

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	A. GARCÍA TAPIA	S. PASCUAL Y RÍOS
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. CARDENAL	F. GONZÁLEZ AGUILAR	A. PULIDO MARTÍN
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	Director-Médico del Instituto Cervantes.	Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
V. CORTEZO	J. GOYANES	P. DEL RÍO HORTEGA
Profesor del Instituto Alfonso XIII.	Cirujano del Hospital General de Madrid.	Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
L. ELIZAGARAY	B. HERNÁNDEZ BRIZ	G. RODRIGUEZ LAFORA
Médico del Hospital General de Madrid.	Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
A. FERNÁNDEZ	T. HERNANDO	JOSÉ SANCHIS BANÚS
Alumno de Medicina.	Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
M. GAYARRE	F. LOPEZ PRIETO	F. TELLO
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	Ex-Médico-Titular.	Sub-Inspector General de Sanidad
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.	L. URRUTIA
		Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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: Un caso de eliminación del bazo por ligadura de la esplénica, seguido de curación, por Juan A. Cejudo.— Veinte mil casos de tuberculosis pulmonar, por el Dr. Verdes Montenegro.— Notas bibliográficas, por E. Fernández Sanz.— Peridóicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— Memorias de un pensionado, por el Dr. Albiñana.— Sobre naturismo, por C. Ruiz Ibarra.— Sociedad Oftalmológica de Madrid.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

Un caso de eliminación del bazo por ligadura de la esplénica, seguido de curación

POR

JUAN A. CEJUDO

Alumno interno del Hospital Provincial.

Entre las esplenomegalias que Chavannaz y Guyot incluyen en el grupo de las que *se deben operar*, esto es: abscesos del bazo, quistes, tumores sólidos, anemia esplénica de los adultos, esplenomegalia hemolítica y enfermedad de Banti, ninguna ofrece como esta última las dudas y dificultades que, inherentes á su inseguro y mal deslindado diagnóstico, forzosamente ha de tener para el cirujano. Porque es preciso no olvidar que esta enfermedad del bazo que Banti describió el año 1894 con el nombre de «esplenomegalia con cirrosis hepática» y que posteriormente ha sido reconocida por firmas tan autorizadas como Fichner y Wolf entre los alemanes; Bret y Cordier, Murrell y Barr, Galabert, y sobre todos Chauffard entre los franceses; Rummo, Micheli y Bozzolo entre los italianos; Goetz entre los suizos, y en fin, Pittaluga y otros entre los españoles, tiene también detractores encarnizados é implacables que como Cheinisse, Gilbert y Lereboullet, niegan la existencia de tal esplenomegalia como entidad morbosa definida.

Lo cierto es que hoy día se suele diagnosticar de enfermedad de Banti toda esplenomegalia que no responde al cuadro patológico de ninguna de las esplenomegalias bien caracterizadas, y este método de diagnós-

tico por exclusión ha sido siempre fuente de funestos errores. Cuando más, enfermos con anemia y esplenomegalia se diagnostican de *bantis* por el mero hecho de presentar estos dos síntomas y por no figurar entre los antecedentes patológicos, el paludismo, la sífilis y el alcoholismo, y si bien con sólo estos datos nos es dado fundamentar un buen diagnóstico de tal enfermedad, es preciso que estos datos nos ofrezcan una garantía absoluta de realidad; porque no podemos darnos por conformes conque el enfermo niegue la existencia de los antecedentes que buscamos, sino que debemos utilizar cuantos medios de investigación estén á nuestro alcance, sin olvidar como base preciosa y fundamental, un concienzudo análisis de sangre, otro de orina y un minucioso y aquilatado repaso de toda la historia que nos cuenta el enfermo.

Me permito decir lo que antecede, porque es relativamente frecuente hallar un enfermo con el bazo grande, anemia y ausencia de todo antecedente alcohólico é infeccioso, y sin embargo, no tratarse de Mal de Banti en su primer período, sino de lo que Gilbert y Lereboullet y después Ana Kalikta describieron bajo la denominación de «esplenomegalia meta-ictérica». Este error se evita seguramente, si en el análisis de sangre se concede la importancia que merece al considerable aumento del número de los polinucleares, si en el de orina se investiga la presencia de urobilina, y si, finalmente, un hábil interrogatorio del enfermo revela que en época más ó menos lejana ha tenido una ictericia inicial intensa, ó simplemente habla de antecedentes familiares biliares; todo esto, unido al tinte colémico del

enfermo, constituyen las más características diferencias entre la «esplenomegalia con cirrosis» y «la esplenomegalia meta icterica», que es sólo consecuencia de la congestión pasiva fragnada en las lesiones de las vías biliares. Por lo demás, tanto en una como en otra existe la esplenomegalia, la anemia y los trastornos gastrointestinales.

Nos referimos en todos estos síntomas al primer periodo de la enfermedad de Banti, al cual aun cuando el enfermo se presente en segundo ó tercer periodo, debemos referir nuestro diagnóstico, ya que estos últimos marchan paralelos al cuadro de otras enfermedades por ser las lesiones más complejas y extendidas á otros órganos, especialmente al hígado, marcando las primeras lesiones de éste el segundo periodo ó *intermediario* (Banti). Como tales anotaremos la hipertrofia, la oliguria y el aumento de uratos y presencia de urobilina en la orina, que con agudización de los correspondientes al primer periodo (esplenomegalia, anemia, trastornos gastrointestinales, etc.) constituyen todo el cuadro de la enfermedad de Banti en su segundo estado. La ascitis, las grandes hemorragias y las graves lesiones hepáticas recorridas progresivamente hasta su límite, nos indica que nos encontramos en el tercer periodo de la enfermedad de Banti, cuya analogía con el cuadro patológico de la cirrosis de Laennec es bien patente.

* * *

Ya comprenderá el lector que cuando nos hemos decidido á publicar este modestísimo trabajo, no ha sido nuestra idea exponer los conceptos que anteceden para hacer alarde de una erudición inocente al alcance de cualquiera, sino para dar publicidad al tratamiento seguido en un caso de mal de Banti y sobre todo á los interesantísimos resultados obtenidos.

Todos los autores que hasta ahora se ocuparon del tratamiento quirúrgico de la «esplenomegalia con cirrosis» aconsejan la extirpación del bazo, como medio de obtener buenos resultados, á reserva de que la esplenectomía se haga en el primer periodo de la enfermedad, sin que esto quiera decir que no la consideren aconsejable en los otros dos periodos, aunque los resultados no sean ya tan halagüeños. Rummo, que se ha ocupado con preferencia de estos asuntos, da la estadística siguiente: esplenectomías realizadas en el primer periodo, el 72 por 100 de curaciones; realizadas en el segundo periodo, el 60 por 100 de curaciones, y realizadas en el tercero, el 30 por 100 de resultados favorables.

También se recomienda por algunos; en especial por Schiassi, la *esplenocleisis*, que sería capaz de provocar la retracción fibrosa del bazo; pero es ésta operación tan arriesgada como la esplenectomía y sus resultados, menos radicales, por lo que hoy casi nadie la practica, salvo en el tercer periodo, en que la periesplenitis está tan desarrollada que imposibilita ó hace por lo menos muy laboriosa la extirpación del bazo. En todos los demás casos, afirman rotundamente Quecnu y Duval, que la esplenectomía es el tratamiento único de la esplenomegalia de Banti,

Existe todavía, entre otros, un tercer tratamiento quirúrgico: la ligadura de la esplénica para provocar la atrofia ó necrosis de la viscera; pero todos los autores coinciden en rechazar este procedimiento que «ha ido seguido siempre de muerte en cuantos casos se ha intentado» (1).

He aquí porqué habiendo yo observado un caso de curación radical por este procedimiento, me parece digno de darlo á conocer.

La historia del caso es la siguiente:

El 3 de Septiembre último se presentó en la Consulta pública de Cirugía del Dr. Goyanes, del Hospital Provincial, de la que á la sazón estaba encargado el Dr. Díaz y Gómez, Ana María García Moya, de treinta y nueve años, natural de Calasparra (Murcia). Casada. Su aspecto era lamentable, pues andaba con gran dificultad, muy encorvada, con gran fatiga y revelaba todos los estragos de una caquexia intensísima.

Los antecedentes patológicos familiares carecen de interés. De los personales no recuerda en la infancia más enfermedad que una varicela. A los diez y ocho años, pulmonía sencilla de la que curó por completo, sin que quedara el menor síntoma que pudiera hacer pensar luego en una lesión de pulmón aguda ó crónica. Niega todo antecedente alcohólico y sífilítico. La reacción Wassermann hecha por nosotros dió resultados negativos. Niega reiteradamente ante nuestra insistencia todo antecedente palúdico.

Menstruó por vez primera á los diez y seis años, siendo está función perfectamente normal, hasta que se interrumpió al iniciarse la enfermedad actual. Ha tenido seis hijos y ningún aborto. De ellos viven cuatro que gozan de excelente salud, y dos murieron; uno de año y medio, y otro de tres meses, éste de diarrea verde, y aquél, abrasado.

La enferma cuenta que hace diez años y al recibir la noticia de la muerte de su hijo y verle carbonizado, sufrió un síncope, cuya duración no acierta á precisar, pero que la obligó á guardar cama durante varios días; la menstruación faltó, y al cabo de seis días de ocurrir la desgracia comenzó á hincharse, apareciendo intensos edemas en piernas y muñecas, palpitaciones, insomnio y malestar general que la obligaron á permanecer varios meses en cama, sometida á riguroso tratamiento (no sabe cuál), hasta que al fin desaparecieron los edemas.

Al llegar á esta fecha, refiere la paciente que comenzó á notar en el hipocondrio izquierdo un tumor del tamaño de una naranja pequeña que tocaba por debajo del borde inferior del arco costal. Este tumor, según expresión de la enferma, aumentaba de día en día, sin producir al principio dolor, pero al cabo de un año, y sin llegar á ser doloroso, la provocaba sensación de peso, tirantez y malestar de la citada región, y que aumentaba considerablemente cuando se acostaba del lado izquierdo.

Paralelamente á este aumento de volumen del bazo, comenzó á padecer la enferma fenómenos dispépsicos

(1) Loco citato: Biblioteca de Denta Delbet, Esplenomegalia.

de diversa forma, caracterizados por inapetencia, sensación de plenitud gástrica, empacho, gran retardo digestivo, pirosis y, finalmente, frecuentes crisis dia-reicas. Dominada por este estado gastrointestinal, fué debilitándose poco á poco, realizando con gran trabajo las faenas caseras. El color de su piel antes sonrosado, fué quebrándose paulatinamente, hasta presentar el característico de las anémicas, llegando á lo largo del tiempo á ser una persona inútil para todo trabajo físico. Los síntomas anteriores se habían ido acentuando, presentándose además crisis penosas de palpitaciones que merecieron un reconocimiento facultativo del corazón, que no dió nada anormal según declaración á la enferma y familiares, del médico. Este la sometió á tratamiento arsenical sin resultado, y así transcurrieron seis años durante los que tuvo la enferma dos embarazos, que aunque la pusieron en grave peligro, se realizaron, al fin, felizmente.

El bazo había adquirido durante este tiempo un enorme desarrollo, y ocupaba ya en la mitad izquierda del abdomen toda la región del hipocondrio y del vacío.

Hace cuatro años, y notándose la enferma cada vez peor, observó que orinaba muy poco y que las orinas tenían un color oscuro, así como que su piel tomaba un tinte subictérico. La anorexia llegó aquí á límites alarmantes, pues la costaba gran trabajo ingerir la leche y alguna verdura que era su único alimento hacia algún tiempo. Las dispepsias eran ya diarias y el malestar y desaliento la obligaban á permanecer gran parte del día echada y frecuentemente días enteros.

En tal estado permaneció dos años, hasta que hace otros dos y encontrándose tomando alimento, tuvo una terrible hemorragia que la familia de la enferma calcula de litro y medio á dos litros, repitiéndose la melena otras dos veces en el transcurso de setenta y dos horas, aunque ya no fueron tan violentas como la primera. El estado de postración y marasmo por la consiguiente anemia hemorrágica duró tres semanas.

Anteriormente á estas pérdidas de sangre, la enferma refiere que tenía el vientre hinchado, pero que sin hacerla el médico punción la hinchazón desaparecía, para volver luego á aparecer, y así sucesivamente.

Al fin su estado se hizo ya tan desesperado que se trasladó á Madrid para que la operaran.

Fuó reconocida por el Dr. Díaz y Gómez, quien apreció aparte los síntomas naturales de hábito exterior propios de la gran caquexia, ictericia intensa.

Por simple inspección del abdomen se observaba el tumor formado por el bazo inusitadamente hipertrofiado, comprobándose por palpación que llegaba por abajo á la fosa iliaca izquierda, por dentro avanzaba hasta la mitad interna del vacío derecho (en donde se tocaban dos muescas del borde interno de la viscera) y por arriba se perdían sus límites bajo la cara cóncava del diafragma. Había ascitis no muy intensa y el borde inferior del hígado se tocaba bien por debajo del reborde costal, continuándose por percusión su macidez con la del bazo.

No se observó lesión intrínseca de importancia en

aparato respiratorio ni circulatorio y si únicamente los trastornos inherentes al estado de marasmo de la enferma.

El análisis de orina nos dió un aumento muy considerable de uratos y presencia de urobilina. Ligerísimos indicios de albúmina. El color era fuertemente oscuro y la cantidad recogida en veinticuatro horas 600 gramos.

Ya hemos hecho constar que la reacción de Wasserman fué negativa.

Resultó del análisis de sangre que se llevó á cabo una fuerte baja en la cantidad de hemoglobina, dándonos por el procedimiento Sahli-Leichteustem, nueve gramos referidos á 100 c. c. como unidad, es decir, 5 ó 6 gramos menos de lo normal.

He aquí el resultado del recuento globular y fórmula leucocitaria:

Eritrocitos.....	3.500.000		
Leucocitos.....	30.000		
Normal.			
Polinucleares.....	44 por 100	70 á 72	por 100.
Linfocitos.....	42 —	22 á 25	—
Mononucleares.....	9 —	1	—
Eosinófilos.....	1 —	2 á 4	—
Formas de tránsito.....	6 —	3 á 5	—

Como se ve, al aumento considerable del número de leucocitos correspondía una baja en el de hematíes. Gran linfocitosis á expensa de los neutrófilos polinucleares y marcadísimo aumento del número de grandes mononucleares, debiendo hacer notar, por haberlo ya observado en otros tres casos de enfermedad de Banti, la disparidad de relación entre estas células madres de los neutrófilos polinucleares y de las formas de transición y estos mismos, disparidad ésta que pudiera constituir un sistema hemático de la mayor importancia.

