	
Vaselina, c. s. para.....	100 —

Tampoco se olvidará el auxilio de la roentgenterapia, sesiones cada dos semanas. Cuando el eczema aparezca en la cabeza busquense como causa pediculi. Si los hay, lavado con petróleo ó sublimado al 1 por 1.000.

Se empleará también

Cinabrio.....	1 gramos.
Azufre sublimado.....	24 —
Aceite de Bergamota.....	XXV gotas
Vaselina, c. s. para.....	100 gramos.

Esta pasta se unta por la mañana y por la noche tres días seguidos, después se lava con aceite y si no fuese bastante se repite el tratamiento. El eczema de la cara suele depender de los dentífricos. Terapéutica general del eczema. En el eczema de las extremidades, si no cura con los remedios indicados se emplea la cauterización con potasa cáustica. Se confecciona un pincel con una varilla de madera y algodón que se moja en la solución de potasa y se aplica enérgicamente sobre la región enferma. Con esto provocamos un eczema agudo que se trata por los medios indicados.

El eczema intertriginoso de niños y adultos se trata con pincelaciones de solución al 3 por 100 de nitrato de plata, luego se espolvorea con un polvo indiferente y se aplica una pomada también indiferente. Como medio profiláctico para el eczema por insolación se embardunarán las partes expuestas con zeozón. Además, se lavarán con jabón neutro. En muchos casos de eczema conviene dar arsénico y recientemente ha empleado el autor soluciones al 2 por 100 de trementina en aceite de olivas, de las que inyectaba una décima de centímetro cúbico dos veces á la semana. La inyección se pone en la línea axilar posterior dos traveses de dedo por debajo de la cresta ilíaca, es intramuscular.

Para el eczema seborreico:

Acido salicílico.....	1 gramo.
Azufre precipitado.....	4 —
Vaselina, c. s. para.....	50 —

(Deutsche Medizinische Wochenschrift, 5 de Febrero de 1920.)



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.

Momentos críticos.—Las conferencias de la Real Academia de Medicina.

No necesitan nuestros lectores que llamemos su atención acerca de lo crítico de los momentos que atravesamos para el porvenir y aun para el presente de nuestra profesión y de nuestra ciencia. No lo necesitan nuestros lectores, pero sí parece que lo necesitan ciertos elementos bulliciosos, inquietos y desorientados, que con buenos ó malos propósitos perturban la opinión, desconciertan lo que debería estar concertado y unido y al llegar el momento en que pudiera tener alguna justificación el que ellos intervinieran y se hicieran notar con su protesta, desaparecen, ó satisfechos de los resultados obtenidos (es decir, del trastorno y el desaliento), ó desesperanzados de lograr nada útil, por no haber conseguido cosas milagrosas é inverosímiles en momentos inoportunos y perdidos.

Ya comprenderán los que nos lean y que al propio tiempo sigan la evolución de lo que ocurre en los presupuestos, que nos referimos en todo esto al desamparo en que se ha dejado el presupuesto de Sanidad y la fórmula del pago de los titulares, por parte de todos esos agitadores, que sembrando suspicacias y desconfianzas acerca de los únicos que acreditadamente se han ocupado siempre de procurar el bienestar y el progreso de la clase médica, han desaparecido, sin que su acción se advierta por parte alguna, precisamente en los críticos instantes en que en la Comisión de presupuestos se desmenuza y tala la organización laboriosamente ideada por tres ó cuatro ministros consecutivos y en la que podía fundar el país alguna esperanza respecto á la constitución higiénica y administrativa que conduciendo seguramente á la obtención de un resultado favorable en las cifras de nuestra mortalidad y en la vigorización de nuestra raza, garantizaban el ejercicio profesional sanitario en términos nunca previstos en nuestro país.

¿Dónde están ahora, que es cuando debieran ser oídos, los que en asambleas, congresillos, juntas, colegios y sindicatos protestan de que nadie se ocupa de los médicos ni de la salud pública? ¿Cómo convencer á los señores diputados que á tajo y

mandoble limpio destrozan y castran el proyecto de presupuesto, de que él representa una aspiración de los médicos y de los patriotas interesados en la vida nacional? Por nuestra parte algo hemos visto, laborando y esforzándose cerca de la Comisión de presupuestos, y empleando su influencia personal y el prestigio de su respetabilidad bien adquirida; algo hemos visto que no podrá ser nunca tachado de egoísta ni de llevar inspiración de mezquino interés, y ese algo está personificado en alguno que otro de esos que se ha dado en llamar *encumbrados y aristócratas profesionales*, sin duda porque nunca han recibido ni esperado nada de sus compañeros de profesión, y, en cambio, en toda ocasión que se les ha presentado han vuelto los ojos á los olvidados por la injusticia y á los humillados por la suerte. ¿Qué sucederá? Pues está bien claro: si el fracaso viene, como es de temer, los vociferadores de oficio y los fracasados por propia inercia se llamarán á engaño, acusarán á los parlamentarios médicos de no haber conseguido nada (cuando ellos son los que á diario los desautorizan), y si algo se consigue, entonces no faltará quien atribuya el triunfo á la acción de algún Congreso celebrado hace meses con concurrencia de 20 ó 25 personas, ó á la visita hecha por algún muñidor de oficio á un jefe de negociado ó á un ministro en rueda de recepción pública.

No se extrañe la amargura de nuestro tono; pero es muy triste el verse desamparado de una ayuda que pudiera ser eficaz, y que por el contrario se esgriman en contra de nuestra labor patriótica los argumentos de los mismos que tendrían el deber moral de trabajar en favor de ideales levantados y de compañeros dados al olvido.

