

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Un caso interesante de zonas ótico-cervical con parálisis facial periférica, por el Dr. Mesonero Romanos.—Clínica y laboratorio, por D. Pablo Luengo.—Los accidentes séricos, por Francisco Haro.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Nuestro ejército universitario: D. León Corral y Maestro.—Deficiencias de los abastecimientos de aguas de las poblaciones españolas.—Sociedades científicas: Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

UN CASO INTERESANTE DE ZONAS ÓTICO-CERVICAL CON PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

POR EL

DR. MESONERO ROMANOS

De la Beneficencia Municipal, por oposición, y del Hospital de Jesús Nazareno.

La rareza con que se observan en clínica los zonas ótico y cervical, así como las particularidades que derivan de su distribución topográfica y de la lesión consecutiva del facial, que ha determinado la parálisis periférica del nervio del mismo lado, prestan algún interés al caso de que voy á ocuparme.

Sabemos que el herpes zóster ó zona es una afección aguda, caracterizada por una erupción eritemato-vesicular unilateral, localizada en la región cutánea correspondiente á la raíz sensitiva del ganglio lesionado, y que va precedida, acompañada ó seguida de parestesias y dolores neurálgicos. Generalmente, se suelen observar fiebre y fenómenos digestivos—lengua saburral, anorexia, náuseas—cuyos trastornos, siempre atenuados, son de corta duración.

En la etiología de esta enfermedad se acostumbra por todos los autores á admitir la existencia de un zona esencial, de naturaleza infecciosa, asimilado á las fiebres eruptivas por Landouzy y definido por este autor como una «neuropatía infecciosa con manifestaciones tróficas cutáneas», y los diversos zonas ó erupciones zoosteriformes sintomáticos de las intoxicaciones y auto-intoxicaciones: arsénico, óxido de carbono, tuberculosis (Leroux), diabetes (Vergely), uremia, estados caquéticos, diátesis, etc., etc., así como también

en ciertos casos de mielitis, compresión medular y neuritis traumáticas.

Así, pues, vemos que, hecha excepción de los raros casos en que aparece á consecuencia de una acción traumática, lo que domina hoy es el criterio que afirma la naturaleza toxi-infecciosa de los zonas.

Bärensprung y más modernamente Head y Campbell (1900) han explicado la patogenia del zona atribuyéndole á una lesión de la raíz posterior y del ganglio—cefálico ó raquídeo—correspondiente, es decir, á un proceso de ganglio-radiculitis posterior. Semejante doctrina explica bien la topografía radicular de la erupción y de los trastornos sensitivos en el zona; así mismo nos es posible darnos cuenta por ella, del mecanismo de propagación de la lesión ganglionar, á la raíz anterior ó á algún nervio motor craneal—como en nuestra observación—ocasionando una parálisis.

He aquí la historia clínica del enfermo que motiva esta comunicación:

F. H., de sesenta y tres años, viudo, natural de Madrid, empleado. Sin antecedentes familiares dignos de mención. No recuerda haber padecido enfermedad alguna hasta hace unos diez años, en que el enfraquecimiento y una creciente debilitación de fuerzas le obligaron á someterse á un plan médico. Un análisis de orina hecho por entonces acusó la presencia de glucosa. Posteriormente, padeció trastornos gástricos por dilatación de estómago (?) y hace unos cuatro años, hemiparesia, según nos refiere la familia. Niega sífilis y abuso de bebidas alcohólicas. Es fumador, aunque no con exceso.

En los primeros días del pasado Abril comenzó á sentir unas vagas molestias y ligeros dolores en la re-

gión lateral derecha del cuello, por detrás de la oreja y en el pabellón de la misma, del mismo lado. Estas molestias fueron en aumento, irradiándose los dolores por la nuca, región occipital, hombro y conducto auditivo, impidiéndole el sueño. Los dolores eran casi continuos, con exacerbaciones. Por estos días notó la presencia de una erupción de pequeños granos rojos, en las regiones dolorosas. Recuerda haber sufrido por entonces algunos ligeros escalofríos por las noches y dolor en el oído derecho.

Los granitos se hicieron vesículas, que luego se abrieron; siguieron los dolores neurálgicos en toda la parte derecha de la cabeza y cuello y en la oreja de ese lado, y a los ocho ó diez días, próximamente, comenzó a sentir tirantez en el lado derecho de la cara, notando alguna asimetría en ella.

En presencia del enfermo, lo primero que llama nuestra atención es la parálisis facial del lado derecho. Esta parálisis, de origen periférico, más manifiesta en el facial inferior, presenta todos los caracteres asignados á la parálisis periférica; frente lisa y no puede rarrugarse; imposibilidad de oclusión de los párpados (signos de Bell y Negro). Hay lagofthalmos; boca atraída hacia el lado sano, lo que es más notable en los movimientos, al hablar ó reír. No puede silbar y se hace con alguna dificultad la pronunciación de las labiales; la punta de la nariz está dirigida hacia el lado sano; el surco naso-labial está apenas dibujado. La lengua no presenta desviación ni alteraciones tróficas. Aqueja ligera disminución de la sensibilidad gustativa, que objetivamente nos es dado comprobar en el tercio anterior, lado derecho, de la lengua. No hay ptialismo. Velo del paladar, normal. Ligera hiperestesia auditiva, lado derecho.