En las desfavorables condiciones que quedan descritas, fué admitida en la Clínica, donde se procuró sostenerla las fuerzas y tonificarla algo para evitar que el estado caquético que padecía fuese la causa de un fatal desenlace en el acto operatorio.

El día 14 de Septiembre procedió el Dr. Díaz Gómez á llevar á cabo la intervención quirúrgica. Fué previamente preparada con inyección de 10 c. c. de aceite alcanforado, precaución ésta de un valor inestimable en casos como el que nos ocupa. La anestesia transcurrió sin ningún incidente, bastando una cortísima cantidad de cloroformo para producirla y sostenerla (50 c. c.).

La idea era hacer esplenectomía. Se hizo en la piel el corte de Bevan y se puso al descubierto el bazo, pero la periesplenitis (con la que ya se contaba) estaba tan desarrollada, que se comprendió bien pronto que la esplenectomía era punto menos que imposible. Si la enferma había de salir con vida de la mesa de operaciones, ya que desde luego no habría podido sobrevivir al shock y la hemorragia, pues las adherencias eran verdaderamente extraordinarias. En especial de la cara externa convexa de la viscera partían á insertarse en la concavidad de la bóveda izquierda del diafragma una serie de bridas fuertes, gruesas y entrecruzadas for

mando espesísima red que inmovilizaba el bazo en absoluto, ya que las adherencias se continuaban y complicaban envolviendo el bazo y tomando cuerpo con otras bridas que iban al hígado y al estómago. Resultaba un curiosísimo cuadro de perihepato-gastro-esplenitis.

Entonces tuvo la feliz idea de hacer ligadura de la arteria nutricia del bazo, y al efecto se colocó una fuerte ligadura doble de catgut grueso en la esplénica á corta distancia del punto de penetración del vaso en la víscera y se terminó la operación con una sutura metálica de pared abdominal y otra intermedia de seda.

Debido á su corta duración (unos veinte minutos) y al poco traumatismo que sufrió, la enferma no decayó gran cosa con la intervención, reaccionando en pocas horas á favor del suero adrenalinizado y el aceite alcanforado, tratamiento que se continuó los primeros días que siguieron al de la operación.

A los seis días se levantó la cura y se observó que uno de los puntos de cobre había desgarrado la piel como en poco más de un centímetro de extensión. A los ocho se quitaron los puntos de seda y el punto metálico desgarrado, conservándose los otros cuatro.

El estado de la enferma mientras tanto no acusaba síntomas alarmantes, manteniéndose el pulso sin grandes irregularidades y quejándose únicamente la enferma de un dolor á punzadas en el hipocondrio izquierdo, al principio no muy frecuentes é intensas, y días más tarde fuertes y más repetidas. En general fueron siempre soportables, siendo necesario únicamente dos días la aplicación de una inyección de «Sedol» y más bien por estado de ánimo menos resignado de la enferma, que por agudización inclemente del dolor.

A su tiempo se le quitaron sin novedad los restantes puntos metálicos.

Próximamente á los quince días de operada, la sección transversal que en la piel produjo el punto al desgarrarse y que estaba ya convertido en insignificante orificio, comenzó á supurar ligeramente. Como la sonda acañalada apenas profundizaba un centímetro y no señalaba en ninguna dirección trayecto alguno, se pensó en una ligera infección superficial y se hicieron lavados con líquido de Dakin sin conseguir ningún resultado, pues el orificio seguía supurando ya en más cantidad.

A estas alturas invadida la clínica de gripe, la enferma fué atacada de una bronconeumonía del lado izquierdo que tratada con suero antidiftérico y aceite alcanforado (¡divino tesoro!), evolucionó favorablemente á pesar de que el estado de la enferma llegó á ser desesperado.

Durante la infección gripal la supuración aumentó, apreciándose á los cuarenta días de operada unas nudosidades desplazables, que se tocaban profundamente en el vacío izquierdo en su porción más declive y externa.

En pocos días más todo evolucionó hacia el cuadro de un absceso profundo, en vista de lo cual el 11 de Diciembre fué nuevamente operada, no consistiendo la intervención en otra cosa que en incidir los tegumen-

tos por el punto de salida del pus y llegar hasta el absceso, en el que por palpación digital se encontró una gran cavidad, de tan considerable tamaño que no se pudo llegar á determinar sus límites, por lo que se hizo únicamente un drenaje de gasa iodoformica.

Se hizo cura diaria consistente en grandes lavados con líquido de Dakin y cambio del drenaje del trayecto, sustituyendo la gasa iodoformica por gasa empapada en el citado líquido antiséptico.

La cantidad diaria de pus emanada ahora del absceso era verdaderamente extraordinaria, llegando á veces á más de medio litro sólo en el momento de la cura.

Al quinto día de esta segunda operación, al levantar el apósito vimos con sorpresa que los 75 centímetros de gasa introducidos diariamente en el trayecto habían sido expulsados, ocupando la luz del orificio de desagüe una gran masa de un tejido rojo parduzco, fácilmente dislacerable, fungoso, de olor repugnante y que daba claramente la impresión de un tejido necrosado. Con unas pinzas de Pean cogimos la extraña masa é intentamos movimientos de tracción en el sentido del eje del trayecto y de dentro á afuera, pero la masa se dislaceraba y se dividía en trozos que quedaban entre las ramas de la pinza, lo que nos hizo suponer que aquél magma necrótico estaba profunda y firmemente pediculado, por lo que decidimos introducir las ramas de una tijera curva hacia el fondo del trayecto todo cuanto nos fué posible y allí hacer una sección de la masa, dejando dentro el resto que nos era de todo punto inasequible, siendo el trozo que pudimos separar del tamaño de un huevo de paloma. Insistimos en los lavados con líquido de Dakin y pusimos el drenaje de gasa acostumbrado. Al día siguiente éste había sido igualmente expulsado y aparecía otra porción de la citada masa que obstruía por completo la boca de la herida en cantidad mayor que el día anterior y repetimos la operación de seccionar profundamente el tejido expulsado, de lo que pudiéramos llamar su pedículo.

Interrogada la enferma, nos manifestó que el dolor á punzadas le había desaparecido, pero que sentía una sensación «como si la anduvieran dentro del vientre». Se hizo un análisis de un trozo de magma expulsado y se comprobó nuestra sospecha de que se trataba de tejido esplénico necrosado.

Durante otros dos días siguió eliminando en igual forma grandes conglomerados del citado tejido, que por fuera de la herida formaban ya un relieve como de una naranja; nosotros insistimos en la sección profunda con tijera curva y decidimos suprimir el vendaje dejando á la enferma durante todo el quinto día solamente con el algodón y la gasa y en posición decúbito supino. A las veinticuatro horas fuimos llamados con gran alarma por la enferma; los algodones, la camisa, las sábanas, todo estaba materialmente empapado de pus. Olvidaba decir que durante los cuatro días anteriores, la supuración había sido muy escasa, así es que la enferma estaba desconsolada porque juzgaba que había retrocedido en su curación. Además el apósito estaba muy abombado; le levantamos y vimos que el volu-

men de la masa eliminada era próximamente el de una cabeza de feto. Pinzamos el voluminoso conglomerado y al tirar de él para, como diariamente veníamos practicando, seccionar profundamente, vimos con sorpresa que se desprendió fácilmente y se quedó entre las ramas de las pinzas. Del fondo del trayecto brotó entonces un verdadero manantial de pus. Practicamos varios abundantísimos lavados con Carrel y los repetimos varias veces por la tarde.

No volvieron á aparecer en los días sucesivos las masas de tejido esplénico eliminado. Juzgamos entonces que el bazo había sido eliminado totalmente. En cambio la supuración siguió siendo verdaderamente extraordinaria por espacio de cinco ó seis días.

Poco á poco ésta fué cediendo hasta que al fin desapareció totalmente en otros ocho días más. A partir de aquí la herida fué cicatrizando rápidamente y el día 7 de Enero la enferma fué dada de alta completamente curada, previo un detenido reconocimiento y un concienzudo análisis de sangre.

He aquí los resultados de uno y de otro á los que el lector concederá todo el valor que encierran:

A la palpación y percusión había desaparecido el enorme tumor que antes de la operación ocupaba las dos terceras partes de la cavidad abdominal. Esto nos ratificó en nuestra creencia de que el bazo había sido totalmente eliminado.

Véase el resultado del análisis de sangre y cotejese con el del que se le practicó antes de ser operada:

Eritrocitos.....	4.500.000
Leucocitos.....	5.000
—	
Polinucleares.....	63 por 100
Linfocitos.....	30 —
Mononucleares.....	3 —
Eosinófilos.....	2 —
Transición.....	2 —

No creo que necesite comentario.

Respecto á ulteriores resultados, y como datos subjetivos de la enferma, diré: que en los primeros días de Marzo nos ha visitado la enferma en la Clínica, habiendo aumentado en estos dos meses, 5 kilogramos de peso.

Nos manifestó con frase gráfica, para darnos cuenta de lo sorprendente de su mejoría, que parecía que «había pasado diez años de vejez y que de pronto había vuelto á la juventud».

En efecto; andaba con paso firme, erguida y sin cansancio de ningún género; su rostro, antes expresión de tristeza y agotamiento, lo era ahora de bienestar y euforia, hablaba, se movía y reía con las demás enfermas de la Clínica; parecía otra persona completamente distinta que la que meses antes había ingresado, y hasta nos hizo pensar que, en efecto, la juventud que á los veintinueve años había perdido, ahora la había recobrado...

Nos manifestó que el apetito la había aumentado de una forma insospechada, que comía de todo y todo la sentaba bien, no habiendo vuelto á tener el más li-

gero trastorno gastro intestinal. Además se le había regularizado la menstruación de tanto tiempo atrás trastornada.

Estos son los hechos de los que he sido nada más que fiel narrador y que puede comprobar quien lo desee, porque la ex-enferma ha fijado su residencia en Madrid y está á disposición de quien quiera reconocerla.

Ni autoridad ni conocimientos suficientes tengo para hacer comentario alguno del presente caso.

Sólo me permitiré decir que, en vista de los magníficos resultados obtenidos, practicando la ligadura de la esplénica, debe ir desapareciendo ese terror injustificado á practicarla.

No quiere esto decir que pretendamos establecer como tratamiento quirúrgico de las esplenomegalias, la ligadura sistemática de la arteria nutricia del bazo, porque en condiciones favorables, la esplenectomía es insustituible como medio más rápidamente radical; pero en casos como el que nos ocupa, cuando la enfermedad está tan avanzada que la caquexia ha agotado casi todas las energías vitales, cuando el estado general de la enferma es desesperado, cuando las adherencias son tan complejas y tan firmes, cuando, en una palabra, la extirpación del bazo es moralmente imposible, practíquese sin miedo una ligadura de la esplénica y se habrá salvado la vida del enfermo, que de otro modo se la deja indefensa á las consecuencias siempre fatales del shock y la hemorragia.

Abril, 1920

VEINTE MIL CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

POR EL

DR. VERDES MONTENEGRO

Este luminosísimo trabajo de recopilación nos muestra con la muda elocuencia de los números la enorme labor realizada por el más autorizado maestro de la especialidad en España.

De 40.000 casos por él vistos, entresaca sólo 20.000 para el trabajo estadístico, por ser éstos los que ha tenido oportunidad de seguir durante el tiempo preciso para el completo estudio del curso; es este un dato que muestra bien á las claras lo concienzudamente que se ha hecho este estudio.

No hemos de hacer en esta nota bibliográfica una enumeración de cifras que fatigarían la memoria, sino una muy somera exposición de datos, de inmediata utilidad práctica.

La edad en que con más frecuencia se presenta la tuberculosis pulmonar parece ser la de los veinte á treinta años; teniendo desde luego preferencia por el hombre, que con más frecuencia que la mujer, es afectado de localización laringea.

La precocidad en el trabajo, horas del mismo y escasez del salario, son factores que predisponen mucho.

Contra la tan extendida idea de la herencia ó valor

de los antecedentes familiares, son muy demostrativas las cifras que da el autor; en el 26 por 100 había antecedentes, faltando en el 74 por 100.

Aunque paradójico, es evidente el hecho de la escasa frecuencia del contagio conyugal, á pesar de la falta de higiene que se observa en los hogares.

En el 61 por 100 se encuentran en la anamnesis enfermedades precursoras, siendo frecuentes las localizaciones extrapulmonares, que pasado más ó menos tiempo se localizan en pulmón; siendo en este sentido las localizaciones ganglionares y pleuríticas, muy frecuentes pródromos de los focos pulmonares.

El peso baja en el 87 por 100, permaneciendo el peso normal ó aumentando en el 13 por 100; en la marcha espontánea de la enfermedad suele aumentar el peso al aparecer los bacilos en esputos.

Es injustificada la opinión de que una forma determinada del pecho favorece ó acompaña el desarrollo de la tuberculosis; esta configuración, cuando existe, se debe á distrofias por infección desde la infancia.

Próximamente el mismo número de casos evolucionan con y sin hemoptisis; constituye muchas veces un síntoma precoz, tras el que las lesiones se estacionan durante más ó menos tiempo. Con gran sentido de la realidad sostiene el autor, que las hemoptisis supletorias ó vicariantes son un ridícula farsa, debiéndose dar la significación de hemoptisis tuberculosas, mientras no se demuestre lo contrario.

Excluida la estrechez mitral y contadas ocasiones el quiste hidatídico pulmonar, puede tenerse la seguridad de que toda hemoptisis en la juventud es de naturaleza tuberculosa. A pesar de las perturbaciones vasomotoras propias del molimen menstrual, la frecuencia de las hemoptisis, es mayor en el hombre que en la mujer.

Es evidente la más frecuente localización en el pulmón derecho y la bilateralidad, siendo evidentemente más graves las localizaciones izquierdas.

Esta breve reseña del trabajo que nos ocupa, muestra bien á las claras el interés de las cuestiones que en el mismo se plantean y resuelven con admirable claridad é imparcialidad de criterio.

Cuantos deseen conocer bien las particularidades interesantes de la tuberculosis pulmonar, deberán acudir á este concienzudo trabajo, en el que hallarán cuantos datos deseen; todos ellos de incalculable valor práctico en clínica.

Y terminamos felicitando cordialísimamente al notabilísimo fisiólogo, maestro de todos.

DR. R. SÁENZ DE SANTA MARÍA Y MARRÓN.

Logroño, 21, 1, 1919.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS

POR

E. FERNANDEZ SANZ

La adolescente, por Margarita Evard, profesora de la Escuela secundaria de Locle (Suiza); traducción española por Domingo Barnés, secretario del Museo Pedagógico Nacional.