Con una notable conferencia del doctor Fuchs, de Viena, inauguró la Real Academia Nacional de Medicina el curso de las que se propone dar en todos los martes de su año literario.

El venerable maestro vienés, á quien sobre su reputación mundial de oftalmólogo y su renombre de sabio se agrega hoy el simpático realce de la desgracia personal sobrevenida en una ancianidad avanzada, leyó un interesantísimo trabajo acerca de *los trastornos visuales en la tabes dorsal*. Como en

el número próximo hemos de publicar, traducido por el Sr. Márquez, el selecto escrito, dejamos á nuestros lectores la tarea de comentarle; pero bien creemos que merece el calificativo que el presidente de la Academia le dió de verdadero modelo en los de su clase.

El público muy numeroso apladió calurosamente al orador; en cambio la concurrencia de académicos y especialistas, que parecía natural que hubiese sido brillante, no fué todo lo copiosa que era de desear, por infinito número de razones.

Al martes siguiente se reunió la Academia para escuchar la conferencia del Sr. Goyanes, que también tendremos la honra de publicar. El acto resultó un verdadero acontecimiento: el estilo sobrio y preciso puesto al servicio de un pensamiento vigoroso y bien orientado y con el realce de infinitos trabajos de propia investigación, fueron condiciones que estimó la concurrencia en su valor, premiándolas con entusiastas aplausos.

DECIO CARLAN

CEREMONIA EN LA UNIVERSIDAD CENTRAL

Entrega del título de doctor honorario á D. Avelino Gutiérrez

En el salón rectoral de la Universidad se ha celebrado la ceremonia de hacer entrega del título de doctor honorario al catedrático de la Universidad de Buenos Aires, D. Avelino Gutiérrez.

Presidió el Dr. Carracido, acompañado por el vicerrector, los decanos de las Facultades y el encargado de Negocios de la Argentina, Sr. Levillier, invitado expresamente.

Entre los asistentes figuraban los doctores Recasens, Belluti, Clemente de Diego, Jiménez García, Madrid Moreno, Vicenti, Bravo, Lázaro, Espina y Capo, Juárez, Vegas, Plans, Campo, Martí, Alvarez Ude, Martínez, Lagas, Pulido, Santa Ana, Izcara, Altamira, Zabala, Angulo, Conder, Morente, Zabala (D. Pío), Posada, Montejo, Rico, Muñoz del Castillo, Calsera, Vicenti y Herranz, Rodríguez, Neira, Antón, Palacios, Forns, Aguilar, Mollá, Reyes, Díez, Ruiz, Gutiérrez Solana, Rey, Del Río, Márquez, Madinaveitia, Blay, Baredo, Azúa, Segovia, Avilés, Pacheco, Tormo, Veira de Abreu, Picatoste, Peña, Bolívar, Ureña, Cejador, Benito, Capelo y Téllez de Meneses y otros muchos doctores.

También concurrió, luciendo las insignias doctorales, la señorita Soriano.

Al entrar en el salón el Dr. Gutiérrez, todos los presentes se pusieron en pie.

El Dr. Recasens pronunció un discurso ensalzando la labor realizada por D. Avelino Gutiérrez en la Facultad de Medicina de Buenos Aires, y la obra admirable de confraternidad hispano-americana que en su patria ha llevado á cabo.

Expuso cómo los efectos de su labor se advierten, no solamente en la Argentina, sino también en Chile, Perú y otras repúblicas, y, por último, dedicó un cariñoso saludo á la Facultad de Medicina de Buenos Aires.

Seguidamente, el rector de la Universidad se dirigió al sillón ocupado por el doctor Gutiérrez, impuso á éste el birrete y le entregó el título, dándole al mismo tiempo un abrazo; abrazo que éste devolvió al doctor Recasens y á los demás catedráticos que ocupaban la mesa presidencial.

Discurso del Dr. Gutiérrez.

A continuación, el nuevo doctor honorario pronunció el siguiente discurso:

«Excelentísimo señor representante de la República Argentina.

Excelentísimo señor rector de la Universidad de Madrid.

Señores profesores:

El preciado título de doctor «honoris causa» de la Universidad de Madrid con que benévolamente me habéis honrado, supera en altura y dignidad á mi pobre ejecutoria científica: mas yo lo aprecio, no en mérito á ella, sino como expresión simbólica de mutuos anhelos de compenetración espiritual entre España y la Argentina, y más concretamente entre esta Universidad de Madrid y la de Buenos Aires.

Juzgado de esta manera, tiene su valor, porque, en verdad, si España quisiera entonar con el genio de la nueva era que avanza, y ser genio en ella, necesitaría, como es de ley, entonarse primero y cada vez más á sí misma, vinculándose día á día, más y más y por cuantos medios tuviese á su alcance, con la cultura universal.

El movimiento, por suerte, ha empezado ya, á iniciativa oficial y privada. Es deber de la hora presente acentuarlo intensificarlo, ensancharlo y perseverar en él.

Los éxitos obtenidos con estos ensayos, todavía tímidos y en pequeña escala, son tan notoriamente positivos y halagadores, que constituyen toda una demostración experimental de su verdadera eficacia, é incitan á la continuidad.

El encierro y aislamiento es mortal para el progreso y grandeza, así de los individuos como de las naciones, cuando las ciencias y las artes se cultivan y florecen fuera de ellos.

Todos los pueblos que se han encontrado en tal situación y que sentían ansias de vida y de adelanto hubieron de romper el cerco que los asfixiaba; salieron de su clausura y fueron á convivir con aquellos otros que representaban la tónica científica y moral de la época.