En el pabellón de la oreja—también inmediatamente por delante del trago hay una cicatriz—en las regiones mastoidea, lateral del cuello y claviclar, del lado derecho, se observan pequeñas cicatrices y costras, separadas entre sí por piel sana y agrupadas en líneas, siguiendo una distribución radicular. En las regiones temporo-parietal, entre el pelo, se ven algunas pápulas. El enfermo aqueja dolores neurálgicos en todas las regiones del zona, parestesias y dolores, continuos y paroxísticos, que se irradian á las regiones contiguas, occipital, hombro, maxilar inferior. Estos dolores, como la erupción, tienen una topografía radicular, que corresponde á la zona cervical superior, tributaria del plexo cervical, territorio de los 2.º, 3.º y 4.º pares cervicales.

Los trastornos de la sensibilidad objetiva que presenta este enfermo se reducen á una ligera hipoestesia cutánea en la región del zona. No presenta disociación siringomiélica.

El estado general de este enfermo es bueno, sin que presente ninguna manifestación diabética. Hay oliguria é indicios de albúmina en la orina; no tiene glucosa en ninguno de los dos análisis practicados. Wassermann, negativo. Eretismo cardiovascular; corazón hipertrofiado; aumento segundo ruido aórtico; 86 pulsaciones é hipertensión arterial manifiesta en las radiales

y en la temporal, dura y sinuosa. Estreñimiento. Insomnio motivado por los dolores, que se agudizan en la posición horizontal del sujeto, obligándole á sentarse en la cama.

Ahora sólo muy breves palabras para razonar nuestro criterio respecto de la etiología y patogenia del proceso en nuestro enfermo. Hemos de recordar, en primer lugar, el episodio cerebral que le aconteció hará unos cuatro años y que refiere diciendo que una mañana al levantarse sintió un ligero mareo, sin llegar á perder el conocimiento, y hormigueos y pesadez en los miembros del lado derecho, que quedaron parésicos. Esta hemiparesia desapareció pronto, sin que pueda precisar el tiempo. En la actualidad no quedan huellas del proceso. Sólo algunas veces ha padecido ligeros dolores de cabeza. Reunidos todos los datos que poseemos por el interrogatorio y la exploración, creemos poder afirmar que se trata de un proceso de arterioesclerosis. Abonan semejante criterio, á más del pequeño ictus á que acabamos de referirnos, que hace pensar en una trombosis cerebral, la evidente hipertensión de las radiales y temporal, posiblemente provocada por un estado de insuficiencia renal, como parece evidenciarlo la oliguria y la albúmina, y finalmente, la marcada agudización que sufren



Zonas ótico-cervical derechos, con parálisis facial periférica.
(Dr. Mesonero Romanos.)

los dolores al adoptar el sujeto la posición horizontal, que contribuye á aumentar la tensión en los vasos cerebrales.

Para explicarnos la patogenia del zona ótico, basta-

rá que recordemos que, aun cuando principalmente motor, el facial es un nervio sensitivo por el intermediario de Wrisberg y el ganglio geniculado, en que termina aquella rama sensitiva.

Así, pues, el intermediario —tredécimo nervio craneal de Sapolini—, con su ganglio geniculado, tiene la significación de una raíz sensitiva, aneja al facial propiamente dicho, como la raíz posterior de un nervio raquídeo se halla aneja á la raíz anterior correspondiente. Según Ramsay Hunt, el conducto auditivo interno y la cara externa del pabellón de la oreja son inervados por el ganglio geniculado.

En nuestro caso, el zona ótico y la parálisis facial consecutiva parecen responder á una lesión inflamatoria ó trombótica del ganglio geniculado, á la que ha seguido la lesión del facial dentro del acueducto de Falopio. Esto nos explica la parálisis facial, así como la hiperestesia del oído derecho que aquejó en un principio este enfermo, ya que sabemos que el facial inerva el músculo del martillo, cuya contracción hace disminuir la amplitud de las vibraciones timpánicas y por consecuencia la intensidad de las ondas sonoras. Por el contrario —y es el caso presente— por su parálisis deja de ejercer ese papel y de aquí la exaltación ó hiperestesia del oído. La otalgia se explicaría teniendo en cuenta que la rama profunda de los nervios petrosos da ramos sensitivos para el oído medio. Asimismo, la disminución gustativa observada en el tercio anterior de la lengua nos da razón de la participación de la cuerda del tímpano.

Finalmente, las anastomosis del facial inferior—ramos sensitivos— con las ramas auricular y transversa del plexo cervical superficial, explican bien el zona cervical, en el territorio de las 2.^a, 3.^a y 4.^a ramas cervicales superficiales, con lesión de los ganglios raquídeos correspondientes.

En suma, este enfermo presenta un zona ótico y un zona cervical, complicados por una parálisis facial periférica, cuyos trastornos evidencian las lesiones del ganglio geniculado, de los 2.^o, 3.^o y 4.^o ganglios y raíces cervicales y del nervio facial, en el acueducto de Falopio.

CLINICA Y LABORATORIO

POR

D. PABLO LUENGO

Médico en Naval Moral de la Mata.

I

Creo que pasaron á la historia de la Medicina aquellas controversias del último tercio de la centuria pasada, en las que se discutía con radicalismos apasionados sobre cuál tenía más importancia en el terreno médico, si la clínica ó el laboratorio, porque en la actualidad todos estamos convencidos de la mutua penetración de estas dos entidades, que recíprocamente reciben inspiración la una de la otra como dos factores esenciales para la adquisición de la verdad científica, lo

mismo en el orden abstracto de la especulación, que en el concreto de las determinaciones prácticas; de la clínica surgen concepciones que reciben su comprobación en el laboratorio, como éste plantea problemas cuya racionalidad se encarga el médico de aquilatar en el organismo humano, resultando de este mutuo engranaje el progreso de la Medicina con su eterno y piadoso ideal de conocer las leyes á que obedecen los fenómenos fisiopatológicos y el más eficaz remedio terapéutico para neutralizar la *sombra luminosa* del dolor.