—Un tomo en 8.º de 262 páginas, con 4 láminas, Madrid, Francisco Beltrán, editor, 1920.

Entre los numerosos estudios que médicos y maestros han recientemente publicado acerca de la evolución psico-fisiológica del niño y del adolescente merece ocupar preferente lugar esta obra de Margarita Evard, no sólo por referirse al sexo femenino, en el que la transformación púberal es mucho más honda y más brusca que en el varón, sino también por haber sido este asunto pocas veces tratado con especial y exclusiva atención á la mujer, y sobre todo, por la manera magistral como tan importante tema ha sido desenvuelto por la autora, utilizando no sólo los datos elementales de observación sencilla y directa, recogidos con excepcional perspicacia, sino también los resultados de la experimentación llevada á cabo según los más modernos métodos de investigación psicológica.

A modo de investigación estúdiase el desarrollo fisiológico de la adolescente, examinando en detalle los caracteres sexuales secundarios.

La primera parte, titulada *Psicología general*, comienza con un capítulo dedicado á la medida de la inteligencia por la asociación de ideas, al que siguen otros, en los que se trata de la misma medida por la evocación libre, descripciones y vocabulario, de la medida de la atención, memoria, voluntad (por el grado de sugestibilidad), de la personalidad, de la afectividad, y por fin, en el capítulo último de esta primera parte, trátase la síntesis del desarrollo de la adolescente.

La segunda parte ocúpase de la psicología individual y comprende tres capítulos, el primero destinado á presentar algunos retratos psicológicos, el segundo á la orientación para la vida, y el tercero á observaciones pedagógicas.

Nos es imposible entrar en el examen detallado de las abundantes cuestiones tratadas, pero la sola enumeración precedente demuestra que el libro de la profesora Evard es digno de estudio, no sólo por las interesantes observaciones que contiene, sino también por constituir un valioso repertorio de técnica de investigación psicológica.

Una escuela nueva en Bélgica, por A. Fariá de Vasconcellos, director de las Escuelas Nuevas de Bierges-les-Wauvre (Bélgica); prefacio de Adolfo Ferrière, profesor en el Instituto J. J. Rousseau; traducción de Domingo Barnés, profesor de Paidología en la Escuela Superior del Magisterio. — Un tomo en 8.º de 276 páginas, Madrid, Francisco Beltrán, editor, 1920.

Forma parte este libro de la colección de actualidades pedagógicas que publica el culto editor Sr. Beltrán. Juzgamos interesante poner en conocimiento de los lectores médicos la versión española de este libro en el que se abordan con un elevado criterio radicalmente reformista los modernos problemas pedagógicos, porque muchos de los asuntos en él expuestos tienen estrechas conexiones con la Medicina, según podrá observarse en la relación de los temas tratados que á con-

tinuación expresaré; creo que bastará con esta somera indicación para comprender la conveniencia de que los médicos sigan el movimiento pedagógico actual, sobre todo aquellos que se ocupan de la infancia escolar, inspectores de escuelas, facultativos, visitantes de colegios, de asilos, etc.

La importancia extraordinaria de la colaboración de médicos y pedagogos se ha demostrado ya plenamente por los brillantes resultados que de ella se van obteniendo y que inspiran el deseo de que cada vez sea más íntima y más frecuente; para ello es preciso que los médicos adquieran un conocimiento exacto de las tendencias hoy dominantes en la ciencia y en la práctica de la educación, y á la adquisición de dicho conocimiento puede contribuir poderosamente la lectura de esta importante obra de Faria de Vasconcellos, en la que describe de modo muy gráfico y completo los modernos sistemas educativos que se emplean en las llamadas *Escuelas Nuevas*, así denominadas porque en ella se intenta aplicar con la mayor intensidad posible todos el conjunto de medios físicos, éticos, artísticos, científicos, etc., que la Pedagogía contemporánea conceptúa como los más aptos para cultivar la mente del niño.

En el capítulo primero se estudia el medio en que se crea la Escuela y los procedimientos de educación física que en ella se practican; en el capítulo segundo se describe la organización de la educación intelectual; en el tercero se examinan algunos métodos especiales de enseñanza de determinadas materias, como las ciencias naturales, la Física y la Química, las Matemáticas, la lengua materna y las extranjeras, la Geografía y la Historia; por último, el capítulo cuarto está dedicado á la educación moral, social y artística.

Además de las razones expuestas al principio de esta nota bibliográfica, interesa la lectura de este libro á los médicos, sobre todo á los que ejercen función docente oficial ó libre en Facultades, Hospitales, etc., porque muchos de los preceptos en él contenidos tienen útil aplicación á la enseñanza de la Medicina.

Madrid, 7 Mayo 1920.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acción favorable de la opoterapia hipofisaria en un caso de obesidad y de diabetes insípida, por Flandin, Huber y Debray.**—El interés clínico de este caso se halla en la asociación de una obesidad considerable y de una hipertricotosis moderada con una gran diabetes insípida, sin síntomas oculares ni radiológicos de lesión de la hipófisis. Su interés terapéutico está en confirmar la acción, tan marcada como pasajera, de las inyecciones de extracto hipofisario sobre la polidipsia y la poliuria. Este extracto, á dosis de un centímetro cúbico hizo disminuir en cinco ó seis litros la diuresis; pero á las veinticuatro horas los trastornos reaparecieron con su intensidad anterior.

Estos hechos son actualmente de difícil interpretación. Se puede pensar si se trataba de una lesión de la hipófisis, bastante mínima para escapar á nuestros medios de investi-

gación, ó si el extracto ejerce influencia directa sobre la secreción renal; Camus y Roussy han demostrado, en efecto, que la diabetes insípida es realizable experimentalmente en ausencia de toda lesión hipofisaria. Sin embargo, los autores se inclinan por la primera hipótesis. (*La Presse Medicale*, 21 de Abril de 1920).—L. P.

2. De la vacuna antitífica, por B. Mollers y G. Wolff.

—Conclusiones: Una verdadera inmunidad, como la que queda tras una fiebre tífica, no puede obtenerse en el conejillo de Indias por la inyección de gérmenes tíficos muertos. Esto ha sido confirmado también por las investigaciones de Dörr, y está en armonía con los resultados poco satisfactorios que esta clase de vacuna antitífica ha producido en el hombre. Para que se produzca inmunidad activa y duradera contra el tifus es condición indispensable la existencia de un proceso infeccioso específico. Análogamente á lo que ocurre en otras enfermedades (tifus de las ovejas, mal rojo del cerdo, carbunco), la vacuna llamada á tener mayor porvenir es la preparada combinando gérmenes vivos con suero inmune ó con gérmenes tíficos debilitados de otro modo (análogamente á lo que se hace en la rabia y en la viruela). (*Deutsche med. Woch.*, 29 de Abril de 1920).—L. P.

3. **Puntos importantes en el uso del estrofantó.**—Cornwall, en *Medical Record* (15 Septiembre 1917), se manifiesta entusiasta del uso del estrofantó y dice que en los casos de enfermedad valvular crónica con falta de compensación grande que exige un estímulo cardíaco directo, da tintura de estrofantó en la dosis de II á III gotas cada cuatro horas ó estrofantina medio diez miligramo por la vía hipodérmica, cada cuatro horas. En la falta extrema de compensación en la estenosis mitral con fibración auricular, da la estrofantina hipodérmicamente cada cuatro horas una décima de miligramo y hasta dos décimas de miligramo y sulfato de morfina unido á ella en dosis conveniente para aliviar la disnea y la intranquilidad. Esta combinación de la morfina y la estrofantina ha dado á Cornwall los mejores resultados. Después de asegurar la compensación, lo que es fácil, puede ser conveniente mantener la administración del estrofantó en dosis reducidas y á veces también de la morfina. La estrofantina suele causar también irritación local cuando se da hipodérmicamente, cree debe abandonarse esta vía.

En la degeneración crónica del miocardio, con falta de compensación, la estrofantina se emplea cuando la estricnina no es suficiente. Para los casos ambulatorios se da I ó II gotas de la tintura cada cuatro horas y en lo que están en la cama I á III gotas cada cuatro horas. En los casos graves, la estrofantina sola ó con morfina. La superioridad del estrofantó sobre la digital no aparece en ningún caso tan evidente como en la degeneración avanzada crónica del miocardio.

El autor desea insistir sobre este punto en el uso del estrofantó, que debe emplearse en la dosis conveniente, que, menos en los casos urgentes ó después de establecida la tolerancia, es mucho menor que la dosis generalmente dada, porque sólo cuando se usa en la dosis debida produce sus mejores resultados. Se puede sospechar que al hacerlo en dosis demasiado grandes, sobre todo si es de un modo continuado, puede atacar al corazón probablemente más que la digital.—P. M.

4. **Efectos del «staphar» en las infecciones estafilocócicas, por G. Krebs.**—Los casos tratados han sido 2 de tricoftia profunda; 7 de bubón venéreo; 3 de forunculois generalizada; 9 de grandes forúnculos (únicos); 2 de carbunco; 2 acné vulgar; 1 de absceso axilar.

Las inyecciones se practicaban en la región interescapular; aunque algunas veces experimentaban los pacientes

sensación de quemadura, la reacción local ha sido siempre poco intensa. La dosis inicial ha variado de 0,5 hasta un gramo; en la mayoría de los casos las inyecciones se repetían cada dos días.

Después de exponer en particular los casos, llega el autor á estas conclusiones: el «staphar» es una vacuna antistafilocócica de gran valor; su efecto terapéutico en las infecciones estafilocócicas es muy notable; es preferible á otras vacunas análogas por la seguridad y rapidez con que obra sobre el proceso infeccioso; sus resultados son particularmente favorables en los bubones venéreos; es inofensivo.

Los casos de acné fueron refractarios al tratamiento; tratados antes por el opsonogeno, quizás se había producido la habituación de los bacilos á la vacuna. (*Deutsche Medizinische Woch.*, 29 de Abril de 1920). —L. P.

DERMATOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Un caso de pitiriasis rubra pilar de Devergie (liquen ruber acuminatus).—El Dr. Jesús González Urueña expone el siguiente interesante caso:

El niño E. G., de once años de edad, originario de Saltillo, ocupa la cama núm. 3 del pabellón 10 del Hospital General.

Como antecedentes personales, refiere haber tenido viruela á los cuatro años y paludismo en 1913, estando en Tampico, donde vivió dos años. Esta infección que revistió la forma de terciana, le duró un año.

Casi no conoce sus antecedentes de familia; la madre vive, al parecer sana, y tiene un solo hermano que quizá lo está igualmente.

El padecimiento actual le principió hace seis meses, cuando estaba aislado en el Hospicio de niños de esta ciudad. Primero le apareció la erupción en la cara, después en las manos, extendiéndose en seguida á las otras regiones.

Estado actual.—Dermatosis diseminada, constituida por conos epidérmicos peripilares, abundante sobre todo en el cuello, en los hombros, en los codos, antebrazos, dorsos de las falanges, parte inferior del abdomen, rodillas, pliegues glúteos é interglúteo y ángulos posteriores de las axilas. Estas lesiones típicas, estos conos circumpilares, como de un milímetro, blanco-grisáceos, escamosos, secos, duros, rasposos, dan á la piel un aspecto característico.

En la cara, en las regiones ciliares é interciliares, hay placas escamosas, pitiriasicas, blanquecinas, como de yeso, que ocupan también el derredor de los labios y pabellones auriculares. En la parte posterior de la cabeza, existen igualmente placas escamosas, amiantáceas, más acentuadas que las de la cara, irregulares, de las dimensiones de un peso y sin lesiones foliculares. En la parte anterosuperior de los muslos hay grandes placas discrómicas, escamosas y con salientes epidérmicos peripapilares. En los ángulos posteriores de las axilas, se observan las mismas placas escamosas.

Las palmas de las manos están rojas, escamosas, lisas y secas. Las plantas de los pies tienen lesiones semejantes; más acentuadas y con algunas fisuras.

Las uñas de los pies se presentan alteradas, gruesas, quebradizas, escamosas, en algunas las alteraciones descritas son más pronunciadas en la mitad inferior de la uña.

Casi no existen síntomas subjetivos, salvo ligero prurito.

El estado general es normal. El niño tuvo recientemente una enteritis aguda, debida probablemente á defectuosa alimentación.

El objeto de la presente nota es dejar consignada una observación nueva de pitiriasis rubra pilar, enfermedad muy

rara en todas partes y quizás más en México. En mi ya larga práctica dermatológica, yo sólo he visto este caso. En la más extensa del señor profesor Cicero también se registra uno solo.

Actualmente, se tiende á colocar esta dermatosis en el grupo de tuberculides, por lo que crece su interés pronóstico. Se ha comprobado que ofrece complicaciones tuberculosas, algunas veces viscerales terminales.

Al principio de su evolución puede curar por los antituberculosos: aceite de hígado de bacalao, arsénico, quizás ácido fénico.

Al exterior, si las lesiones no están irritadas como en el enfermo actual, conviene el tratamiento graduado de las dermatosis crónicas por los alquitranes y los reductores.

Para terminar, conviene hacer notar la falta del elemento eritematoso; pero está señalado que en algunas ocasiones, las placas en lugar de ser rosadas ó rojas pueden ser pálidas ó amarillentas al principio del mal. (*Gaceta Médica de México*, Febrero y Marzo de 1920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Tratamiento del cáncer de la piel.—En el *Urologie and Cutaneous Review* (Octubre 1917), Ravogli dice que en algunos casos de cáncer de la piel ha usado con éxito el dióxido de carbono, mientras en otros no ha dado resultado.

La pasta de arsénico ha sido usada durante muchos años. Hebra usó con éxito la pasta de Cosme, hecha de arsénico y cinabrio y hace notar la apetencia electiva del arsénico sobre el tejido canceroso. Pero en atención al dolor y á la inflamación, se abandonó el método; sólo se usa por algunos doctores de cáncer y en ocasiones con buen éxito.

El formaldehído en la solución normal es un enérgico parasitocida, las células epiteliales se secan, pierden su keratina y caen ó penden de los tejidos en una especie de masa amarilla.

Los tejidos normales no son muy afectados por el formaldehído, y después que la masa necrótica se ha escarificado, la separación de los tejidos se completa y sólo queda una pequeña cicatriz.

El formaldehído es difusible y aun en las soluciones débiles que se usan para esterilizar produce dermatitis análogas en ocasiones á las de los rayos X.