Nosotros mismos, ¿no lo hemos hecho también en otros tiempos, aunque con sensible discontinuidad y por eso con resultados menos apreciables?

Demás está decir que España no es el mundo entero ni tampoco, hoy, por desgracia, el centro espiritual del mundo; pero si ya lo sabemos, aún puede ser honrado y saludable reconocerlo, con reflexión y también confesarlo, no para dar á este reconocimiento un valor que se traduzca en negativismo y anonadamiento y nos conduzca al pesimismo y á la desesperanza, sino al contrario, para hacer de ello una afirmación correctiva y que lleve en sí misma propósito de enmienda.

Es evidente que para engrandecernos deberemos vivir dentro de la ciencia pura y no al margen de ella, en relación con los pueblos que la cultivan y no aparte de ellos; porque vivir al margen de la ciencia no es vivir vida libre y digna, sino vida de sumisión y de esclavitud. Si pretendiéramos que España hubiera de mantenerse cerrada y viviendo exclusivamente á expensas de su propio ser, ó lo que es peor, de prestado, acabaríamos con ella para siempre. Al pronunciar estas palabras pienso tan sólo en que el bien mayor que en este momento puedo hacer es el de expresar con toda

sinceridad y honradez lo que siento en el fondo de mi alma, aun cuando este sentimiento no fuese acertado, aparte de que con ello satisfago un deber de conciencia.

En este supremo momento de la Historia universal, España ocupa una posición de privilegio en el mundo. Implicaría torpeza, incapacidad é imprevisión no aprovecharnos de ella. ¿Cómo? Volcándonos sobre el mundo civilizado para asimilarnos su cultura, y, principalmente, sobre la vieja Europa, que, á pesar de sus quebrantos, seguirá marcando todavía, yo al menos así lo creo, rumbos á la civilización, y el centro de la Europa, no hay la excusa de la distancia, está bien próxima á nosotros.

Debemos, pues, relacionarnos con el mundo científico para captar lo que en él hallemos de bueno, útil y susceptible de incorporarse á nuestra propia naturaleza, y luego de habernos formado interiormente, merced á la comunión espiritual con los demás pueblos, seguida del estudio en íntimo recogimiento, ó á medida que nos vayamos haciendo, sin esperar la plenitud, si es que tarda, debemos también darnos generosamente á nuestros hermanos de América.

Lejos de aminorarse por esto nuestra personalidad racial, no haríamos, por el contrario, sino afirmarla indestructiblemente, dándole los medios y poniéndola en disposición de revelarse en todo su esplendor y grandeza específica.

Por la confesión que acabo de haceros habréis podido ver que mis credenciales no son más que mis anhelos, anhelos que he de expresar con palabras y obras todas las veces que pueda y tenga ocasión.

Ahora yo pregunto: ¿Constituyen ellos méritos bastantes para otorgarme el honroso título de doctor «honoris causa» de esta Universidad? Si yo hubiera de responder, diría que no. Creo, pues, que el origen de este nombramiento es más subjetivo que objetivo; que ha nacido de vuestra benevolencia, de vuestra hidalguía, de vuestra magnanimidad y del afecto que tenéis á vuestros hermanos de América, más que de mi propio valimiento.

En consideración á todo esto, que no se puede, ciertamente, desdeshar, yo lo acepto y lo agradezco en nombre propio y de la Universidad de Buenos Aires, prometiendo usar de él con las debidas reservas, y ya que mi ejecutoria científica no sea digna de la preciada honra que me habéis otorgado, corresponderé á vuestra bondad publicando las modestas lecciones explicadas por mí en esta Facultad de Medicina y dedicándoselas como ofrenda á su Claustro universitario, si él me hiciere la voluntad y el honor de aceptarlas.

No corresponderán, estoy cierto de ello, á la alta sabiduría de esta Corporación, que hoy se digna acogerme en su seno; pero tendrán, al menos, aquello más noble y más puro que el hombre puede ofrecer á otros hombres: su esfuerzo y su trabajo personal, por humilde que sea.

Fué aplaudidísimo.

El encargado de Negocios de la Argentina pronunció un discurso ensalzando la labor realizada por el agasajado, y diciendo que en la Argentina se le admira como hombre científico y como filántropo. En nombre de la Universidad de Buenos Aires, expresa su profundo agradecimiento por el homenaje que se le ha rendido al honrar á uno de sus catedráticos, enalteciendo así sus enseñanzas y sus maestros.

Finalmente, hizo uso de la palabra el doctor Carracido, en pro de la confraternidad hispanoamericana, y, dirigiéndose al representante de la Argentina, le suplicó que sea portador ante su Gobierno de una salutación de la Universidad de Madrid para la de Buenos Aires. También le rogó que exprese los deseos del Claustro de intensificar el intercambio intelectual.

MEMORIAS DE UN PENSIONADO⁽¹⁾ (ESTUDIOS DE MEDICINA HISTÓRICA)

POR

DOCTOR ALBIÑANA

Tales ideas, difundidas con la fuerza de una tradición indiscutida, dominaron en todas las escuelas durante mucho tiempo. Asombra el hecho de que en pleno Renacimiento no se supiera de esto nada más que lo que ocho siglos antes recopilara y añadiera Theófilo, aunque hallaremos la explicación de este fenómeno, recordando que el movimiento renaciente tuvo por principal objeto la resurrección de la cultura clásica.