Yo siempre he rendido culto á los trabajos emanados del laboratorio, con tanto más fetichismo pudiéramos decir, cuanto más grande ha sido y es mi ignorancia en todo á lo que su técnica se refiere, lamentando de continuo mi impericia por no poder resolver muchos problemas clínicos, que sin duda alguna tienen su solución en el laboratorio, como voy á demostrar con varios casos clínicos, que aun reconociendo no tienen novedad, ponen, sin embargo, de relieve cómo del íntimo maridaje de la clínica y del laboratorio surge diáfano en ocasiones el diagnóstico, verdadera estrella polar del médico, que le conduce al acertado tratamiento de las enfermedades, debiendo advertir que muchas veces la disparidad ó discordancia entre los resultados de la clínica y del laboratorio dependen del observador (impericia, incompetencia, etc.), porque no debemos olvidar que el hecho como representación, vale en cuanto interpretado, y la interpretación es obra del pensamiento reflexivo.

II

La enfermedad más frecuente en la comarca donde ejercemos la profesión es la malaria, reinando endémicamente en todos los pueblos situados en el llamado Campo de Arañuelo, extensa faja de terreno diluvial, inscrita en el ángulo formado por los ríos Tajo y Tietar, cuyo proceso proteiforme ha sido objeto de estudios por el competente clínico D. Francisco Huertas y por los insignes bacteriólogos Mendoza y Pittaluga, los que tuvieron ocasión de observar los diversos tipos morbosos que se estudian en la Patología, desde las formas agudas á las crónicas, pasando por esos estados intermedios que simulan diferentes enfermedades toxi-infecciosas, de curso anormal, cuyo diagnóstico requiere gran perspicacia, y en cuyo conocimiento adquiere la supremacía, entre los diversos medios de diagnóstico, el examen hematológico, el estudio microscópico del hematozoario en las diversas fases de su evolución equizogónica.

Todo el *Campo de Arañuelo* rinde tributo á la malaria, aumentando sus nocivos efectos según nos aproximamos á los pueblos de la cuenca por donde discurre el río Tietar, zona palustre donde las diversas modalidades y las múltiples manifestaciones de la infección que nos ocupa, se revelan en toda su malignidad; los médicos que visitaron en estas regiones maláricas, lucharon á diario con las fiebres intermitentes en sus diversas formas, y con las perniciosas en sus diferentes tipos, con las larvadas, cuya variada forma pone á prueba la intuición clínica, y, por último, con procesos

que teniendo por común carácter el elemento febril, semejan enfermedades infecciosas, ya localizadas en el aparato digestivo, o bien en el respiratorio, cuando no en el sistema nervioso, con cuadros psicosis-nebulosos, sirviendo de nexo á estas modalidades clínicas, aquella otra en que sólo imperan los trastornos hemáticos y las perturbaciones nutritivas, descollando en el fondo del matiz clínico, la hipoglobulia como primera avanzada de la infección; y á la cual indefectiblemente seguirá, si la ciencia no interviene, la megaloesplenía, los edemas, la melanodermia y otra infinidad de trastornos humorales y visceropáticos, cuya resultante final es, la caquexia; *débacle* orgánica que representa en síntesis el triunfo del protozario sobre la célula gigante, llamada hombre. Los casos que á continuación expongo, revelan cómo el juicio diagnóstico adquirió su completa certidumbre con el concurso del laboratorio, y sin él hubiera quedado cierta duda en el espíritu; el examen parasitológico fué practicado por un discípulo del profesor Dr. D. Gustavo Pittaluga, de este insigne hematólogo, que aquí en Extremadura pudo comprobar los trabajos hechos acerca del paludismo por la escuela italiana representada por Golgi y su discípulos Marchiafava, Celli y Mannaberge, respecto á las relaciones existentes entre las formas hemáticas del parásito, ciclo monogámico del hemosporideo, y los tipos febriles de la infección malarica, como igualmente los estudios de Grassi, Bignami y Bastianelli, en lo referente al ciclo esporogónico de los parásitos del paludismo en el mosquito de la subfamilia anophelinae.

III

Observación 1.^a.—En el verano pasado me avisaron con urgencia para visitar á una niña de ocho años de edad, que hallándose enferma, hacía tres ó cuatro días, de un proceso febril, al parecer de origen gastrointestinal, fué invadida bruscamente de un ataque nervioso, de tipo eclámpico, con pérdida del conocimiento, convulsiones y fenómenos de colapso cardíaco, cuadro sintomático que exigió el empleo de los tónicos cardíacos y de los agentes moderadores de la inervación. Encontré á la enfermita con fiebre ligera, pulso frecuente y un estado cerebral de somnolencia, revelador de la intoxicación encefálica que anulaba grandemente las facultades intelectuales, haciendo el interrogatorio imposible, pues la niña contestaba con monosílabos á mis preguntas y con un fondo de irritabilidad; el aparato cardiopulmonar estaba normal, y en el digestivo no se hallaban alteraciones que llamaran la atención, así como tampoco en otros órganos que explicaran satisfactoriamente el estado de la enferma, ni el ataque nervioso que había sufrido, inclinándome á creer, por un diagnóstico de exclusión, que acaso el cuadro patológico tuviera por causa una infección malarica, y que quizás nos encontráramos ante un caso de fiebre maligna estío-otoñal, por cuya razón aconsejé el uso inmediato de la quinina en inyecciones hipodérmicas, como se practicó inyectando gramo y medio del clorhidrosulfato, haciendo antes unos frotis, cuyo análisis parasitológico que á continuación se expone, vino á confir-

mar la naturaleza palúdica de la enfermedad y su perniciosidad, diagnóstico que hubiera quedado en la duda, porque la curación de la niña con visos de razón, pudiera haberse atribuido á una favorable terminación de la supuesta toxiinfección gastrointestinal.