El uso del lisol en el lupus eritematoso ó vulgar y en la tuberculosis verrugosa del cutis ha demostrado que su beneficiosa acción se debió á la coagulación del plasma en los elementos del tejido conectivo, en las células del plasma que forman el cuerpo del tejido tuberculoso y que también se encuentran alrededor de los alvéolos cancerosos. Esta actuación produce la necrosis del tejido conectivo, que aparece amarillo como una masa pulposa adherente á la superficie ulcerada, que paulatinamente es eliminada. Esto ha sugerido la idea de mezclar los remedios para tratar el cáncer empleando el formaldehído para destruir los posibles elementos parasitarios y desorganizar las células de la infiltración epitelial, y el lisol para afectar el tejido conectivo hiperplástico que rodean las células epiteliales. Durante algún tiempo se usó con éxito una mezcla de lisol y formaldehído. Después de su aplicación escapaba por la superficie de la herida una mezcla de sangre y suero. La aplicación de percloruro de hierro para detener la sangre sugirió al autor la idea de unirlos en la fórmula.

He aquí ésta:

Formaldehído.....	2 partes.
Lisol.....	2 —
Percloruro de hierro.....	1 —

Se forma una mezcla verdosa que puede aplicarse sobre

una gasa ó directamente; es preciso que no se corra á la piel sana y evitar que sus vapores lesionen superficies delicadas como los ojos, etc.

Cuando se opera sobre una superficie de un epiteloma de la piel ó de una mucosa, primero se lava con jabón verde y agua, se quitan todas las costras y secreciones, y se aplica una fórmula de cocaína al 5 por 100 ó cloruro de etilo para evitar el dolor. Con una cucharilla se raspa el cáncer hasta que quede liso y se vuelve á poner la cocaína; la superficie es secada con una esponja y se coloca una torunda empapada en la mezcla de formaldehído, lisol y percloruro. El tiempo de aplicación varía con la profundidad y extensión del cáncer; en los planos cutáneos suelen bastar cinco minutos. En los casos en que el cáncer ha profundizado, se suele dejar el algodón hasta el día siguiente. Para quitar el dolor se lava la superficie con alcohol.

Al día siguiente queda una masa necrótica ama illenta que dura ocho ó quince días y se va separando desde la periferia hacia el centro. No hay formación de pus. Algunas veces á los ocho ó diez días se repite la aplicación de lisol.

Para curar la herida subsiguiente se usa una pomada de

Ictiol..... 4 gramos.
Ungtento diaquilon de Hebra..... 4 —

Se aplica sobre una gasa y ésta en la úlcera.

Si el carcinoma ha afectado tejidos profundos, aponeurosis, etc., se puede emplear la escisión quirúrgica. —P. M.

NEUROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Nuevas investigaciones sobre la circulación del líquido cefalorraquídeo.**—Utilizando el método de inyección de sustancias colorantes en el cadáver y en el vivo, "tepleanu-Horbatsky afirma que el líquido cefalorraquídeo circula de un modo especial, siguiendo tres vías normales: a) una vía principal que desde los espacios subaracnoideos gana la circulación general pasando sucesivamente por los linfáticos de los territorios nerviosos, por los ganglios á los que éstos van á desembocar y después por los aferentes de los ganglios á la cisterna de Pecquet, al canal torácico ó á la gran vena linfática, y, por último, á la confluencia yúgulo-subclavia; b) una vía de derivación secundaria, por la que el líquido cefalorraquídeo pasa directamente á la circulación venosa del encéfalo y de allí á la circulación general, y c) otra vía de derivación secundaria, que no parece constante, representada por los espacios vasculares, el sistema linfático y la gran circulación. No se puede hablar, pues, de una circulación del líquido cefalorraquídeo como se habla de la circulación sanguínea y linfática. Los centros y los nervios periféricos, que son su prolongación, están bañados de un modo continuo en un líquido que progresa continuamente del centro á la periferia, sea cualquiera la causa de esta progresión. Ahora bien, como todavía no se han descrito linfáticos propios de los centros, se puede asimilar la circulación del líquido cefalorraquídeo á una verdadera circulación linfática del sistema nervioso y los espacios subaracnoideos no serían, por consecuencia, más que los linfáticos de los centros nerviosos. (*Presse Medicale*, núm. 26, Mayo, 1920, pág. 254.) —E. Luengo.

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Efectos inmediatos del cigarrillo en los sanos y en los casos de «Corazón de soldado».**—En el *Lancet* (18 de Agosto de 1917) Perkinson y Koefod estudian los que tragan y los que no tragan el humo.

1. El efecto inmediato de fumar un cigarrillo sobre el sistema circulatorio y sobre la falta de aliento por el ejercicio, se observó en 30 fumadores, de los cuales 20 eran casos del llamado Corazón de soldado, y 10 eran soldados sanos. Cada individuo fumó cuatro ó cinco cigarrillos en un período de cuarenta minutos.

2. Se observó un efecto demostrable en 17 de los 20 enfermos; los tres que no lo presentaron no tragaban el humo. Nueve de los diez escogidos como testigos, todos que tragaban el humo, fueron influidos de la misma manera, aunque no en igual grado.

3. El número de pulsaciones entre los enfermos, durante el período de fumar, era 9 pulsaciones más que antes de fumar.

En los sanos eran 6 pulsaciones más. Nunca se observó un retardo inicial, ni irregularidad debida al tabaco.

4. El número de respiraciones no fué influido en los enfermos y disminuyó en los sanos.

5. La presión sanguínea en el sístole aumentó en 5 á 10 mm. Hg. y la diastólica en 5; lo mismo en los sanos que en los enfermos.

6. Estos efectos aparecen dentro de los cinco minutos; con el primer cigarrillo adquieren su máximo y se mantienen todo el tiempo que dura el fumar.

7. Se hizo una prueba de ejercicio antes y después de fumar. En los enfermos el número de pulsaciones fué elevado durante toda la prueba después de fumar, y la mitad perdieron más el aliento, subjetiva y objetivamente. En dos enfermos el fumar determinó, aparte el ejercicio, dolor precordial. En los testigos el número de pulsaciones se mantuvo alto, lo mismo después que antes de fumar, y sólo en dos se notó falta de respiración.

8. Estas observaciones demuestran que en la salud fumar un solo cigarrillo aumenta el número de pulsaciones y la presión sanguínea de un modo perceptible y que estos efectos se acentúan un poco en los casos llamados de Corazón de soldado. Además, el fumar varios cigarrillos puede hacer á un hombre sano más fatigoso al ejercicio, y así ocurre en gran proporción en muchos de estos enfermos.

9. El fumar de modo excesivo no es la causa de la mayor parte de casos de Corazón de soldado, pero es un factor importante que contribuye á la falta de respiración y al dolor precordial en muchos de ellos. —P. M.

2. **De la consunción de glucosa en función de la glicemia en el sujeto normal y en el diabético, por Chabanier y Lebert.**—Se practicaron los experimentos en sujetos normales y diabéticos en ayunas desde la víspera, en los cuales, por consiguiente, los cambios pueden ser considerados como constantes, y en los que la ingestión de glucosa provoca paralelamente á la elevación de la glicemia un aumento del CO² exhalado, que puede ser considerado proporcional, dadas las condiciones del experimento, á la cantidad de glucosa consumida.

Entre el diabético y el sujeto normal existe la diferencia siguiente: para consumir la misma cantidad de glucosa un diabético deberá elevar su glicemia en más alta proporción que el sujeto sano. Esta comprobación viene en apoyo de la hipótesis de Ambard, según la cual la hiperglicemia representaría el mecanismo compensador del trastorno constitutivo de la diabetes. (*La Presse Medicale*, 21 de Abril de 1920). —L. P.

3. **La acetona en el líquido cefalorraquídeo, por J. Koopman.**—Se ha generalizado de tal modo la punción lumbar, que hoy no se comprende sin ella el tratamiento de la meningitis, y se practica cada vez con mayor frecuencia en las afecciones, traumáticas ó no, de los centros nerviosos, así

como también en la eclampsia, los estados urémicos y el coma diabético: partiendo de la idea, no siempre exacta, de que los ventrículos cerebrales están en comunicación con el espacio subaracnoideo. Costa practica la punción en los casos de presentación de nalgas con hidrocefalo. Para el análisis citológico del líquido cefalorraquídeo hay una porción de reacciones, pero su análisis químico está algo descuidado: á esclarecerle, respecto la acetona, ácido diacético y oxibutírico, han tendido las investigaciones del autor.

Sospechó que estas substancias existieran en el líquido cerebro espinal en el coma. No se produce éste en los conejos aunque se les inyecte acetona en cantidad considerable; pero, como hay gran diferencia entre el estado así producido y el que origina el envenenamiento crónico por los cuerpos derivados de la acetona, no puede excluirse la hipótesis de que tal envenenamiento cause el coma.

Investigando la acetona en el líquido cefalorraquídeo por el procedimiento de Lieben, modificado por Mauban, ha realizado el autor experimentos en seis conejos, con los siguientes resultados:

1.º Peso, 2.400 gramos. Inyección subcutánea de 10 c. c. de acetona. A los quince minutos de la inyección, muerte del animal por degüello. La punción del cuarto ventrículo suministra 1 c. c. de líquido claro; no hay acetona.

2.º Peso, 4.000 gramos. Inyección subcutánea de 15 c. c. de acetona. Degüello del animal á los treinta y cinco minutos. La punción suministra 2 c. c. de líquido claro sin acetona.

3.º Peso, 3.240 gramos. Narcotización con cloroformo. Durante la cloroformización, inyección de 10 c. c. de acetona. Treinta minutos después, cuando el animal anda ya de un lado á otro, se le mata con cloroformo. La punción da 2 c. c.; la reacción de Lieben resulta positiva á los cuatro minutos (7 miligramos de acetona por litro); la reacción de Frommer (coloración roja con aldehído salicílico y álcali) resulta negativa (lo que prueba que es menos sensible).

4.º Peso, 2.250 gramos. Inyección subcutánea de 10 c. c. de acetona. En seguida muerte con cloroformo. La punción da 1,50 c. c.; reacción Lieben positiva á los cinco minutos (5 miligramos de acetona por litro); Frommer, negativa.

5.º Peso, 3.100 gramos. Un c. c. de acetona en inyección intravenosa. Degüello del animal á los quince minutos. Punción, 2 c. c.; reacciones Lieben y Frommer, negativas.

6.º Peso, 2.180 gramos. Muerte mediante el cloroformo. Punción, 1 c. c.; Lieben y Frommer, negativas.

Como se ve, el cloroformo hace permeable el plexo coroideo para la acetona.

Según Levinson, la acetona se encontraba en el líquido cefalorraquídeo sólo en la diabetes; pero Rehm la ha encontrado en ésta y en el delirio tremens; Eskuchen, en el delirio tremens y en la epilepsia; Derrien, en la enfermedad de Addison; Mestrezat, en las quemaduras extensas de la piel; Lochelongue, en el alcoholismo agudo y en la apoplejía; el autor, en un caso seguido de defunción de apoplejía de las cápsulas suprarrenales; en la diabetes unas veces la ha encontrado y otras no. En la acidosis puede ocurrir que haya: 1.º, aumento de la presión intrarraquídea y líquido normal; 2.º, presión normal y líquido normal; 3.º, presión normal con acetona; 4.º, presión aumentada y acetona. Lo primero que tiene lugar es un aumento de permeabilidad del plexo coroideo para la acetona; es posible que ésta estimule á las células para aumentar la secreción del líquido cefalorraquídeo. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 29 de Abril de 1920).—L. P.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Notas sobre malaria para oficiales y soldados.**—En *The Lancet*, 29-IX-1917, Christy, del Real Cuerpo Médico del Ejército, nos refiere que tanto los soldados como los médicos deben conocer el modo de prevenirse de la infección malárica y con este concepto en la mente se han dado las siguientes instrucciones:

1. La malaria es una enfermedad epidémica infecciosa parasitaria llevada de una persona á otra por el mosquito.

2. El parásito microscópico que la produce, vive y se desarrolla en los corpúsculos de la sangre del hombre y en el cuerpo del mosquito.

3. No hay demostración de que puede existir en otro animal ni se sabe que exista libre en la naturaleza.

4. Cuando la sangre que contiene el parásito es succionada por el mosquito, si esa sangre era de un enfermo que había pasado un ataque de fiebre el parásito se desarrolla y multiplica en el cuerpo del insecto y después de tres á cinco días puede ser inyectado por él, bajo la piel en la sangre de otro hombre, causando, después de un intervalo de ocho á diez días, todos los síntomas conocidos como fiebre malárica.

5. *El parásito de la malaria.*—Poco después de la picadura del mosquito y de la llegada del parásito á la corriente sanguínea entra y comienza á desarrollarse en los corpúsculos.

6. Después de un intervalo de pocos días el parásito se ha multiplicado tanto en la sangre de la persona picada, que se presenta un ataque de fiebre; el espacio del intervalo depende, referentemente, del número de picaduras, del número de parásitos inyectados y de la temperatura ambiente.

7. La fiebre puede, pues, no empezar hasta que la persona se encuentra á muchos kilómetros del sitio donde ha sido infectada.

8. Después de que un ataque no tratado ha seguido su curso, la fiebre desciende y el microscopio no descubre parásitos en los corpúsculos de la sangre, pero siempre quedan en el cuerpo dos formas del parásito: a) Latente ó forma de descanso en el hígado, bazo, etc. b) Formas en media luna en la circulación general.

9. a) La forma latente ó de descanso se retira después del ataque, de la circulación general y permanece inactiva en el hígado, bazo, etc., hasta que se abandona el tratamiento ó hasta que ha disminuído la resistencia del individuo por frío, exposición al sol, agotamiento u otras causas, y entonces puede volver á la circulación y activarse dentro de los corpúsculos produciendo una recaída y vuelta del enfermo al hospital.

10. La recaída tiene todos los caracteres y síntomas de un ataque primitivo.

11. b) Los corpúsculos de media luna no se forman hasta que el ataque ha seguido su curso.

12. Permanecen en la circulación general, debajo de la piel, durante unas semanas sin producir síntomas, pero cuando son succionados hasta el estómago de algunas especies de mosquitos se activan y, después de algunos cambios, pasan del contenido del estómago á sus paredes, se multiplican de manera enorme y llegan á invadir las glándulas salivares del insecto desde las cuales son inyectados, durante el acto de la succión en la sangre del hombre como causantes de la fiebre. El mosquito tiene la propiedad de inyectar por un tubo especial en el proboscidio una secreción salivar irritante en el momento de la succión, probablemente para prevenir una coagulación prematura de la sangre.