Sin embargo, en el siglo XVI, la uroscopia sufrió grandes alternativas, y junto á los médicos hipocrático-galénicos, que daban gran importancia á la orina, aunque sin determinar la causa de las enfermedades por las cualidades de aquélla, figuraron otros de tan opuesto criterio, que no dudaron en clasificar la naturaleza de las dolencias por el simple examen de la orina. Entre los que pudiéramos llamar *antiuróscopos* se hallaban Clemente Clementino, Cristóbal Claussa y otros. Así continuó durante el siglo XVII, época del cuadro de Gérard Dow, la opinión clínica referente á la orina. No es solamente la *Femme hydropique*, la obra pictórica que nos presenta al médico examinando el líquido á través de la redoma; en numerosos grabados de la época, es frecuente ver reproducida esta escena, y el mismo Dow, tiene otro cuadro titulado *La consultation du Médecin*, que se conserva en el Museo de Copenhague, y en el que se ve también al doctor observando la orina.

La contemplación de estos cuadros tan interesantes para la Medicina histórica, trajo á mi mente el recuerdo de otros análogos que se conservan en nuestro espléndido Museo del Prado. Allí están, *El charlatán sacamuelas*, obra de Rombouts, de la escuela flamenca y siglo XVII. El charlatán está en pie, operando á un joven sentado sobre una mesa llena de específicos é instrumentos de Cirugía. *El alquimista*, cuadro de David Rieckaert (tercero de este nombre), también de la misma escuela y del mismo siglo. La famosa *Operación quirúrgica*, de David Teniers, en la que aparece un cirujano de lugar introduciendo un estilete en la herida que tiene en la cabeza un rústico flamenco; la mujer de éste lo observa; un muchacho calienta un parche en un brasero, y otro sale por una puerta que hay al fondo. Esto del parche y del brasero es la característica de las operaciones quirúrgicas transmitidas por los lienzos de este autor, pues en su cuadro titulado *En casa del curandero*, perteneciente al Museo de Cassel, también se observan dichos objetos.

No falta en nuestro Museo del Prado la nota cómica á costa de la Cirugía. Allí puede admirarse la *Operación quirúrgica burlesca*, de Hierónimus von Akin, ó Bos, conocido en España por *el Bosco*, que floreció á últimos

(1) Véase el número anterior.

del siglo xv y principios del xvi. Es un cuadro de la escuela holandesa que representa un cirujano de aldea, extrañamente vestido (por sombrero lleva un embudo encasquetado), armado de un enorme bisturí; está en medio del campo, sacando de la cabeza de un viejo sentado junto a un velador circular, como unas alcahofas ó tulipanes, presenciando la extraordinaria operación un hombre y una mujer, ambos de ridícula catadura.

¿Pero qué es lo que estoy haciendo? Me encuentro visitando el Museo del Louvre y casi estoy describiendo el del Prado. ¡No lo puedo remediar! Es la patria que le tira á uno.

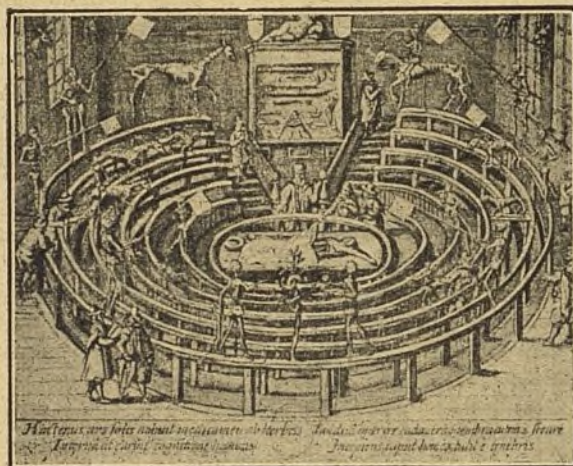
Circulando por estos pasillos interminables, llama mi atención un grupo de gente que entra y sale en una sala no muy grande; el público se renueva incesantemente, como si fueran devotos que acudieran á venerar alguna reliquia. En efecto, así es: allí está la *Gioconda*, y aquellas gentes son devotos del Arte que acuden á contemplar el maravilloso lienzo de Leonardo de Vinci. Yo también me sumo á aquella romería artística, embelesándome con la divina sonrisa de la hembra misteriosa. El cuadro está rodeado de una verja que impide el acceso hasta él; hay que admirarlo desde una prudente distancia; temen que desaparezca, como ya otra vez sucedió.

Sigo adelante en busca de una obra que me interesa; allí está: es *La Consultation*, de Brekelenkam, escuela holandesa y siglo xvii. El asunto es muy sencillo; en una habitación, una mujer enferma, envuelta en un capuchón blanco, tiende la mano al médico que le toma el pulso. Aunque de distinta ejecución, es el mismo asunto de los cuadros de Jan Steen, titulados *Un médico tomando el pulso á una joven*, y *Un médico visitando á una joven enferma*, pertenecientes ambos al Museo de La Haya. Estos cuadros, al igual que la *Femme hydropique*, invitan á un ejercicio práctico de Historia de la Medicina, planteando la siguiente cuestión: ¿En qué estado se hallaban los conocimientos referentes al pulso en el siglo xvii, ó sea en la época que estos lienzos representan?

Nuevamente tenemos que recordar á Theófilo como autor del Tratado de *pulsibus*, de texto en las Facultades europeas á partir del Renacimiento; solamente que en esta obra, el autor no se llama Theófilo, sino *Philarette* ó *Philaretto*; algunos le llamaron también *Philoteux*; pero cualquiera de estos nombres corresponde al mismo escritor del siglo vii, compilador de Galeno y de Ruffo y maestro de Esteban de Atenas.