Análisis parasitológico.

Preparaciones teñidas por el método de Giemsa, previa fijación con alcohol absoluto, ponen de relieve los siguientes caracteres microscópicos:

1.^o Disminución del número de glóbulos blancos (leucopenia) francamente apreciable.

2.^o Alteraciones globulares bastante acentuadas (anisocitosis, poiquilocitosis); pero no se han encontrado *normoblastos*.

3.^o Existe una cantidad extraordinariamente numerosa de formas endoglobulares en anillo, todas ellas constituidas por un anillo protoplasmático de pequeñas dimensiones y un núcleo pequeño y frecuentemente doble para un mismo anillo. Se observan también algunas formas libres en el plasma y además un tanto abundantes los hematíes que contienen más de una sola forma de parásitos.

Solamente se han visto formas en anillo, con exclusión de toda otra forma de evolución, pero en vista de la abundancia extraordinaria (que indica un rápido poder de multiplicación) de las formas en anillo (monontes, trophozoitos) y por las características relativas á la disposición del protoplasma y núcleo antes apuntadas, la frecuencia de casos de biparasitismo y tripanosomas en los hematíes, permiten afirmar que se trata de un caso de paludismo cuya agente causal es el *Laverania malariae* (ó *plasmodium praecox*, *facilparum*) especie productora de las fiebres malignas estío-otoñales.

Observación 2.^a.—El día 7 del corriente mes de Noviembre me avisaron para ver á una joven de quince años, algo neurósica y de no muy perfecto desarrollo orgánico, que hallándose en franca convalecencia de una grave infección gripal de origen gastrointestinal, se encontraba con fiebre hacía dos días, presentando á la observación temperatura de 38°, lengua saburosa en el centro, con marcada irritación en los bordes, náuseas frecuentes con tendencia al vómito y una sensación de angustia en el epigastrio, no hallando nada de particular á la exploración en el resto del organismo, considerando, por lo tanto, que nos encontrábamos enfrente de un catarro gástrico febril; por la tarde el proceso térmico subió á 39°,5 acentuándose los síntomas gástricos (náuseas y vómitos), por lo que consideré indicado un purgante de aceite ricino, descendiendo la fiebre por la noche, con sudor no muy abundante, hallándose la enferma por la mañana (día 8) más aliviada y con 37°,5, temperatura que ascendió por la tarde á 39°, acompañada de los trastornos gástricos indicados, sin presentar por otra parte la paciente síntomas alarmantes; mas á las once de la noche me llaman con urgencia, y al visitarla me encuentro con un cuadro de síntomas inquietantes, resaltando sobre un acentuado estado fe-

bril gran intranquilidad y angustia, vómitos y náuseas pertinaces, sensación de bola histérica y un agudo dolor en la región gástrica que se irradiaba al plano anterior del tórax, contrastando con estos fenómenos morbosos, la ausencia de trastornos cerebrales (porque existía perfecta lucidez mental) y la integridad de las funciones cardio pulmonares y hepático renales.

El temperamento de la enferma, y la grave infección que antes había sufrido, me inclinaban á admitir una participación neurósica en el estado gástrico, pero con ciertas reservas mentales, porque ni la interpretación etiológica, ni la patogenia de los síntomas, satisfacían al intelecto, y en esta duda mental, surgió la idea de que acaso la malaria fuera la causa de la enfermedad que tan rápidamente había sufrido la manifiesta agravación que percibíamos, y como consecuencia, y más no existiendo contraindicación, dispuse 75 centigramos de clorhidrosulfato de quinina en inyección hipodérmica, para las primeras horas de la mañana del día siguiente, concretándome para combatir el dolor y los vómitos, con administrar una inyección de pantopón y una poción antiemética, lográndose que la noche la enferma la pasara más tranquila.

El día 9, por la mañana, descendió la fiebre á 37°, hallándose atenuados los síntomas gástricos, y previa la extracción de sangre para obtener unos frotis, se inyectó la quinina: la enferma pasó el día mejor, con ligera elevación térmica, sin dolor ni angustia, persistiendo los fenómenos de estómago, si bien en grado mínimo, y ante la mejoría indicada, atribuida á la quinina, en su genuína acción antipalúdica, se dispusieron nuevas inyecciones para los días sucesivos, teniendo la satisfacción de que la fiebre y demás trastornos patológicos desaparecieron, obteniéndose la curación en breve tiempo; creyendo, por lo tanto, clínicamente, que pudiéramos diagnosticar la enfermedad de paludismo, de forma larvada, en los linderos de tipo pernicioso, juicio clínico confirmado por el análisis parasitológico que á continuación se expone, y que aparte que demuestra la naturaleza de la infección, aclaró bastante la patogenia de los síntomas alarmantes que se presentaron; pues la desviación del índice de Arneth, y la existencia de formas jóvenes de la serie mieloide, reveladoras, como se dice en el análisis, de un cierto grado de agotamiento del órgano leucopético (medula ósea), está en armonía con el deficiente desarrollo de la historiada, en lo referente al sistema óseo.

(Se concluirá.)