13. Sólo los cuerpos en media luna son capaces de infectar y desarrollarse en el mosquito y no las formas activas del parásito que se ven en los corpúsculos durante el ataque.

14. Si después de algunas semanas los cuerpos en media luna no han encontrado su camino hacia el estómago del mosquito, pueden morir ó pueden retirarse de la circulación general de la sangre al hígado ó al bazo donde pueden permanecer durante largo tiempo sin producir síntomas. Pero una alteración constitucional grande, por ejemplo, como la causada por el transporte de un individuo desde una región caliente á una fría, puede ser causa, no sólo de que estos cuerpos reaparezcan en la circulación, sino de que tengan el poder de reproducirse y producir una cosecha de parásitos activos capaces de causar fiebre y lo que se llama ataques recurrentes aun pasados dos ó tres años.

15. Como en el caso de las recaídas, el ataque recurrente ofrece todas las características del ataque primitivo, uno que regrese, por ejemplo, del Sur de Africa con ataques recurrentes en un distrito libre hasta entonces de malaria, puede, años después de su regreso, convertirse en un peligro para sus amigos y hasta el núcleo de una epidemia si hay en su proximidad individuos del pobladísimo reino de los mosquitos y si no se toman precauciones como mosquitero.

16. *El mosquito.*—Sólo el mosquito hembra tiene el poder de succionar la sangre; el macho se alimenta del jugo de plantas, frutas, etc.

17. No todas las especies de mosquitos pueden llevar la malaria. La mayoría de las especies comunes son inofensivas (excepto las que transmiten la fiebre amarilla y la elefantiasis).

18. Las pocas especies que son capaces de llevar la malaria, pertenecen á la clase Anophelinee, todas las cuales son insectos frágiles, difíciles de ver, relativamente silenciosos y cuya picadura produce poca irritación.

19. Por eso no es prudente tranquilizarse con la afirmación, tan frecuentemente oída, que no hay mosquitos en un sitio ó campo dado, sin escuchar la opinión de un experto.

20. Todos los mosquitos dejan sus huevos sobre el agua y el estado de larva y de ninfa se llevan á cabo en el agua. Suben periódicamente á la superficie para respirar.

21. Cuando la ninfa está preparada para cambiar de estado en el de insecto maduro sube á la superficie el estuche de la ninfa, se rasga por la espalda, el mosquito sale y después de un momento para que sus alas nuevamente formadas se endurezcan, vuela.

22. Si se vertiera una delgada capa de petróleo sobre la superficie del agua, ni las larvas ni las ninfas pueden llevar sus tubos respiratorios á la superficie y todas mueren de asfixia; un método que nunca falla y que siempre está dispuesto para prevenir la cría de mosquitos en receptáculos que no pueden ser vaciados de agua con facilidad.

23. Donde no hay agua no puede haber mosquitos.

24. Ningún otro insecto puede transmitir la malaria. Donde hay malaria debe haber mosquitos anofeles.

25. No se deduce que porque haya mosquitos anofeles debe haber malaria. Aunque existan los insectos, si no han sido infectados no son peligrosos.

26. Una picadura es suficiente para producir un ataque, y un mosquito infectado puede dar la malaria á varias personas en una sola noche.

27. Las especies de mosquitos anofeles que llevan la malaria de ordinario no se encuentran fuera de las habitaciones humanas, y si se encuentran no suelen estar infectados. Por eso, los hombres en trabajos de exploración, en pleno campo, aunque grandemente molestados por los mosquitos corren menos riesgo de contraer la malaria que los

que están en campamentos, hospitales ó líneas de comunicación donde se reúnen muchos hombres que han sufrido la malaria y donde todo anofele es de presumir esté infectado.

28. *El mosquitero.*—El aislamiento de cada individuo bajo un mosquitero eficiente, durante la noche, es con mucho el más importante y eficaz de los medios preventivos, no sólo contra un primer ataque, sino para evitar que la infección vaya de un enfermo á un sano.

29. En atención al desarrollo de los cuerpos en media luna, después y durante la continuación del ataque de fiebre, el uso de un mosquitero eficaz es más importante para la sociedad, después que durante el ataque.

30. Una persona y hasta un niño con corpúsculos en media luna en su sangre, durmiendo sin mosquitero ó con un mosquitero defectuoso, puede ser y con frecuencia es el núcleo de una epidemia.

31. Aquí radica el peligro de dormir junto á pueblos, porque en una localidad de malaria un gran tanto por ciento de los niños tienen parásitos activos y cuerpos en media luna en su sangre y juegan sin ofrecer síntomas de fiebre.

32. Los naturales adultos, por otro lado, en las localidades de malaria no suelen ser peligrosos porque habiendo sufrido grandemente en la infancia, han adquirido una inmunidad parcial y sufren menos de la malaria.

33. Los forasteros que proceden de localidades altas donde no hay malaria y no la han padecido en la infancia, no han adquirido inmunidad y pronto se infectan, al llegar á un país de malaria ó á zonas bajas.

34. Los indios raras veces adquieren inmunidad y son muy susceptibles para la malaria. Su proximidad es un peligro para los europeos.

35. Un mosquitero para ser eficaz debe ser de un tamaño que impida que á su través se piquen las piernas y los brazos y consentir que el individuo esté rodeado por él en absoluto.

36. Un mosquitero eficaz bien usado es en Africa una gran protección contra los ataques de muchos insectos peligrosos y otros animales á más de los mosquitos, por ejemplo, moscas que depositan sus huevos en la piel ó en las narices durante la noche, algunos gusanos que causan lesiones irreparables y hasta la muerte, escorpiones, algunas especies de centípedos peligrosos, hormigas venenosas, escarabajos de muchas clases que lesionan al picar, inyectando venenos ó metiéndose por los oídos, garrapatas cuya picadura produce fiebre, culebras, lagartos, ratas, evita el polvo y la suciedad.

37. El más ligero y delgado mosquitero, que puede servir en todas las circunstancias, en el hospital, en campaña, es uno de algodón, cinco pies, seis pulgadas de largo, dos pies de ancho y tres pies de anchura en los costados. En cada uno de los cuatro extremos hay una doble cubierta de ocho pulgadas para fijarlo en los soportes.

38. El último modelo de ordenanza es un mosquitero rectangular de las dimensiones dadas. Para ser eficaz debe ser suspendido de sus cuatro esquinas, dentro de sus fijadores; no debe colocarse encima de éstos ni permitirse que cuelgue suelto.

39. Para fines militares el mosquitero debe ser caqui ó de un color menos evidente que el blanco, pero como no se pueden obtener caquis, debe tefirlos cada soldado con el líquido de Condý ú otro colorante.

40. Hay otros métodos de defensa individual distintos del mosquitero. El mejor de todos es el uso del aceite de bambú, una loción contra los mosquitos usada en las plantaciones de Ceilán, de la siguiente composición:

Aceite de cidra.....	1 ½ partes.
Petróleo.....	1 —
Aceite de coco.....	2 —

al cual se agrega ácido fénico 1 por 100. Su eficacia dura cuatro á seis horas, las suficientes para garantizar una noche tranquila cuando no pueda usarse mosquitero.

41. *Quinina*.— La quinina es la única medicina del mundo que mata el parásito de la malaria, y por lo tanto, es la única que puede emplearse como profiláctico contra la malaria, es decir, para prevenir los ataques primarios, y es la única medicina que cura la enfermedad.

42. La quinina absorbida por la sangre mata el parásito recién inyectado por el mosquito, pero después de tres ó cuatro horas que éste ha hecho entrar los corpúsculos, la quinina tiene menos acción sobre ellos.

43. La quinina debe, por lo tanto, tomarse pronto después de corrido el riesgo de una infección, pero como muy difícilmente se puede precisar el momento de la infección, lo mejor es tomarla con frecuencia.

44. Una dosis diaria de 25 centigramos después de la cena, es por muchas razones la mejor práctica.

45. Una dosis de 25 centigramos tomada á las diez de la noche matará todos los parásitos inyectados por los mosquitos durante la noche y permanecerá en la sangre todo el tiempo necesario para impedir la acción de cualquier parásito introducido hasta las seis de la mañana siguiente. Las horas del día no necesitan ser protegidas.

46. Si sólo se toma la quinina los sábados y domingos, una persona puede ser picada por el mosquito el lunes y los parásitos inyectados se multiplicarán tanto, que antes de que vuelva el sábado es inevitable un ataque de fiebre.

47. La quinina solo no reduce el riesgo de la infección más que en un 25 ó 30 por 100, pero la quinina y el uso racional del mosquitero reduce los riesgos en un 90 por 100.

48. La quinina es el único específico contra la malaria. Corta el acceso matando los parásitos jóvenes en cuanto las generaciones sucesivas se desarrollan en la sangre.

49. Tomada en cantidad suficiente durante el ataque evita la formación de cuerpos en media luna, que una vez desarrollados hacen del convaleciente un peligro para sus compañeros, y á pesar de la quinina pueden permanecer en la sangre durante largos períodos.

50. Un ataque ligero es, desde este punto de vista de la infección, tan peligroso como uno grave, y una persona que rehusa considerarse como enfermo por una ligera fiebre y descuida tomar quinina, debe ser castigada.

51. Tomada diariamente después del ataque en dosis suficiente dará cuenta de todos los cuerpos resistentes y formas latentes del parásito en el bazo, etc., evita las recaídas y cura de un modo permanente, pero la protección del mosquitero debe ser eficaz y evitarse nuevas picaduras de mosquitos infectados.

52. Un buen método de tratamiento ulterior con la quinina es pasada la fiebre:

Por lo menos un gramo diario de quinina durante dos semanas.

Sesenta y cinco centigramos *id. id.*

Veinticinco centigramos *id. id.* durante dos meses.

53. Con la quinina puede combinarse el arsénico si es necesario y el hierro dispuestos por el médico como tónicos.

54. En cuanto á las opiniones sobre el tratamiento ulterior por la quinina, suelen diferir sobre cuándo y cómo debe tomarse la medicina, pero lo esencial es que debe tomarse diariamente durante tres meses y en cantidad suficiente durante el primero de los tres meses. Si hay una recaída, el período de los tres meses debe empezar entonces.

55. Descuidar la quinina después del ataque determinará

con seguridad una recaída que puede significar el desarrollo de formas en media luna y resistentes y una disminución de la resistencia del cuerpo, favoreciendo otras recaídas y una debilitación general.

56. La sordera y otros ligeros inconvenientes de la quinina no son permanentes. A pesar de lo desagradables que sean estos efectos, son infinitamente preferibles al riesgo de incapacidad permanente ó de pérdida de la vida.

57. Aunque el tomar quinina en algunas ocasiones ha sido seguido de micciones negras con fiebre, la quinina no es la causa de la fiebre.

Aunque no sabemos con precisión cuál es la causa de esta enfermedad, hay la evidencia de que la malaria es el factor inicial. Previendo la malaria por el uso constante y cuidadoso del mosquitero y llegando hasta la cura permanente por un enérgico tratamiento ulterior con la quinina, se evita el riesgo de la fiebre de agua negra.—*P. M.*

2. **Tratamiento de las meningitis otógenas sépticas por el líquido cefalorraquídeo modificado.**—La inyección raquídea del mismo líquido cerebroespinal de los individuos afectados de esta enfermedad, previamente calentado al baño maría (56 á 68° C.), durante media ó tres cuartos de hora, ha sido seguida de curación en dos casos en los que ha sido ensayada por Mouret y David; en ambos casos el examen del líquido cefalorraquídeo turbio y algo viscoso, reveló la presencia de estreptococos; en un caso se trataba de una mastoiditis consecutiva al sarampión en un niño de seis años; en el otro, de una otitis media supurada izquierda muy antigua; en los dos se declaró la meningitis, y en los dos, á las pocas horas después de la primera inyección se pudo apreciar un descenso de la temperatura y desaparición progresiva después, de todos los síntomas meningíticos (vómitos, cefalea, fotofobia, etc.). Solamente la rigidez de la nuca desapareció más lentamente. Se trata, por tanto, de un sencillo método de «autovacunoterapia» al alcance de todos, completamente inofensivo, digno de ensayarse en los casos de meningitis otógenas, ó no, pero, desde luego, al iniciarse los síntomas. Como antes decimos, la técnica se reduce á extraer 10 á 20 c. c. de líquido cefalorraquídeo; calentarlo al baño maría á la temperatura indicada é inyectarle después nuevamente en la cavidad raquídea á la temperatura de 37° á 40°. Al mismo tiempo que se practica la inyección, se extrae el líquido necesario para la inyección ulterior. (*Montpellier Medical*, núm. 3, Febrero 1920.)—*E. Luengo.*

3. **La acidosis en el curso de las afecciones agudas del abdomen, por M. Labbé.**—El estudio de la acidosis adquiere importancia creciente en las afecciones médicas y quirúrgicas. Su interés clínico requiere que se la investigue sistemáticamente. La diaceturia y la acetonuria son los índices fundamentales. Es rara en las infecciones generales; pero es frecuente en el curso de las inflamaciones agudas de las vísceras abdominales, particularmente en la apendicitis y colecistitis. En estas afecciones la acidosis está en relación con la intensidad de la inflamación, desaparece durante el enfriamiento del foco, y reaparece en los nuevos brotes.

La acidosis de las infecciones no es debida al ayuno impuesto al paciente, ni á la intervención operatoria ni al cloroformo; débese á la repercusión de la infección sobre el hígado, como lo prueba su coexistencia con la urobilinuria, aminoaciduria y amoniuria, índices de la alteración hepática. Esta patogenia, que es idéntica á la que Labbé ha puesto en evidencia en las acidosis graves no diabéticas, hace comprender por qué la acidosis es particularmente frecuente en el curso de las inflamaciones de los órganos situados en el territorio de la vena porta. (*La Presse Medicale*, 10 de Abril de 1920.)—*L. P.*

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Jubilaciones y Jubileos.

Coincidencia de fechas, fatales imposiciones del tiempo, descuidos de mal entendidos deberes y disposiciones *ab irato* de gobernantes improvisados y nerviosos han determinado, por una parte, la separación del profesorado público de eximios, experimentados y grandes maestros, y por otra, las fiestas expresivas de agradecimiento que á estos hombres dedican sus amigos y admiradores.

Rodríguez Méndez, Gimeno, Morales y otros son separados de sus cátedras por el estupendo motivo de haber cumplido setenta años de edad y haberlas desempeñado con gloria y general aplauso durante media centuria.

Esto se presta á tristes consideraciones y nos permitimos creer que el nuevo ministro de Instrucción pública, cuyas condiciones intelectuales y morales conocemos, no dejará de buscar y poner remedio á tan incongruente é injusta situación.