La antigua concepción galénica del pulso, que negaba la sangre como productora del mismo, fué modificada por Josef Strulsio, médico del rey de Polonia, el cual, en el siglo xvi, estableció un sistema de pulso que denominó *sphygomancia*; combinó las cinco clases de pulso generales, ó sean: grande, pequeño, frecuente,

fuerte y débil, con el pulso moderado, formando 15 especies simples y 17 compuestas; son muy interesantes las observaciones que este práctico hizo sobre la influencia que ejercen en la movilidad del pulso, la edad, la estación, el sexo, las pasiones y el clima.

Fig. 3.^a

Anfiteatro anatómico en el siglo xvii (grabado de la época).

El descubrimiento de Harwey acerca de la circulación de la sangre, modificó el concepto del pulso y constituyó doctrina, siendo ésta la norma de los clínicos del siglo xvii, si bien no dejó de encontrar ruda oposición en algunos médicos, como ha ocurrido siempre con toda innovación. El famoso filósofo Descartes adoptó la doctrina de Harwey, aunque realmente no contribuyó gran cosa á su difusión; creyó que las pulsaciones de las arterias son debidas á la *efervescencia de la sangre en el corazón*, y esta creencia fué la más generalizada en la época que nos ocupa, á pesar de las enérgicas diatribas de Juan Riolo contra la teoría harweyana. El médico de *La Consultation*, á juzgar por la fecha del cuadro, debió pertenecer á la escuela de Harwey.

Los que solamente contemplan las cosas en su aspecto baladí, sin duda porque padecen una miopía espiritual, niegan todo valor á estas demostraciones históricas, y aun á la Historia misma. Pero ninguna persona que se estima culta puede desconocer el estudio de los tiempos pretéritos, lo mismo en Medicina que en cualquier otra rama del saber.

La célebre *Lección de Anatomía*, de Rembrandt, tan conocida de los médicos, hasta el punto de decorar con este grabado su gabinete de estudio, y cuyo original se encuentra en el Museo de La Haya, es también un hermoso testimonio de la enseñanza anatómica en el siglo xvii, aunque no el único, pues en la portada de una obra de Riolo, impresa en París, aparece un interesante grabado que representa *Una lección de Anatomía en la época de Luis XIII*; el asunto de ambos cuadros,

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

como indica el título, es idéntico; pero en el lienzo de Rembrand la preparación anatómica es del antebrazo



Fig. 2.^a

Consulta de médicos. — Cuadro humorístico de Boilly (siglo XVIII).

izquierdo, mientras que en este otro grabado la demostración corresponde a la región abdominal, ofreciéndose a la vista la masa intestinal, y advirtiéndose, alojados en un estante situado detrás del profesor, una porción de instrumentos de disección.

Terminada, en días sucesivos, mi visita a la sección de Pintura del Museo, dirigime a la de Arqueología en busca de objetos y detalles, para mi estudio. Grandes y hermosas son las colecciones de antigüedades asirias y egipcias, pero en relación con la Medicina no hay en ellas nada que pueda interesar, a no ser los objetos funerarios que acompañaban a los cadáveres en sus sepulcros y los amuletos contra enfermedades y maleficios, muy abundantes en todos los museos, pero de un interés médico-histórico bastante secundario, cuando no nulo. Sin embargo, entre las antigüedades etruscas, figuran algunos instrumentos de bronce y de cobre, de uso indeterminado, que no falta quien les atribuye aplicaciones quirúrgicas; pero nada puede comprobarse acerca de este extremo, ni dato alguno proporciona su forma, para poder admitirlos como tales instrumentos de cirugía.

Paris. — Diciembre 1919.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo propuesto por el rector de la Universidad de Valencia y el claustro de profesores de su Facultad de Medicina, á tenor de lo preceptuado en la Real orden de 16 de Enero último,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se amortice la plaza de catedrático numerario de Técnica anatómica (primero y segundo curso) de la expresada Facultad, disponiendo al propio tiempo que la mencionada enseñanza se explique por acumulación, quedando encargados de ella los catedráticos numerarios de la citada Universidad D. Antonio Casanova y Cirana y D. Jesús Bartrina y Capella, que disfrutarán cada uno la gratificación anual de 2 500 pesetas.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 18 de Febrero de 1920.—*Rivas*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta del 19 de Febrero*.)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Administración.

OPOSICIONES Á CUATRO PLAZAS VACANTES EN EL CUERPO MÉDICO DE BENEFICENCIA GENERAL

Aunque llega atrasado este anuncio, lo publicamos por lo que pueda interesar documentalmente en nuestra colección:

Programa de las preguntas que, para el primer ejercicio, ha redactado el Tribunal de dichas oposiciones, en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo último de la convocatoria publicada en el día 21 de Octubre de 1919.

Número 1. Acción fisiológica, terapéutica y tóxica de los medicamentos en general.

Núm. 2. Principales asociaciones medicamentosas. Incompatibilidades farmacológicas.

Núm. 3. Administración hipodérmica de los medicamentos. Medicamentos que deben emplearse principalmente. Técnica.

Núm. 4. Opio: Sus alcaloides; indicaciones y contraindicaciones.

Núm. 5. Anestésicos y analgésicos: Estudio terapéutico de los más principales.

Núm. 6. Acción fisiológica y terapéutica de la digital.

Núm. 7. Acción fisiológica y terapéutica de la cafeína.

Núm. 8. Acción fisiológica y terapéutica del iodo, yoduros y principales compuestos.

Núm. 9. Hierro y sus compuestos: Acción fisiológica y terapéutica.