LOS ACCIDENTES SERICOS

POR

FRANCISCO HARO

La lectura de un caso consecutivo á una inyección preventiva de suero antidiftérico, publicada por Mc. Callum en *The British Medical Journal* y resumida en la *Presse Medicale* del 14 de Abril de 1920, nos sugiere algunas consideraciones que, por sus consecuencias prácticas, no queremos dejar de exponer.

Se trata de un niño de ocho años, al que se le in-

troducen 2.000 unidades antidiftéricas recientemente preparadas. Dos minutos después de la inyección, que fué subcutánea, siente dolores epigástricos, se colapsa, cianosándose la cara, y al cabo de unos minutos muere, á pesar de los medios empleados para salvarle. Tres hermanas suyas, tratadas al mismo tiempo que él, no sufren molestia alguna. En la autopsia no se encuentra más que el ventrículo izquierdo en sístole y el derecho lleno de sangre oscura y líquida. Y como alteración patológica, hay notable hipertrofia de los ganglios mesentéricos. En los antecedentes individuales figuran catarros invernales frecuentes (asmático?), ninguna otra inyección sérica y habitar en proximidad de caballerías. Osler da cierta importancia á este hecho en los individuos asmáticos, por predisponerlos á los accidentes séricos.

Desde los estudios de Eppinger y Hess son de todos conocidos los dos grandes tipos constitucionales: el simpático-tónico y el vagotónico (parasimpático-tónico de Langrey), determinados por la exageración de la excitabilidad (más que por el aumento de tono) de las dos cadenas nerviosas del sistema vegetativo.

Entre las glándulas de secreción interna existe una, cuya hiperfunción determina la excitabilidad del vago de una manera clara y definida, nos referimos al timo, cuya hiperplasia con stituye el llamado estado tímico confundido por Paltauf con su estado tímico-linfático el cual ha sido desdoblado por Hart en sus dos componentes tímico y linfático, puesto que la existencia de uno de ellos no presupone la del otro, si bien es muy frecuente la asociación, sobre todo en los casos en que, como han demostrado Wiesel, Hedinger y otros, existe juntamente con la hiperfunción del timo, una hipoplasia del tejido cromafine. Por tanto, pueden considerarse, como lo hace Pende, dos tipos clínicos y anatómopatológicos, uno la hiperplasia tímica de forma monoglandular, ó sea el estado tímico puro; y otro la hiperplasia tímica de forma pluriglandular, ó sea con hipoplasia cromafine y con hiperplasia, por lo menos regional, del tejido linfático (otras veces con lesiones genitales ó tiroideas), constituyendo el estado tímico, linfático de Paltauf, ó sea la angiohipotonía constitucional de Ferranini. Este último tipo de individuos es el que aparece como característico en las familias artríticas constituyendo la base sobre la que se desarrolla el complejo sintomático conocido con la denominación de diátesis exudativa de Czerny, cuyo exponente es la vagotonía.

Desde los trabajos de Vaughan, se admite que existen en la sangre determinadas toxinas, producidas por una especial proteólisis contra sustancias albuminoideas introducidas en el organismo ó producidas en su interior; cuyas toxinas actuarían sobre el sistema autónomo ó sobre los músculos influenciados por él (Schultz) y las que serían farmacológicamente del tipo de la fisostigmina, muscarina, pilocarpina y demás excitantes del vago. Esas toxinas irían engendrando lentamente una toxogenina, ó cuerpo anafilactógeno, en cuyo caso la vagotonía no sería más que un estado anafiláctico como afirma Smith.

Smith considera la pilocarpina como una anafilatoxina capaz de determinar el accidente anafilático, más ó menos intensamente; pero si tenemos en cuenta que la anafilatoxina de Richert es lo que Fiedberger denomina apotoxina, esto es, la substancia tóxica, determinante del accidente anafilático, y producida por la combinación de la toxogenina de Richert con el antígeno causante de la hiperinmunización, tendremos que atribuir á la pilocarpina el papel de antígeno toda vez que, como antes indicábamos, parece que las toxinas febrígenas de Vaughan ó las determinadas por ciertos tejidos (la acción tóxica de la secreción del timo hiperplástico ha sido demostrada por Hart y Bircher) son químicamente análogas á la pilocarpina y demás excitadores del vago.

Si ahora tenemos en cuenta que la anafilaxia como fenómeno de inmunización que es, además de su carácter específico tiene uno general, como se observa en la taquifilaxia cruzada de Gley y Champy para los extractos de diversas glándulas endocrinas, podremos explicarnos el por qué en un individuo anafilactizado mediante hormonas tóxicas especiales, no neutralizables á causa de una hipoplasia cromafina, en un individuo vagotónico, en suma, puede ser determinado un shock anafilático cuya intensidad pueda llegar hasta la muerte, á consecuencia de una inyección de suero, de una infección pequeña como ocurre en algunos casos de la llamada muerte tímica.

¿No se trataría en el caso concreto á que nos referimos de una muerte de esta naturaleza endocrino-anafiláctica? ¿No podremos considerar como muerte tímica este caso, ó quizás mejor como tímico-linfático, toda vez que en la autopsia sólo se reveló la hiperplasia de los ganglios mesentéricos?

Admitida esta explicación para justificar la muerte de ese niño, vamos á ver las consecuencias que podemos sacar del caso:

1.^a El estado tímico-linfático crea un temperamento vagotónico, y como tal un organismo verdaderamente anafilactizado (hipersensible) para ciertas substancias entre las que figuran los sueros terapéuticos y quizás algunos extractos glandulares (páncreas? paratiroides? corteza suprarrenal?, etc., etc.)

2.^a Ese temperamento vagotónico, algo correspondiente al tipo morfológico microesplánico ó brevilíneo de Viola, puede ser producido por otras alteraciones endocrinas (hipotiroidismo, etc., etc.), diferentes del estado tímico-linfático.