La enseñanza, es verdad que nadie niega, necesita ante todo un profesorado activo, trabajador y perseverante; la edad, y con ella á veces los achaques, entibian y aun desvanecen estas necesarias condiciones de los catedráticos; pero, en cambio, en muchas otras ocasiones, los achaques no sobrevenidos no quitan á la edad lo que principalmente ella significa; es decir, la experiencia.

En nada la experiencia es tan estimable como en la Pedagogía, que crece y se afianza, hora por hora, en el conocimiento de la psicología, de las condiciones intelectuales, de las aptitudes y de los gustos de los alumnos. Nada de esto puede improvisarse; constituye una cristalización por sedimento y reposo, que nada acelera, siquiera la favorezcan las dotes especiales del catedrático.

Bien estaba dispuesto que al cumplir la edad de setenta años fuera sometido cada maestro á un informe de sus compañeros, para juzgar de la conservación de sus condiciones físicas é intelectuales para el ejercicio del profesorado; los señores catedráticos no comprendieron toda la delicadeza de la función que se les confiaba, y, ¿á qué negarlo?, con un mal entendido compañerismo, ó quizá con una equivocada previsión para lo futuro, dieron muestras de benevolencias que redundaban en daño de la

función docente. Un ministro *resuelto* tajó este nudo con la espada inapelable de la fecha, y su resolución, como todo lo automático y arbitrario, produjo daños lamentables, sin que sepamos que determinara grandes beneficios.

Buena ocasión se le ofrece al Sr. Espada para rectificar (hasta por imposición de su apellido) lo que otra espada produjo con poco discernimiento.

Hágase decorosa la situación futura de los catedráticos jubilados por lo único que lógicamente pueden serlo, esto es, por incapacidad física, y entonces nadie, por mal entendida misericordia, procurará con daño de la enseñanza, su continuación en el desempeño de funciones difíciles y necesarias para la vida social. Pero ¡por Dios! que no sean los setenta años argumento para separar del profesorado á hombres que diariamente demuestran sus incomparables aptitudes para el ejercicio profesional y para el desempeño de los más altos cargos de la Administración pública.

DECIO CARLAN

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

POR EL

DOCTOR ALBIÑANA

Del segundo inquilino de Versalles, el gran Luis XIV, podrían escribirse muchos volúmenes, cualquiera que sea el punto de vista que relacionemos con este monarca; sus setenta y dos años de reinado, copiosos en acontecimientos históricos y anecdóticos, prestan abundantes asuntos al escritor; pero solamente nos interesa el aspecto médico, y de él tomaremos, para no hacer interminable este trabajo, la enfermedad que inspiró el célebre cuadro de Largillière, titulado *La convalecencia de Luis XIV*.

Estaba el Rey-Sol afectado de una dolencia que tenía muy poco de *regia* ni de *luminosa*; se trataba simplemente de una prosaica fistula anal, de la que fué operado dos veces en el transcurso de tres semanas; el mal humor del soberano era evidente, y algunos historiadores atribuyen las alternativas de su carácter sensible en su política á esta lesión plebeya. ¡Una afección anal influyendo en la Historia!

El ejercicio de la medicina en la época del rey gran-

(1) Véase el número 8.468.

de pasó por algunos abusos que pusieron en grave aprieto á la Facultad de París; la fama de esta escuela era á la sazón universal; de todas partes acudían numerosos *filiatras* y doctores, que so pretexto de seguir sus estudios, quedábanse en París haciendo la competencia á los de la propia Facultad; entre los auténticos,



René Moreau, médico de Luis XIII.

deslizábanse intrusos que no habían estudiado en parte alguna y se dedicaban á la venta de remedios fantásticos: píldoras de Armenia, ungüento de Nápoles, arroyo de la Siria...

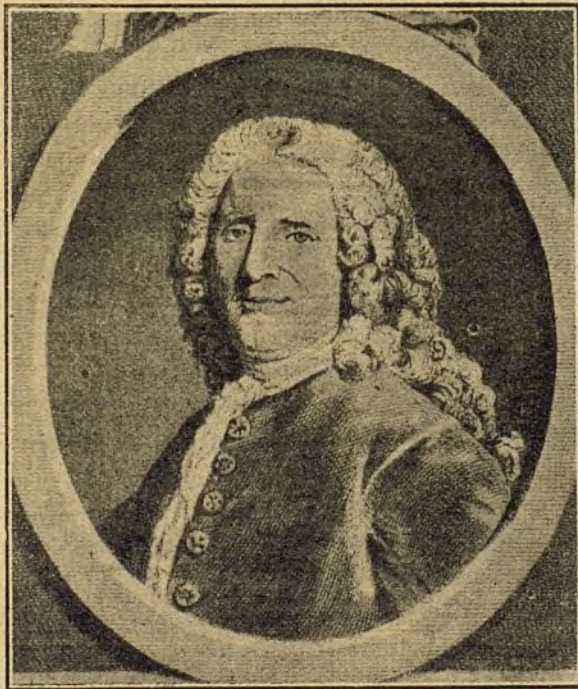
Fué por entonces cuando apareció el célebre Theophraste Renandot, doctor de Montpellier, fundando el primer periódico francés, titulado la *Gazette de France*; este médico-periodista captose la amistad y protección del Cardenal Richelieu; estableció su consulta gratuita en la *Cité*, instalando en ella una farmacia y una especie de Monte de Piedad para los obreros; en su periódico anunciaba sus drogas, logrando tanta fama y tantos dineros, que muchos médicos de la villa de Montpellier y de otros puntos, todos extraños á la Facultad de París, se congregaron en torno de él formando una fuerte sociedad médica. La Facultad intervino en defensa propia, consiguiendo la disolución de esta sociedad y la condena de Renandot; pero éste, osado é indomable, puso en juego sus altas influencias, haciéndose recomendar al rey y constituyendo la *Chambre royale de medecine*, que en 11 de Abril de 1673 obtuvo de Luis XIV autorización para aprobar las tesis y librar los títulos facultativos; este organismo, oficialmente entronizado, constituyó un poderoso competidor de la Facultad durante más de veinte años, hasta que en 1694 fué suprimido por el mismo rey.

La Historia censuraría siempre el sentido domina-

dor y despótico de la Facultad de París; ella, con sus inconsecuencias, ha sido la única culpable de las luchas que tanto daño la hicieron; consideraba como extranjeros á todos los que no habían estudiado en ella, aunque procedieran de otra Facultad francesa; no autorizaba el ejercicio profesional, si no se sometía el aspirante á las reglas que le imponía; y ¡caso insólito! la misma Facultad que un siglo antes se negaba obstinadamente á admitir en su seno á los cirujanos, exigía ahora que todos los facultativos pertenecieran á ella. Este argumento incontestable fué esgrimido por todos sus adversarios. A pesar de estas restricciones, un doctor de Reims, Hecquet, rehusó revalidarse en París, y llegó á ser médico del rey.

En relación con la fistula anal de Luis XIV, hemos dejado de consignar un detalle curiosísimo, que revela hasta qué extremo llegaba la adulación cortesana; la operación fué practicada por el hábil cirujano Félix Tassé; y como quiera que dicha intervención muy rara hasta entonces, se puso de moda por haberse aplicado nada menos que al Rey-Sol, los altos dignatarios de la Corte comenzaron á quejarse de la misma dolencia; toda persona principal que sufría el más ligero *rezumeo* ó el más leve hemorroide, acudía con sus posaderas al reputado cirujano real, que se hartó de ver glúteos de damas y damiselas, magistrados, caudillos y ministros.

Durante el reinado de Luis XIV tuvo lugar en



F. de Lapeyronie, primer cirujano de Luis XV y fundador de la Academia de Cirugía.

Francia un resurgimiento quirúrgico, cuyo principal impulso corresponde á Lapeyronnie. Este eminente cirujano real, alentado por su colega Maréchal, tuvo la buena idea de fundar la Academia de Cirugía, corporación que levantó las más enconadas protestas por parte de los médicos, los cuales sostenían que «el arte de



curar solamente podía ser conocido por ellos». Pero la labor severa y científica de Lapeyronnie, secundada por sus compañeros, logró imponerse en breve tiempo y demostrar que la ciencia y el arte quirúrgicos tenían personalidad propia. Contribuyó a esta seria labor, el buen acuerdo de separar definitivamente a los barberos de los cirujanos; en pocos años la Academia adquirió tal prestigio, que los más ilustres cirujanos de todos los países estimaban como honor insigne pertenecer a ella.

Otro acontecimiento digno de recordarse lo constituyó la lucha de los cirujanos contra los Hermanos de la Caridad, á quienes acusaban de ejercer ilegalmente la Cirugía; hay que remontarse al año 1724 y considerar el grado de apogeo de la supremacía religiosa para comprender el valor de esta lucha; los Hermanos respondieron al ataque diciendo que el ejercicio de la cirugía era un derecho inherente á su fundación, que no solamente estaba sancionado por la autoridad pública, sino confirmado por una tradición secular; replicábanles los cirujanos con encono, acusándoles de que buscaban los favores de los ricos con el pretexto de aliviar á los pobres; y por fin, sin fallar definitivamente el pleito, llegóse á una armónica solución, dejando á los Hermanos en libertad para aplicar los remedios de la pequeña cirugía, y considerándoles, para tales efectos, con tanta ó más ciencia que á los barberos.

El pobre Luis XV murió de viruela; el foco que dejó en la regia mansión, arrastró á la muerte á veinte de sus servidores. ¡Infeliz soberano, caído desde los más áureos esplendores cortesanos al fétido abismo de esta infección horrible!

Jenner, sin ser rey, fué con su vacuna más poderoso que este triste monarca varioloso: el imperio de la Ciencia triunfa sobre todos los reinos de la Tierra.

No así el de la farsa y la impostura, que surge poderoso para acabar rápidamente en el descrédito. Tal sucedió durante el reinado de Luis XVI, con aquella doctrina fantástica que se llamó *mesmerismo*, que, aunque de breve existencia, ha dejado hondo recuerdo en la historia de la Medicina.

El espíritu humano, siempre pueril, á pesar de los grandes descubrimientos, sufrió durante todo el siglo XVIII incomprensibles alternativas; al lado de las grandes concepciones filosóficas que prepararon la Revolución, hace su reaparición el diablitanismo medioeval; junto á la próxima secularización de la vida social, vuelve el fanatismo religioso más grotesco; mientras Boerhave y Hoffmann, y Haller y Cullen, engendraban una importante evolución científica, la espina de la corona de Cristo, en la abadía de Port-Royal, tornaba á obrar milagros en el cuerpo doliente de sus devotos; la taumaturgia triunfaba de nuevo y las más absurdas teorías encontraban fácilmente entusiastas adeptos.

Los médicos vivían desorientados ante tanta anárquica tendencia y era difícil fijar un criterio nosológico; todo era discusión y controversia; así pudo Boilly reflejar en su cuadro humorístico titulado *Consulta de médicos*, las discusiones facultativas de la época; en los rostros de los doctores que lo integran, adivínase un

gesto de mutua desconfianza. Es un estudio psicológico interesante.

La doctrina del magnetismo animal, importada á París por el propio Mesmer, en 1778, constituye una de las notas médico históricas de más relieve durante el reinado de Luis XVI. En la plaza Vendôme tenía este célebre innovador su consultorio «magnético» y por él desfilaban, entusiasmadas, las gentes de condición más diversa: marquesas y costureras, militares y canónigos, nobles y plebeyos; según un escritor de la época, la casa de Mesmer era «el templo de la divinidad que reunía todos los estados».

Grandes cantidades ganaba el hábil operador de la cubeta y la varilla mágica; pero no debía satisfacerle demasiado esta ganancia, por cuanto escribió una carta á la reina María Antonieta pidiéndole *cuatrocientos ó quinientos mil francos* de subvención para continuar en París curando á sus enfermos. El rey Luis XVI no sintió gran entusiasmo por la terapéutica mesmeriana; al contrario, con frecuencia hacía objeto de cuchufletas; hasta tal punto, que, aludiendo al fanatismo que La Fayette tenía por el autor de *De planetarum influxu*, dijo jocosamente en el momento de su partida para América: «¿Qué pensará Washington cuando se entere de que vos sois el primer practicante de Mesmer?»

Después de algunos años de apogeo, la obra mesmeriana se derrumbó con estrépito. Por disposición real, la Facultad y la Academia de París nombraron una comisión investigadora para comprobar la verdadera eficacia del sistema magnético. El dictamen fué negativo, y á partir de este momento, el ídolo fué abandonado. Luis XVI cortó la cabeza al mesmerismo, como la Revolución, poco tiempo después, segó la suya.

Al abandonar este palacio encantado y respirar de nuevo el aire fresco de los verdes prados, una honda desolación, que sobrecoge el ánimo, es el postrer comentario á nuestra visita. Aquí se han celebrado las fiestas más bellas del mundo; aquí han triunfado el amor, el arte, la vanidad, la fuerza. ¡Soberbio alcázar de los grandes reyes! ¿Por qué te yergues tan altivo, si toda tu grandeza no ha servido para evitar que tu primer dueño muriera tísico, el segundo padeciera una fístula anal, el tercero se ahogara en el pus de la viruela y el cuarto entregara su cuello á la guillotina...?

Versalles-Febrero, 1920

SOBRE NATURISMO

A la Sociedad Española de Higiene.

Con verdadero interés he leído en esta misma Revista las crónicas de las sesiones de esta Sociedad Española de Higiene, lamentando no haber podido presenciarlas, desde el momento que en ellas sonó la palabra Naturismo; y al ver que en la última ha sido opinión casi unánime, que no debe discutirse allí lo que por esa palabra entienden los que han tratado de discutirla, me creo en el deber de exponer con toda modestia, y todo respeto para todos, y muy especialmente para dicha Sociedad, las siguientes ideas.

Yo también soy de opinión que no deben llevarse al terreno de la discusión ideas que previamente no han sido estudiadas y meditadas, pues si es cierto que la mayor parte de las veces *de la discusión no sale la luz*, cuando se discute sobre cuestiones improvisadas, son más la pasión y el amor propio los que guían, y son más tinieblas lo que se produce. Por esto no hemos acudido nunca á discutir sobre cuestiones naturistas, y limitamos, por hoy, nuestra modesta labor á lanzar ideas para que se mediten y comprueben, que después ya discutiremos.