Núm. 10. Mercurio y sus compuestos: Modos de administración y usos terapéuticos de los mismos.

Núm. 11. Diuréticos más usados en terapéutica: Sus aplicaciones clínicas.

Núm. 12. Vomitivos: Estudio terapéutico de los más empleados.

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

- Núm. 13. Purgantes: Su clasificación; indicaciones y contraindicaciones.
- Núm. 14. Medicación revulsiva: Medios de producirla; indicaciones y contraindicaciones.
- Núm. 15. De la Helioterapia y sus aplicaciones clínicas.
- Núm. 16. Antipiréticos y antitérmicos: Indicaciones y contraindicaciones de los principales.
- Núm. 17. Quina, quinina y demás alcaloides de aquélla: Su estudio terapéutico.
- Núm. 18. Acido salicílico y salicilatos: Su acción fisiológica y terapéutica; indicación de los principales sucedáneos.
- Núm. 19. Principales hipnóticos usados en terapéutica: Indicaciones y contraindicaciones.
- Núm. 20. Absorción y eliminación de los medicamentos: Tolerancia é intolerancia; acumulación; Ejemplos principales.
- Núm. 21. Medicamentos coloides: Principales agentes de esta clase y sus verdaderas aplicaciones.
- Núm. 22. Principales sueros empleados en terapéutica: Su acción; sus peligros; sus aplicaciones.
- Núm. 23. Vacunoterapia: Resultados prácticos obtenidos con las vacunas más empleadas.
- Núm. 24. Concepto de la quinioterapia: Sus aplicaciones.
- Núm. 25. Modos de producirse y propagarse en general las enfermedades infecciosas.
- Núm. 26. Paludismo: Formas clínicas; tratamiento.
- Núm. 27. Patogenia y significación clínica de la fiebre.
- Núm. 28. Etiología y anatomía patológica de la fiebre tifoidea.
- Núm. 29. Diagnóstico y tratamiento de la fiebre tifoidea.
- Núm. 30. Formas clínicas de la gripe.
- Núm. 31. Tratamiento de las distintas formas clínicas de la gripe.
- Núm. 32. Erisipela llamada médica: Formas clínicas; diagnóstico; tratamiento.
- Núm. 33. Reumatismo articular agudo: Diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 34. Viruela: Síntomas; curso; complicaciones; tratamiento.
- Núm. 35. Estudio clínico del sarampión.
- Núm. 36. Diagnóstico y tratamiento de la escarlatina: Principales complicaciones.
- Núm. 37. Cólera morbo. Cólera nostras. Agentes patógenos; síntomas y tratamiento.
- Núm. 38. Defensas orgánicas contra la infección: Estudio de las principales teorías que las explican.
- Núm. 39. Fiebre de Malta: Su extensión en España; su diagnóstico; su tratamiento.
- Núm. 40. Tifus exantemático: Causas; síntomas; tratamiento; profilaxis.
- Núm. 41. Infecciones paratifoideas; Agentes patógenos; síntomas; tratamiento.
- Núm. 42. Difteria; Crup; agente patógeno; síntomas; complicaciones; tratamiento.
- Núm. 43. Profilaxis individual y colectiva de la fiebre tifoidea.
- Núm. 44. De los pseudo-reumatismos infecciosos. Caracteres y tratamiento de los mejor conocidos.
- Núm. 45. Tos ferina: Etiología; síntomas; complicaciones; tratamiento.
- Núm. 46. Peste bubónica; Etiología; formas clínicas; tratamiento.
- Núm. 47. Causas, síntomas y tratamiento de la rabia.
- Núm. 48. Parotiditis epidémica: Síntomas; diagnóstico; tratamiento; complicaciones.
- Núm. 49. De la tuberculosis en general: Agente; vías de penetración; causas predisponentes; localizaciones más frecuentes.
- Núm. 50. Estudio clínico de la estomatitis úlcero-membranosa.
- Núm. 51. Amigdalitis agudas, no diftéricas: Formas anatómo-clínicas; diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 52. Diagnóstico directo y diferencial, y tratamiento de las estrecheces del esófago.
- Núm. 53. Estudio fisiológico de la motilidad gástrica: Su exploración y valor diagnóstico de sus alteraciones.
- Núm. 54. El quimismo gástrico. Su estudio fisiológico. Su exploración y valor diagnóstico de sus alteraciones.
- Núm. 55. Bases para el establecimiento del régimen dietético en las enfermedades del estómago.
- Núm. 56. Valor clínico de la Radioscopia y Radiografía en las enfermedades del tubo digestivo.
- Núm. 57. Valor clínico del análisis micrográfico y químico de las heces.
- Núm. 58. Gobierno nervioso de las funciones secretoras y motoras del aparato gastrointestinal, y su influencia en la patología de estos órganos.
- Núm. 59. Fisiología patológica: Valor diagnóstico y tratamiento del vómito.
- Núm. 60. Hematemesis: Enfermedades en que se presenta; diagnóstico y tratamiento.
- Núm. 61. Diagnóstico directo y diferencial de la úlcera gástrica.
- Núm. 62. Patogenia de la úlcera gástrica, como fundamento de su tratamiento médico. Indicaciones de éste y modo de llenarlas.
- Núm. 63. Indicaciones y métodos de tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica.
- Núm. 64. Diagnóstico directo y diferencial del cáncer del estómago.
- Núm. 65. Tratamiento médico de los enfermos de cáncer del estómago.
- Núm. 66. Indicaciones y métodos de tratamiento quirúrgico del cáncer del estómago.
- Núm. 67. Diagnóstico de la estrechez pilórica.
- Núm. 68. Tratamiento médico de los enfermos de estrechez pilórica.
- Núm. 69. Indicaciones y métodos de tratamiento quirúrgico de la estrechez pilórica.
- Núm. 70. Diagnóstico y tratamiento de la perforación del estómago.
- Núm. 71. La digestión en el intestino delgado: Factores de la misma y sus correlaciones funcionales.
- Núm. 72. Diagnóstico y tratamiento de las enteritis crónicas en cada una de sus formas anatómo-clínicas.
- Núm. 73. Estudio clínico de la enteroptosis.