3.^a De todo esto se deduce una consideración importante si se quieren evitar accidentes de la naturaleza del que comentamos, que afortunadamente son bastante escasos; la exploración de los enfermos á quienes se vaya á tratar por alguno de los procedimientos capaces de determinar accidentes anafiláticos en lo que se refiere á su constitución endocrina, especialmente á la determinación de su carácter vagotónico, por medios clínicos, ó mediante las pruebas farmacológicas de Eppinger y Hess (adrenalina, pilocarpina, atropina) ó de Mougeot (eserina) ó bien con el fenómeno de Aschner ó reflejo oculo-cardíaco.

4.^a En aquellos casos en que la exploración nos in-

dique la existencia de una vagotonía marcada, deberá ser instituido el tratamiento oportuno (adrenalina, hipofisina, etc., etc.), antes de proceder á la aplicación del medicamento cuya contraindicación principal era el estado de hiperexcitabilidad del sistema autónomo.

Abril, 1920.

Bibliografía.

VAUGHAN: Protein Split Products and Disease, *Herter Lectures*, 1913.

GLEYS ET CHAMPY: Soc. de biologie, 22 Julio 1911, página 159.

PENDE: Endocrinología.

EPPINGER Y HESS: Zur Pathologie des vegetativen Nervensystems, *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1909, LXVIII, 3-4, pág. 231.

MOUGEOT: Le réflexe oculo-cardiaque, Soc. de Méd. de París, 28 Marzo 1914.

ASCHNER: U. einen bisher noch nicht beschriebenen Reflex von Auge auf Kreislauf und Atmung. Verschwinden des Radialispulses bei Druck auf das Auge, *Wien klin. Wochenschr.*, Octubre 1908, núm. 44, pág. 1529.

Periódicos médicos.

GINECOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Metrorragia vaginal de origen apendicular.**—El Dr. Jenaro Glacobini presenta á la consideración del mundo médico la presencia de una metrorragia vaginal de origen apendicular, como una entidad nueva de clasificación, en la que no entra en juego ninguna deficiencia funcional tiroidea y en la que el funcionamiento de las glándulas de secreción interna mantiene su sinergia normal y fisiológica.

Se trata de una verdadera derivación sanguínea hemorrágica por acción mecánica é inflamatoria del apéndice afectado, obrando sobre el ovario y la trompa uterina, á las que transmite un aflujo intenso de sangre.

La metrorragia vaginal, por insuficiencia tiroidea, es perfectamente conocida en la patología clínica.

La observación que presenta constituye un capítulo aparte, en el que se define el papel específico del apéndice inflamado con la producción de la metrorragia vaginal.

Se explica que la apendicitis descendente y que clasifica en los diversos cuadros de apendicitis, es lo que más predispone á esa metrorragia, porque se pone en contacto con el anexo y le comunica su inflamación con todo su proceso congestivo y derivativo.

Las observaciones clínicas efectuadas en niñas de diez y ocho á veinticinco años de edad corroboran dicho diagnóstico.

Sin haber manifestado ninguna vez síntomas de metritis accidental, ni metrorragia por insuficiencia tiroidea, sufren ataques de apendicitis aguda con plastrón, dolor, punto de Mac-Burney y los otros signos puntualizados en las apendicitis.

Apendicitis descendentes, es decir, caracterizadas por la dirección del apéndice hacia abajo y adentro, poniéndose en contacto y transmitiendo su inflamación al anexo, ovario y trompa uterina, para producir una verdadera salpingitis.

A los pocos días la enferma es atacada por una intensa hemorragia uterina, verdadera hemorragia, que obliga á emplear el uso de los vasoconstrictores como la ergotina, la

adrenalina y los coagulantes como el cloruro de calcio en alta dosis.

En esa forma contiene la hemorragia que atribuye de origen mecánico por la reacción inflamatoria anexial provocada por el apéndice; y consigue eliminar ese proceso flogístico por inyecciones repetidas de éter sulfúrico en la región abdominal correspondiente á las trompas uterinas y apendicular, para restituir á la salud fisiológica las enfermas aludidas.

Las observaciones puntualizadas corroboran la existencia de una hemorragia vaginal apendicular, por causa mecánica de propagación inflamatoria y que eleva con una interpretación científica á la consideración del mundo médico. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 1-4-920.)

OBSTETRICIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El papel de los hidratos de carbono en el tratamiento de las toxemias de la primera parte del embarazo.**—Los Dres. Paul Titus, George L. Hoffman y M. H. Givens, presentan varios casos para demostrar la importancia que los hidratos de carbono tienen en el tratamiento de las toxemias del embarazo, y llegan á establecer en vista de los resultados obtenidos las siguientes conclusiones:

1.^a La relación problemática entre las toxemias benignas y profundas del embarazo justifica un estudio de las primeras, á fin de obtener información referente á las últimas.

2.^a El desarrollo de un curso de tratamiento, cuyo éxito parecía depender del empleo de carbohidratos en grandes cantidades, nos hizo suponer que una deficiencia en carbohidratos ejerce una influencia importante sobre el origen de la toxemia gravídica.

3.^a La deficiencia hidrocarbonada durante el embarazo tiene un origen doble: 1.^o una deficiencia relativa, debida á una demanda inesperada de glicógeno de parte del feto y del útero, y 2.^o una deficiencia real, que aumenta si existen náuseas y vómitos, á causa de la disminución de la ingestión de los carbohidratos.