En Medicina, si se miran las cuestiones serenamente, no debe asustar ninguna rebeldía—medítese sobre los atrevimientos y osadías terapéuticos, hechos con drogas y operaciones quirúrgicas, que algún día la Historia juzgará—, menos debe asustar todo procedimiento que no sea más que modificaciones y perfeccionamientos de prácticas aceptadas desde Hipócrates, aunque olvidadas en algunas épocas, y estas son las prácticas naturistas, cuya labor terapéutica se limita á la dietética, la hidroterapia, la helio y fototerapia, aero terapia, masaje y otras manipulaciones, y psicoterapia.

Nadie que haya estudiado sin pasión estas cuestiones podrá negar el hecho de que Priestnitz el labrador, Kneip el sacerdote, Kunhe el tejedor y Rikli el manufacturero, curaron muchos miles de enfermos que las prácticas terapéuticas oficiales de los primeros talentos titulados de Europa no habían podido curar, y aunque estos hombres no tenían el título de médicos, tenían un espíritu de observación, un genio médico nato, que tiene más valor que muchos títulos, y estos hechos realizados por estos hombres es, á los que nos titulamos médicos, á los que interesa más estudiar. Así se ha creído por algunos colegas de Alemania, Austria, Suiza y Estados Unidos de América, principalmente, y por algunos de la América latina y muy pocos de España; y del estudio de la labor de aquellos hombres ha resultado que sus prácticas modificadas han dado una orientación terapéutica que se practica con provecho para muchos enfermos, en sendos sanatorios y en la clínica particular. Los nombres de Bilz, Lhaman, Kellog, y últimamente Lindlhar de Chicago, con su sanatorio escuela y sus interesantes publicaciones, son garantía de estas afirmaciones.

¿Pero queremos significar nosotros que debemos buscar siempre el progreso de la Medicina fuera del campo oficial? En modo alguno, aunque el Dr. Kellog, uno de los clínicos más respetados de Norteamérica, haya dicho en su obra «Art of massage» que «las conquistas terapéuticas más útiles las debe la Medicina, y la historia así lo demuestra, á fuentes extrañas á las autoridades médicas reconocidas», lo que nosotros queremos decir es que todo en el Universo es Medicina, y que todo lo que cura es digno de atención y estudio.

Y por el hecho de haber hombres de buena fe, aunque seamos modestos, que después de haber tratado

enfermos con purgantes y expectorantes, con revulsivos y analgésicos químicos, haber inyectado metales coloidales y extractos glandulares, haber hecho legrados uterinos, paracentesis, toracotomías, etc., no satisfechos con el resultado de estas prácticas, hemos aceptado las más sencillas naturistas, y seguimos más satisfechos de ellas, existe el deber, en nuestra modesta opinión, de no rechazar esta orientación como una herejía, creyéndola digna casi de la hoguera, sino mirarla con algún respeto y estudiarla, para convencernos de nuestro error, si así se cree de buena fe.

El Naturismo, Medicina Natural, Fisiatría ó Fisioterapia, como se le quiera llamar, no contradice en nada las bases fundamentales de la Medicina, su rebeldía se limita á orientar los problemas en sentido algo distinto á como se entienden hoy oficialmente; y á esto no se nos negará derecho, y no se debe considerar más que como un legítimo deseo de mejora y progreso científicos. Y si para conceder beligerancia á estas ideas hay que darlas forma y carácter científicos, ya llegó el momento, pues no carecen de ellos, si se las estudia con atención.

La Fisiatría en los problemas de Etiología morbosa entiende que hay que ir más allá de las que oficialmente se entienden como causas primarias y esenciales de enfermedad, porque las cree á éstas en realidad secundarias y condicionadas por otras que son efectivamente las primordiales; como son principalmente, la disminución de la vitalidad reactiva, la composición anormal de los tejidos y humores, y la retención de productos de residuo, materiales morbosos y venenos, como consecuencia, todas ellas, de una manera de vivir antifisiológica, sobre todo en lo que respecta á aquellas funciones encargadas de mantener el metabolismo dentro de sus límites normales. La Etiología de bacterias y demás agentes cósmicos, la entiende condicionada siempre por estas causas primarias, sin las que jamás se produce el efecto morbozo, y creyendo, por otra parte, inmodificables aquéllas, por evolucionar las bacterias y adaptarse á todos los terrenos aptos para su desarrollo, y ser constantes los demás agentes que como causas morbosas se tienen, cree más práctico atender el problema etiológico en estas causas primarias, enseñando á conservar íntegra la vitalidad, puros los tejidos y humores, y limpio el sistema orgánico de detritus, materias morbosas y venenos.

La Fisiatría da, por estas y otras razones, mayor importancia al elemento bioquímico alterado, que al anatomopatológico, por tener motivo para creer con algunos fisiólogos modernos, que este es siempre anterior á aquél, y si la función hace al órgano, atender con preferencia á la función bioquímica debe ser más útil.

La Fisiatría tiene como principio fundamental, lo mismo en el estudio filosófico y experimental de sus problemas, que á la hora de actuar á la cabecera del

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.
Laboratorio Gamir, VALENCIA. - J. Gayoso, MADRID

enfermo, la *unidad del ser humano*, cuyo cuerpo es un solo órgano y su vida una sola función; principio enunciado por Hipócrates, comentado por Letamendi, cuya labor casi despreciada es digna de mayor estima, como se ve ahora en que el mismo principio se comprueba en el campo experimental por la admirable obra de Pi y Suñer, principalmente, y otros fisiólogos y psicólogos actuales, que era por lo visto necesaria para que se le concediera toda la importancia que tiene.

La Fisiatría acepta en los fenómenos morbosos un tanto por ciento muy grande de función defensiva, viendo en la enfermedad *un proceso, no un ser*, y, por lo tanto, cree que estos procesos no se pueden ni deben suprimir, sino que se deben encauzar y dirigir manteniéndolos dentro de los límites menos perjudiciales, procurando, á la vez, retirar aquellas causas primarias de los males.

Y, por último, los procedimientos fisioterapéuticos, basados principalmente en la fisiología fundamental, eligiendo aquellos agentes que verdaderamente dieron modalidad y especificidad á nuestras funciones, siguiendo el principio de *volver á la naturaleza*, se reducen, cuando hay que estimular ó refrenar funciones, á la alimentación pura mineralizadora, vitaminizadora, no tóxica y estimulante armónica del aparato digestivo, variándola según las condiciones individuales del caso; al uso del agua en muy distintas formas; del aire y del sol, medios vitalizadores, con técnicas variadas; ejercicio y reposo adecuados, masajes y otras manipulaciones; la energía eléctrica racionalmente usada, la luz artificial blanca y de colores, y la colocación del enfermo en las *actitudes mentales adecuadas* á su situación y prácticas psicoterápicas oportunas y bien meditadas. Con estos medios se consiguen, al menos á nuestro parecer, mejores resultados que con las drogas y extractos cadavéricos, lo cual viene á ser casi lo mismo que dijo el Dr. Cortezo el año 1905 en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina: «Lo que yo me permito afirmar, parezca ó no la afirmación osada, es que dentro de los padecimientos que nosotros estimamos como curables, la mayor parte de lo que puede producirse por la Farmacología, puede producirse por la aplicación inteligente de los agentes y las fuerzas naturales». ¡Que ya es bastante decir en aquella fecha y en aquel sitio!

Lo que esta frase quiere decir es precisamente nuestro lema: *Los remedios naturales son los mejores*.

Si se medita un poco sobre estas ideas ligeramente apuntadas, no extrañará tampoco que para el médico fisiatrista ó naturista el problema del diagnóstico se oriente también en otro sentido, y en vez de ir en busca de la especificidad morbosa, vaya en busca de la individualidad morbosa, dando toda la importancia á la unidad hombre enfermo, que tiene delante, con sus órganos alterados y los al parecer no alterados, sus energías disponibles expresadas en su constitución, temperamento, etc., y su género de vida física, intelectual y moral; porque

precisando todo esto, cree que resolverá mejor el problema pronóstico, y hará una terapéutica más acertada, desde el momento que tendrá que modificar lo mismo las funciones más alteradas que las poco ó nada alteradas, pues muchas veces es con éstas con las que ha de modificar aquéllas. Y esto no es tampoco ninguna rareza, pues muchas veces se ha dicho y aceptado por todos, que *no hay enfermedades, sino enfermos*.

En la Sociedad Española de Higiene estas ideas quizá han querido ser expuestas por un enfermo agradecido á ellas, que en su entusiasmo ha querido decir lo que no podía decir, y por esto las ha cambiado y tergiversado, siendo por esto casi excomulgadas por algunos de los que las oían, pero es de esperar, y esta intención llevan estas líneas, que si se meditan y estudian habrá alguno que levante la excomunión, y por lo menos que se las mire con algún respeto por los que no las acepten, en gracia al menos de la intención que llevan y lo que procuramos meditarlas los que las practicamos, y pensando á la vez en que no se puede ya creer en una Medicina dogmática y embotellada.

Y después de esto que pedimos, si alguien quiere que las aquilatemos con el intercambio de razonamientos, en ningún sitio mejor que en la Sociedad de Higiene, donde se respira un ambiente de liberalidad que realza aún más su digno presidente, para discutirlos lo mismo en su parte de higiene ó profilaxis que en la terapéutica..., pero hasta entonces toda discusión la creemos contraproducente.

C. RUIZ IBARRA,

Médico fisiatrista.

Madrid, 1.º de Abril de 1920.

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 15 DE ENERO DE 1920

Tratamiento de Sculco de Catanzaro contra el tracoma.

Doctor García Mansilla.—La gran cantidad de tracomas que tenemos que tratar en nuestra clínica nos obliga á utilizar cuantos medios se aconsejan para combatir dicha enfermedad.

Habiendo leído los trabajos de Sculco, en los que expone los brillantes resultados que ha obtenido en el tratamiento del tracoma y desean lo utilizar el remedio en bien de nuestros enfermos, nos dirigimos á dicho compañero, quien amablemente nos remitió cuatro cajitas con diez tubitos cada una, que nos han servido para tratar cuatro enfermos.

Estos pacientes hemos procurado que tuvieran lesiones idénticas en ambos ojos, con el fin de tratar uno por el nuevo remedio y el otro quedase de testigo. También hemos procurado que los casos elegidos fueran de las formas clínicas en que el autor manifiesta que su remedio obra con mayor eficacia.

Según el autor, su remedio es un fermento químico que se extrae de la *Nepeta citriodora* de acción parasitropa muy

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).

eficaz sobre el agente infeccioso del tracoma. Dicho fermento está unido á resinas y glucósidos del *Thimus serpyllium* y de la *Salvia officinalis* y mezclado con un polvo vegetal indifferente; está colocado en pequeños tubos parafinados, cada uno de los cuales sirve para una cura oclusiva. Según Sculco, la acción del medicamento se circunscribe exclusivamente al tracoma, no teniendo acción alguna sobre la mucosa sana ni sobre la conjuntivitis catarral, folicular, primaveral, etc.

Supone el autor que su medicamento responde á las leyes de la quimioterapia, puesto que obra sobre el agente infeccioso, destruyéndole sin producir alteración alguna anatómica en los tejidos. Además manifiesta que su remedio antitracomatoso obra poderosa y rápidamente en la forma de la más grande evolución del tracoma, es decir, en el período hiperplásico linfoide de la conjuntiva tarsiana, en las complicaciones con lesiones corneanas, en el pannus tenues ó carnosos y en las ulceraciones é infiltraciones de la córnea.

Véanse los casos en que nosotros hemos usado el remedio de Sculco.

Observación 1.ª.—María del Pilar Gómez, de once años, natural de Madrid. Ocupa la cama núm. 18 de la sala 28 del Hospital general.

Hace tres años que empezó á padecer tracoma, y en la actualidad presenta granulaciones exuberantes, cubiertas de pannus la mitad superior de ambas córneas, ptosis y sensación de peso en los dos párpados superiores, y además una gran fotofobia y lagrimeo.

Se empieza el tratamiento el día 9 de Septiembre de 1919, y se pone solamente en el ojo izquierdo, dejando el derecho como testigo para apreciar por comparación los resultados. Se practicó de la manera siguiente:

Día 9.—Se invierten los párpados hasta descubrir los fondos de saco, y se depositó en la conjuntiva el contenido del tubito señalado con el núm. 1, y después de hacer á los párpados volver á su posición normal, se puso un vendaje oclusivo.

Cuenta la enferma que á los dos ó tres minutos empezó á sentir un ligero escozor, que duró unos cinco minutos y desapareció lentamente sin acusar después molestias ni sensación alguna.

A las dos horas y media se quitó el vendaje y se hizo un lavado con agua muy abundante que arrastró el medicamento.

Observando el resultado de esta primera aplicación no se aprecia más que una reacción conjuntival intensa. Se instiló una gota de atropina y se puso una pantalla flotante.

Día 10.—Las granulaciones y el pannus están igual, sigue la fotofobia y todos los síntomas del día anterior. No hay modificación alguna. Se repite la técnica del día anterior. Se invierten los párpados y se vierte en la conjuntiva el contenido del tubo señalado con el núm. 2. Vendaje.

A los cinco minutos la enferma acusa escozor que dura unos diez minutos. A las dos horas y media se quitó el vendaje y se repitió el lavado.

La reacción conjuntival es menos pronunciada y hay un ligero edema de párpados, principalmente el inferior. Se instila una gota de atropina y se protege el ojo con una pantalla.

Día 11.—Sigue el ligero edema y ninguno de los síntomas ha sufrido variación alguna.

El pannus, las granulaciones siguen igual. Se deposita en la conjuntiva palpebral de los fondos de saco el contenido del tubo núm. 3, y se venda. Transcurridas dos horas y media se quita el vendaje y se hace el lavado. No se aprecia ningún cambio. La enferma dice que ha notado menos escozor que otros días.

Día 12.—Sigue igual. Se repite como otros días la técnica del tratamiento depositando el contenido de uno de los tubos (ya sin numerar) en la conjuntiva, y se ocluye el ojo con un vendaje. Transcurridas las dos horas y media se hace el lavado. Acusó la enferma el escozor que duró muy poco. Continúa el ligero edema, las granulaciones y el pannus siguen igual. Se instila una gota de atropina y se pone la pantalla.

Día 13.—Está lo mismo. Anestesiada con cocaína, se hizo una expresión y raspado de las granulaciones, con la pinza-rodillo de Kapp y después de limpiar y lavar con agua se depositó el medicamento de otro tubo y se vendó. Se lavó á las dos horas y media y se notó la conjuntiva muy roja, tumefacta, el edema de los párpados había aumentado un poco. El escozor es más intenso y dura más que otras días. Se instila atropina.

Día 14.—Las granulaciones grandes han desaparecido y se ven algunas pequeñas muy rojas. No están pronunciado el edema como el día anterior. Se hace la misma operación de todos los días, depositar el medicamento y hacer un lavado abundante á las dos horas y media. Se instila una gota de atropina. La enferma dice que parece que abre un poco mejor los párpados.