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar a 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 muestras
gratis. LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

Núm. 74. Relaciones fisiológicas y patológicas entre el hígado y el bazo.

Núm. 75. Métodos de la exploración funcional del hígado, y juicio crítico de su valor clínico.

Núm. 76. Anatomía, fisiología y semeiología del sistema de la vena porta.

Núm. 77. Etiología general de las enfermedades del hígado.

Núm. 78. Ictericia: Sus formas clínicas; patogemia y diagnóstico diferencial de cada una de ellas.

Núm. 79. Estudio clínico de las cirrosis biliares.

Núm. 80. Estudio clínico del cáncer del hígado.

Núm. 81. Estudio clínico de la sífilis hepática.

Núm. 82. Estudio clínico del quiste hidatídico del hígado.

Núm. 83. Etiología-patogenia y anatomía patológica de la litiasis biliar.

Núm. 84. Diagnóstico directo y diferencial de la litiasis biliar.

Núm. 85. Tratamiento médico de la litiasis biliar: Indicaciones y modo de llenarlas.

Núm. 86. Indicaciones y métodos de tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar.

Núm. 87. Estudio clínico de la ascitis.

Núm. 88. Diagnóstico directo y diferencial, y tratamiento de la peritonitis tuberculosa, en cada una de sus formas anatomo-clínica.

Núm. 89. Coagulación de la sangre y estados morbosos debidos á sus alteraciones.

Núm. 90. Los elementos morfológicos de la sangre: Técnica para su estudio é histogénesis de los mismos.

Núm. 91. Valor diagnóstico del análisis de la sangre en las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Núm. 92. Estudio clínico de la clorosis.

Núm. 93. Estudio clínico de los linfo-granulomas en general.

Núm. 94. Estudio clínico de la leucemia: Sus diversas formas.

Núm. 95. Etiología y patogenia de las lesiones sifilíticas viscerales.

Núm. 96. La reacción de Wassermann: Su fundamento y su valor para el diagnóstico y tratamiento de la sífilis.

Núm. 97. Juicio crítico de los diferentes métodos de tratamiento de la sífilis.

Núm. 98. Hemoptisis: Su diagnóstico diferencial; su tratamiento.

Núm. 99. Valor clínico del examen macro y microscópico de la expectoración.

Núm. 100. Formas clínicas y tratamiento de la congestión pulmonar aguda.

Núm. 101. Diagnóstico y tratamiento de las bronquitis crónicas.

Núm. 102. Examen radiológico del tórax, normal y patológico: Su valor clínico.

Núm. 103. Asma esencial: Tratamiento urgente del acceso; tratamiento fundamental del proceso en los estadios de calma.

Núm. 104. Signos físicos fundamentales del derrame pleural: La punción como medio de diagnóstico.

Núm. 105. Anatomía patológica de la neumonía fibrinosa.

(Se concluirá).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,3; (d. mínima, 693,1; temperatura máxima, 11°7; (d. mínima, 4°7; vientos dominantes, ESE. SSE. SE.

El número de las enfermedades agudas se sostiene aproximadamente en los mismos términos que en las semanas anteriores; en cuanto a su carácter disminuyen los procesos gripales del aparato respiratorio y aumentan las manifestaciones dolorosas y febriles de los reumatismos articulares y nerviosos. Las infecciones intestinales siguen siendo menos graves. Los afectos renales muestran tendencia á la agravación.

En los niños ningún estado epidémico alarmante; algunos casos de sarampión y escarlatina y bronquitis catarrales;

Crónicas.

Los médicos forenses y el Estado.—En la prensa diaria leemos que por el presidente de la Asociación Nacional de Médicos Forenses Sustitutos, D. Santiago Pérez Vázquez, se ha pasado atenta nota á los jefes de minorías políticas del Congreso y á los 21 diputados que forman la Comisión dictaminadora del mismo para el presupuesto de Gracia y Justicia, rogándoles el pago por el Estado al personal de médicos forenses y proponiéndole, aparte de las medidas que estimen oportunas, que ó bien se efectúe el pago cobrando el Estado el presupuesto que para estas atenciones tienen asignado en sus consignaciones anuales las Juntas carcelarias de partido, ó bien con los ingresos que produzca el servicio que implantaría la siguiente proposición de ley, una vez aprobada por las Cámaras:

«Artículo único. Se establece en toda la nación, y con carácter obligatorio, el Registro antropológico y el de comprobación de defunciones y cadáveres y su inspección criminal».

Asamblea de médicos titulares en Murcia.—En los últimos días de Febrero se ha celebrado en Murcia una asamblea de médicos titulares de esta provincia, para tratar de las huelgas sanitarias de La Unión, Lorca y Cartagena. Se aprobaron las siguientes conclusiones:

Primera. La asamblea, estimando absolutamente indispensable prestar su apoyo á los compañeros de Lorca y Cartagena, en primer lugar, y al Comité de defensa de Madrid, en vista de su tendencia á nacionalizar el problema, acuerda que los médicos titulares de la provincia no efectúen el reconocimiento de los quintos el día 7 del próximo mes de Marzo.