4.^a La deficiencia hidrocarbonada en el organismo materno produce una depleción glicogénica en el hígado, á causa de ser éste el órgano en que se almacenan los carbohidratos para uso futuro.

5.^a Existen datos experimentales que demuestran que la función hepática se debilita, y que el cuerpo se ve inundado de toxinas si faltan los hidratos de carbono.

6.^a Por medio de ciertos venenos químicos pueden producirse experimentalmente alteraciones patológicas en los lóbulos hepáticos, semejantes á los de las toxemias fatales del embarazo. Estas alteraciones pueden desaparecer rápidamente por medio de la ingestión de hidratos de carbono.

7.^a Los casos benignos de náuseas y vómitos pueden dominarse regulando el régimen de tal modo que exista una preponderancia de hidrocarbonados, y disminuyendo los períodos de ayuno, tomando alimentos más frecuentemente que de ordinario. La ingestión de hidratos de carbono debe aumentarse, dándole á la enferma de 8 á 16 onzas de solución de glucosa al 10 por 100, y bicarbonato de sodio al 2 por 100 diariamente por vía bucal. Esta puede administrarse en dosis de una á dos onzas (30 á 60 gramos).

Los casos más graves requieren atención más rápida. Después de un período inicial de descanso, lavado gástrico y la introducción de catárticos salinos por la sonda estomacal, se permiten cantidades pequeñas de alimentos líquidos, alternados con una á dos onzas (30 á 60 gramos) de la solución de glucosa y soda, descrita más arriba, cada dos horas. Es posible administrar á la paciente un litro de esta solución por vía bucal ó intestinal.

En las pacientes muy tóxicas, el tratamiento se sigue aun más vigorosamente, agregando inyecciones intravenosas de 15 á 25 gramos de glucosa en 250 á 300 c. c. de agua. Estas se dan de una á tres ó más veces diarias, según las necesidades y reacción de la paciente.

8.^a Las inyecciones intravenosas de soluciones glucósicas, no tan sólo son una medida terapéutica valiosa, sino que la velocidad de su absorción y almacenaje por el hígado, es un índice de la eficiencia hepática de valor pronóstico. Un almacenaje más rápido que lo normal es favorable porque indica que el hígado, carente como está de glicógeno, puede, sin embargo, restablecerse todavía. Un almacenaje más lento que lo normal constituye un pronóstico desfavorable, puesto que indica que la eficiencia hepática ha sufrido. Nuestros datos clínicos con respecto á estas opiniones son todavía demasiado limitados para pronunciar conclusiones definitivas, pero nuestros experimentos hasta la fecha confirman esto por completo. (*The Journal A. M. A.*, 15 de Abril de 1920)

BIOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **De la necesidad de emplear varios antígenos, y en particular antígeno hepático, en la reacción de Wassermann, por Durupt.**—El antígeno hígado heredosifilítico es notablemente más sensible que el antígeno corazón: en 54 casos en los que la reacción fué negativa con este, resultó positiva con el primero.

De los 54 pacientes de reacciones disociadas había: 2, heredosifilíticos; 6, sífilíticos antiguos no tratados; 12, tabéticos; 20, sífilíticos tratados sólo por el arsénico; 14, en los que la sífilis no podía ser diagnosticada sólo por los signos clínicos.

En los casos de sífilis tratada ó antigua y en la heredosífilis es en los que más interesa ejecutar la reacción con antígeno hepático: en los casos de sífilis secundaria todos los antígenos parece que dan excelente resultado. (*La Presse Médicale*, 21 de Abril de 1920).—L. P.

2. **Eliminación urinaria de la emetina, por Mattéi.**—Por los análisis de la orina de sujetos sometidos á inyecciones subcutáneas de clorhidrato de emetina, ha demostrado el autor que este medicamento se eliminaba de manera discontinua y prolongada. También ha sido irregular y lenta la eliminación—en algún caso duró hasta la sexta semana—después de tres inyecciones intravenosas de cuatro centigramos de clorhidrato de emetina. Hay, pues, acumulación del medicamento, y, por lo tanto, tras una serie de inyecciones de éste, hay que dejar descansar al organismo. (*Le Concours Medical*, 4 de Abril de 1920).—L. P.

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La anestesia esplácnica en las intervenciones quirúrgicas y en las afecciones dolorosas de la cavidad abdominal, por G. Labat.**—La anestesia esplácnica tiene por objeto la de las vísceras, pudiéndose llegar á los nervios espláncnicos por vía anterior ó posterior; la vía anterior exige incidir previamente la pared abdominal con anestesia local. La técnica para la anestesia por vía posterior es la siguiente: el enfermo se coloca en decúbito lateral, con el dorso saliente; señalar la 12.^a costilla y la línea de las apófisis espinosas; en el borde de dicha costilla y á cuatro traveses de dedo de la línea media (unos 7 centímetros) se introduce una aguja de anestesia regional de 12 centímetros, primero en el plano horizontal del cuerpo, ó sea verticalmente á la mesa en que descansa el paciente, y después oblicuamente hacia

adelante de modo que forme con el plano medio del cuerpo un ángulo de unos 45°; así la punta de la aguja pasa tangente al cuerpo vertebral, cerca de su convexidad anterior, detrás de los nervios espláncicos; la aguja debe penetrar unos 9 centímetros, y si está bien introducida *debe guardar un íntimo contacto con el cuerpo vertebral*; si se nota esta sensación, introducir un centímetro más la aguja, asegurarse de que no sale sangre é inyectar 25 á 35 c. c. de la solución de novocaína y adrenalina al 1 por 100: el líquido se difunde suficientemente en el tejido laxo retroperitoneal y baña al mismo tiempo todo el plexo solar. Después hay que cambiar la posición del enfermo para hacer la anestesia del lado opuesto.