Día 15.—Está mejor. No tiene la sensación de peso tan pronunciada, eleva el párpado superior un poco mejor. Ha disminuído el lagrimeo y la luz molesta menos á la enferma. Se pone el contenido de otro tubo que se arrastra á las dos horas y media con un abundante lavado. La enferma no acusa el escozor de otros días.

Día 16.—Sigue mejor. Es muy evidente el proceso cicatricial en la conjuntiva y la enferma abre y cierra los párpados sin dificultad.

El pannus ha disminuído y la enferma puede ir sin pantalla sin que la moleste la luz. Ha desaparecido el lagrimeo. Se instila atropina. Se repite la misma técnica.

Día 17.—Sigue mejor. La conjuntiva está casi lisa. Se repite la misma técnica.

Día 18.—Está igual que el día anterior. Se hace la aplicación del medicamento contenido del último tubo. No acusa molestias ni escozor alguno. Se hace el lavado á las dos horas y media.

Comparados los resultados de este tratamiento con el ojo que quedó como testigo, se aprecia una notable mejoría. Se dejó á la enferma hasta el día 24, sin hacer tratamiento alguno; desde ese día se han hecho instilaciones de solución de sublimado.

El día 23 se hizo una expresión y raclado de las granulaciones con la pinza rodillo de Knapp, en el ojo derecho, y después curas con sublimado. La mejoría ha sido notable y en la actualidad se encuentra mejor el ojo derecho que el izquierdo.

Observación 2.ª.—Isidro Martín, de diez y nueve años, natural de Madrid. Ingresó el 2 de Septiembre de 1919 y ocupa la cama número 20 de la sala 23 del Hospital general.

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día,
fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas
las farmacias
y droguerías
Literatura y mues-
tras, LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

Cuenta el enfermo que en Mayo de 1919 padeció gripe y durante la enfermedad empezó á sentirse mal de los ojos. Dice que le molestaba la luz, tenía mucho lagrimeo y que le apacieron unas úlceras en la córnea que le trató el médico que le asistía. Se puso bien de la gripe, pero de los ojos estaba cada vez peor, hasta que decidió venir al Hospital. Cuando ingresó tenía ptosis de los párpados superiores, gran fotofobia y lagrimeo, granulaciones en la conjuntiva palpebral, pannus aunque no muy pronunciado, y algunas manchas en las córneas. Se instiló una gota de azul de metileno y se vió que había una pequeña ulceración en el ojo izquierdo.

Se empieza el tratamiento el día 25 de Septiembre en el ojo derecho.

Día 25.—Con la misma técnica que en la primera observación se depositó en la conjuntiva el contenido del tubo núm. 1, y á las dos horas y media se quitó el vendaje y se hizo el lavado.

Acusa el enfermo un gran escozor que le ha durado todo el tiempo que ha estado aplicado el medicamento. Hay una reacción conjuntival muy intensa.

Día 26.—Se hace la aplicación del tubo núm. 2. Como acusó el día anterior tanto escozor, en vez de tener la venda dos horas y media se quitó á las dos horas y se hizo el lavado. Acusa las molestias de ayer, pero en la conjuntiva no hay ninguna modificación.

Día 27.—Sigue igual. Se hace la tercera aplicación. Experimenta la misma sensación de escozor que dura una hora próximamente.

Día 28.—Está lo mismo. No hay ninguna variación. Se hace la aplicación cuarta. Escozor como otros días.

Día 29.—Previa anestesia con cocaína y lavado de la región, se practicó la expresión y raclado de las granulaciones con la pinza rodillo de Knapp. Después se hizo la aplicación núm. 5 del medicamento y el consiguiente vendaje que se quitó á las dos horas, habiendo tenido el enfermo grandes molestias de dolor y escozor muy acentuado. Se hace el lavado y se ve la conjuntiva tumefacta, habiendo aumentado un poco la fotofobia.

Día 30.—Hay edema de los párpados, la conjuntiva palpebral sigue muy roja. Se hace la sexta aplicación. Apenas acusa algo de escozor.

Día 1.º de Octubre.—Ha disminuído el edema, en la conjuntiva no se aprecia á simple vista granulaciones, está lisa. Se repita la técnica del tratamiento.

Día 2.—No hay edema. Se ven algunas cicatrices en la conjuntiva, y el enfermo dice que no le hace tanto daño la luz y que apenas lagrimea. Se hace la aplicación núm. 8 del medicamento.

Día 3.—Dice el enfermo que puede abrir mejor el ojo. Parece que el pannus ha disminuído un poco.

Día 4.—Está igual que el día anterior. Se hace la última aplicación. Comparando el resultado con el otro ojo se nota mejora, porque las granulaciones han desaparecido. El pannus ha disminuído algo y todos los demás síntomas se han atenuado.

Día 7.—Se hace la expresión y raclado en el ojo derecho y después cura diaria con sublimado. Ha tenido una gran mejoría, pudiendo considerarse como curado después de un mes de tratamiento.

El ojo izquierdo se ha dejado sin curar ocho días después del tratamiento, pero visto que empezaba á tener otra vez

granulaciones, que el pannus aumentaba, se empezó á tratar con sublimado.

Observación 3.ª—Sebastián Alvir, de cuarenta y nueve años, natural de Uclés (Cuenca). Ingresó el 24 de Agosto de 1919. Ocupa la cama número 3 de la sala 23.

(Se continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,8; íd. mínima, 700,0; temperatura máxima, 27,5; íd. mínima, 9,6; vientos dominantes, SO. SE.

Continúan los afectos agudos gripales y reumáticos constituyendo la mayoría de los que en esta semana hemos observado. Las fiebres tifoideas y los paratífus han disminuído.

En los niños continúa aumentando la coqueluche y observándose casos de sarampión y escarlatina.

Crónicas.

Jubileo profesional del Dr. Cortezo.—Coincidiendo con la aparición de nuestro próximo número, recibirán *nuestros suscriptores*, como regalo, el extraordinario que dedica la prensa de EL SIGLO MEDICO á su director en sus bodas de oro con la profesión. Contiene este número más de cincuenta artículos de los más reputados escritores médicos, retratos, grabados y caricaturas. Como el producto íntegro de la venta (una peseta el ejemplar) se dedica al pago del monumento ya construído por Blay, no se reparten números gratuitos más que á los suscriptores corrientes de pago.

La Real Academia de Medicina celebrará sesión solemne el domingo, 30 de Mayo, en la que usarán de la palabra varios oradores, con asistencia de representantes de otras Academias y del Gobierno de S. M.

El servicio farmacéutico.—Ha sido violentada la puerta de la farmacia del Sr. Medina, calle de Serrano, y rota la luna. Se trata, según las trazas, de una represalia y de una coacción, porque el Dr. Medina, en uso de su derecho y de su deber, no quiere cerrar los domingos, y tiene la guardia nocturna para despachar, como tantos años lo viene haciendo, á los vecinos de su barriada.

Nuestra particular amistad con el Dr. Medina nos impide el expresar nuestro juicio y nuestros sentimientos acerca de este atentado, manifestación de la tendencia brutal de los que por equivocación adoptan carreras y estudios á que su espíritu y su corazón no están llamados.

Epidemia de lepra en Murcia.—Dicen de Yecla que se ha declarado una epidemia de lepra y que hay numerosos atacados.

Las autoridades adoptan precauciones, y por acuerdo de ellas ha marchado á Yecla el inspector provincial de Sanidad.

Los atacados por esta enfermedad, cuyo número va en aumento, son en su mayoría pobres.

La gripe en las Azores.—Comunican de la isla de Flores (Azores) que la mayoría de la población está atacada de gripe.

Se piden con urgencia personal y material sanitario.

El conflicto de los profesores del Hospital de la Orden Tercera.—El día 14 celebró Junta general el Colegio de Médicos de Madrid y su provincia, presidida por el doctor Arquellada.

Abierta la sesión, dió cuenta el Dr. Carro de las gestiones realizadas por la Comisión que entendía en el asunto de los médicos esquiroleos que visitaron los enfermos en el Hospital de la Orden Tercera.

Con gran satisfacción supo la Asamblea que de los cuatro médicos esquiroleos habían presentado la renuncia de

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.

sus cargos, tres. Sólo el Sr. Gonzáles Cutri se había negado a dejar su puesto.

Hubo una animada discusión interviniendo los doctores Piga, Carreras, Ortega, García de la Serrana, Ceca, Lozano y otros, para estudiar la forma de hacer práctica las sanciones acordadas por la Comisión informadora.

Después se tomaron los siguientes acuerdos:

Primero. Que la Junta de gobierno aplique al Sr. Gonzáles Cutri las sanciones legales a que se haya hecho acreedor.

Segundo. Invitar al Sindicato Médico para que aplique a dicho señor las disposiciones reglamentarias.

Se acordaron además varias disposiciones de orden privado.

Sobre el paludismo.—Del curso de conferencias organizado por el Ateneo de la Casa de Extremadura, el 19 tuvo lugar la del Dr. D. Antonio Franco, que disertó sobre el tema «El paludismo en Extremadura», haciendo estudio de la historia, formas clínicas de la enfermedad, profilaxis é importancia que para la extinción del paludismo tiene el saneamiento de los terrenos y el petrolado de las aguas donde anidan las larvas de los mosquitos.

Habló del tratamiento del paludismo por las inyecciones intravenosas, y se dolió del poco interés que los políticos prestan á esta cuestión sanitaria, haciendo constar que sólo en Extremadura el paludismo causa dos defunciones diarias, que pueden evitarse.

El conferenciante fué muy aplaudido.

Sindicato de Médicos.—A las diez de la noche del día 14 se reunió la Junta general del Sindicato de médicos, bajo la presidencia del Dr. Hinojar, continuando la discusión sobre la reglamentación de las consultas gratuitas ó retribuidas indecorosamente.

Congreso de Fisiología.—Tendrá lugar en París durante los días 16 á 20 de Julio de 1920, bajo la presidencia del profesor Carlos Richet. Aneja al Congreso, habrá una exposición de aparatos é instrumentos, rogándose á los congresistas de los países aliados participar en ella.

La adhesión y la cuota (35 francos) deberán enviarse lo más pronto posible al tesorero Mr. Lucien Bull, secretariat du Congrès, 1, Rue Victor Cousin, París, V.º

Los títulos y resúmenes de las comunicaciones que los congresistas se propongan hacer, serán enviadas antes del 1.º de Junio al secretariat du Congrès. Este resumen no deberá exceder de 25 líneas de 48 á 52 letras.

En el caso de que las comunicaciones se acompañen de demostraciones, ó de proyecciones, se ruega indiquen los animales ó los aparatos que puedan ser necesarios.

Mejoras en el Sanatorio de Valdelatas.—El martes último por la mañana se verificó en el Sanatorio Antituberculoso Victoria Eugenia, de Valdelatas, el acto de inaugurar las mejoras hechas con el legado de la señorita doña Isabel Font y Vizmanos.

Asistieron al acto S. M. la Reina doña Victoria, las duquesas de San Carlos y de la Victoria, la condesa de Romanones, las señoras de Codina, Maroto, viuda de Camuño, Madurell, Sanfeliú é hijas, Riu, señoritas de Ruiz Casanova, Codina, señora y señorita de Espinós, señora de Valbuena, viuda de Escario, señora y señoritas de Brocas, señoras de Ríos y Cortés, doctores Martín Calderín, Salto, Espinosa, Santamarina, Palacios, Urbano, Conejo, Ochea, Madurell y Estrada.

Después de recorrer las salas y galerías del Sanatorio, hablando con alguno de los enfermos, visitó los nuevos departamentos, en cuya construcción se ha gastado el importe del legado de la señorita de Font.

Las nuevas dependencias son: un cuarto de fotografía, una cámara de desinfección por el formol, una biblioteca y sala de curas y operaciones, instrumental, etc.

A continuación el Dr. Codina Castellví dió lectura á una Memoria, en la que se detalla la aplicación dada al legado y los resultados obtenidos en el Sanatorio, lamentando que por falta de dinero carezca aquél de una instalación de rayos X, tan útil y necesaria en establecimientos de esta clase.

Estado sanitario de Europa Oriental.—Comunican de Londres que Mr. Drivosr, presidente de la Junta de la Cruz Roja, hablando en Desmoines, dijo:

«Hay actualmente 250.000 casos de tuberculosis en Polonia y en el área de ocupación polaca.

En la Galitzia ciudades enteras quedan despobladas. Un médico tiene que asistir á 1.500 habitantes.

En Ucrania el tifus y la gripe han invadido casi toda la población.

Los médicos no pueden obtener medicamentos de ninguna clase, y cada uno tiene que atender á unos 20 á 30.000 enfermos.

En Rumania la tuberculosis está causando estragos sin precedente.

En Serbia y Montenegro sólo hay 205 médicos para todos los habitantes.

La viruela en Córdoba.—Telegramas recibidos de esta capital dan cuenta de que en el vecino pueblo de Benalcázar se han presentado varios casos de viruela.

Las autoridades sanitarias parece que han tomado las medidas necesarias en evitación de que se propague el mal y pueda llegar á revestir caracteres de epidemia.

Nombramiento.—Por Real orden de 17 de Mayo ha sido nombrado D. Manuel Romero Ponce, médico del Cuerpo de Sanidad exterior, para el cargo de subinspector de Sanidad exterior, con la categoría de jefe de primera clase de Administración civil y sueldo anual de 12.000 pesetas, con efectos retroactivos al 1.º de Abril próximo pasado, conservando en el escalafón del mencionado Cuerpo el lugar que en la actualidad viene ocupando, y con dere ho á cubrir cualquiera de las vacantes que en lo sucesivo ocurran de las asignadas á su categoría personal.

Reciba el Sr. Romero nuestra cordial enhorabuena.

Médicos.—La casa editorial Campos, Princesa, 14, Madrid, tiene publicadas las siguientes obras de oposiciones: Para Sanidad Militar, á 60 pesetas; Inspectores provinciales de Sanidad, 60; Beneficencia municipal Madrid, 75; Forenses, 50; Médicos Prisiones, 50; Sanidad Armada, 50; Sanidad Exterior, 35; Inspectores médicos escolares, 25; Higiene, 25; Marina civil, 25. Tiene además programas de todas clases, y la importante revista *El Guía del Opositor*, que informa sobre todas las oposiciones, y cuesta 4 pesetas al año.

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

NIÑOS. FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES, después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

Papeles á base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para *El Siglo Médico* por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1.