Segunda. Si, después de esta actuación, no se logra la solución del conflicto, los titulares se comprometen á plantear la segunda fase de la huelga, cuyos detalles de organización serán estudiados por los Colegios médicos, sin perjuicio de secundar aquellas gestiones que estime procedentes la Junta nacional de Madrid para nacionalizar el problema.

Tercera. Hacer público que todo médico que en el actual conflicto intervenga directamente ofreciendo su concurso á las autoridades para burlar los anteriores acuerdos ó desempeñar las plazas de los titulares dimisionarios, será descalificado por los Colegios médicos.

Este acuerdo se transmitirá á todos los Colegios de España y á las Juntas de defensa de los Cuerpos de titulares y forenses.

Nuevo médico de la Prensa.—Al cerrar el número llega á nosotros una grata noticia. La Asociación de la Prensa, que siempre ha demostrado un gran acierto en la

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

elección de sus médicos, acaba de revelarlo nuevamente nombrando especialista de enfermedades mentales al doctor Francisco Huertas y González del Campillo, en la vacante de D. Jaime Vera.

Notoria es la fraternal amistad que con dicho señor nos une, y ello nos cohibe en el elogio, pero no nos priva de felicitar á la mencionada Asociación, por haber llamado á un especialista joven, bien documentado, *hecho* en el Hospital General donde ingresó como alumno interno y hoy médico de número, tiene á su cargo un tan excelente campo de estudio como el Departamento de dementes de la Beneficencia provincial.

De los conflictos médicos.—Las últimas noticias recibidas de Málaga hacen suponer que en poco tiempo se normalizará el servicio en aquella provincia.

En una reunión celebrada por los representantes de las clases médicas y jefes políticos de los pueblos en que se declaró la huelga, y el gobernador, se convino que los médicos, farmacéuticos y veterinarios se reintegraran á sus puestos.

En los atrasos se les pagarán en cinco plazos de cinco años, de 20 por 100 de dicha deuda cada plazo.

En el mes corriente se les abonará en seguida.

Tal es la solución adoptada respecto de Cofín y Alhaurín el Grande, donde los jefes políticos garantizarán dicho pago.

En cuanto á los demás pueblos en donde existe conflicto sanitario, nada se ha resuelto aún.

En Málaga quedarán un médico y un farmacéutico, como delegados, para continuar las gestiones.

De Algeciras comunican:

Ha comenzado en Tarifa la huelga de médicos y farmacéuticos, á los cuales debe el Ayuntamiento 70.000 pesetas.

Cuando la Federación Sanitaria intentó días pasados realizar gestiones con objeto de conjurar el conflicto, se le contestó por el Ayuntamiento que éste no admitía ninguna fórmula de arreglo, en un escrito que la citada Federación considera injurioso.

Al comenzar la huelga, la Alcaldía ha denunciado á los veterinarios ante el Juzgado por haberse negado á prestar servicio.

Otra víctima del deber.—A los cincuenta y ocho años ha fallecido en Socuéllamos (Ciudad Real) el ilustrado y distinguido compañero D. Francisco Martínez González, médico titular de dicha villa, en la que prestó muchos y excelentes servicios, y en la última epidemia de gripe contrajo esta enfermedad por contagio que le ha llevado al sepulcro. El Sr. Martínez y González era académico correspondiente de las Reales de Medicina de Madrid, Barcelona y Murcia, y de la Real Academia de la Historia.

Enviamos nuestro sincero y sentido pésame á sus hermanos D. Segundo y D. Avelino.

Real Academia Nacional de Medicina.—Esta Corporación ha empezado sus sesiones literarias con entusiasmo inusitado. Además de los sábados en que los académicos exponen casos clínicos, poco frecuentes en la práctica, y por lo tanto de gran enseñanza, ha formado una serie de conferencias que se celebrarán todos los martes, á las siete de la tarde en punto, siendo la entrada pública.

Hasta ahora la Academia tiene acordadas las siguientes:

- 1.^a «La transplatación en cirugía», por el Sr. Goyanes, celebrada el martes último.
- 2.^a 9 de Marzo: «Nuevas orientaciones en la lucha social contra la tuberculosis», Sr. Espina.
- 3.^a 16 de Marzo: «Tratamiento físico de algunas ginecopatías», Sr. Recasens.
- 4.^a 23 de Marzo: «Las hemodistrofias y las leyes mendelianas», Sr. Pittaluga.
- 5.^a 30 de Marzo: «Valoración de la técnica en el pronóstico de la laringectomía», Sr. Tapia.
- 6.^a 6 de Abril: «Progresos que aún faltan por realizar y crítica de los ya realizados en el tratamiento de la catarata», Sr. Márquez.

Un cursillo extraordinario de Oftalmología.—El profesor Fuchs, de Viena, el maestro de la Oftalmología, respetado en todo el mundo, á ruego de los más ilustres especialistas madrileños, dará tres lecciones sobre terapéutica ocular, en la Facultad de Medicina, los días 9, 10 y 12 de la próxima semana, á las siete de la tarde.

La inscripción para estas tres lecciones cuesta 50 pesetas.

Muerte del Dr. Wartheim.—Un telegrama procedente de Viena da la triste noticia de la muerte del Dr. Ernest Wartheim.

Este ilustre profesor era una de las más reputadas figuras en Ginecología, y con él pierde la ciencia un hombre de estudio y un sabio.

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* *gás* *tricas*, A. J. y S. ESCOVET, Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



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

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCIA SUAREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.