Labat ha empleado este procedimiento en doce ocasiones, obteniendo nueve anestias absolutas, otra muy suficiente por no tener necesidad de recurrir á la narcosis y dos malas (defecto probable de técnica). Las intervenciones fueron de las más delicadas y recaían en enfermo de estado general precario (gastro-enterostomía posterior, ileo-sigmoidostomía, cura radical de carcinoma gástrico, etc.). Alguna vez se observó después de la inyección, aparte de una constante aceleración ligera del pulso, náuseas, vómitos biliosos que desaparecen en pocos minutos sin dejar ninguna huella. Las indicaciones de esta anestesia no son sólo las intervenciones sobre vísceras abdominales; los dolores epigástricos producidos por las más diversas enfermedades, pueden calmarse con ella. Por otra parte, la acción de esta anestesia no se limita á la abolición de la sensibilidad intra-abdominal, sino que se extiende á las funciones excito-motoras de los nervios espláncicos; de ahí la posibilidad de tratar los cólicos hepáticos y todas las enfermedades influenciadas por modificaciones de los sistemas vasomotor, secretor y muscular del aparato digestivo. Acompaña al trabajo un esquema que facilita bastante la comprensión de la técnica. (*Gazette des Hôpitaux*, 1920, núm. 42, pág. 662).—*E. Luengo*.

2. **Ligadura de la arteria subclavia por hemorragia de los vasos axilares.** Conservación de la circulación y de la vitalidad del brazo, por J. O. Prats Marquet.—Enferma con neoplasia, ulcerada é infectada, de la mama derecha. Metástasis axilar, ulcerada, con destrucción de la piel, tejido celular, ganglios y paredes del hueso axilar. La progresión de la neoplasia determinó la ruptura de los vasos axilares y la hemorragia consecutiva. Para cohibirla el autor, vista la imposibilidad de practicar la hemostasia en pleno tejido neoplásico, ligó la subclavia por fuera de los escalenos. En oposición á lo que era de esperar, no se presentó la gangrena del brazo, debido, seguramente, á haberse restablecido la circulación mediante la escapular posterior, rama externa de la subclavia.

Tratada posteriormente la enferma con inyecciones de selenio y anilinas, sus lesiones han mejorado notablemente. (*Anal. de l'Academia i laboratori de ciencias mèdiques de Catalunya*, any XIV, núm. 1, Enero de 1920).—*E. Luengo*.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Hiperhidrosis plantar y nuestra hipotética etiología; su tratamiento en el Ejército.**—El Dr. Julio A. López dice que las causas de esta afección por el momento se desconocen, pero, sin embargo, que se trata de una alteración del tonismo vascular, lo cual deduce de su experiencia clínica y terapéutica.

Ha observado esta afección en los que tienen pies fríos y sudores en verano, así como en los que padecen sabañones, varices, varicoceles y hemorroides, de lo cual deduce que todas esas manifestaciones constituyen elementos sintomáticos de una sola entidad mórbida.

Sus experiencias con pequeñas dosis de tuberculina, según el método de Viton, le hace creer que su etiología tiene mucho que ver con la tuberculosis, si no es una tuberculosis latente.

También ha experimentado a vacuna anti alfa de Ferrán, y como ha visto desaparecer estos síntomas, se inclina á creer que son las alfas de Ferrán las productoras de estas manifestaciones.

De sus experiencias deduce las siguientes conclusiones teóricas:

1.^a Que ciertas hiperhidrosis plantar, enfriamientos de los pies, palidez de los mismos, iguales fenómenos en las manos, facilidad para sudar en todo el cuerpo, conjuntivitis banales, pero repitiéndose, sin causa aparente; hipersensibilidad al frío, varices, varicoceles, hemorroides, sabañones, etcétera, constituyen manifestaciones de una misma entidad mórbida.

2.^a Que esa entidad mórbida es de acción general sobre el organismo, con localizaciones visibles en unas partes más que en otras, pero principalmente de elección sobre el aparato circulatorio, desequilibrando el tonismo cardiovascular normal.

3.^a Que esa entidad mórbida siendo de acción general y de larga duración en la vida del organismo, por la reacción favorable á estos dos tratamientos, puede corresponder á la tuberculosis atenuada, incipiente, ó precoces manifestaciones de la misma.

4.^a Que por las reacciones semejantes de la tuberculina, método argentino de Viton, y el del suero y vacuna anti alfa de Ferrán, indicaría que esa sintomatología estaría determinada por el bacilo alfa de Ferrán, ascendiente del bacilo tuberculoso de Koch, en su evolución biopatogénica.

El lado práctico de la cuestión, ó sea el tratamiento que ha empleado en el Ejército desde el año 1917, con excelentes resultados, es bien sencillo; emplea la siguiente mezcla finamente pulverizada y pasada por un tamiz:

Alumbre	60 gramos.
Talco en polvo	40 —

El primero en quien experimentó, fué un joven que se lavaba diariamente los pies, porque sudaba mucho, tenía un olor fétido pronunciado, y la piel interdigital de la planta adelante y en el talón, se le ulceraba. Se aplicó esta mezcla, al principio dos veces al día, al levantarse y al acostarse. Se le prohibió lavarse los pies durante cinco días, al cabo de los cuales no presentaba ya ese olor, que desde el segundo día fué disminuyendo, lo mismo que el sudor.

Después se aplicaba en la mañana solamente. Observó, en este caso, que fué el primero, que en la noche las medias estaban secas, que el olor característico no existía y el pie estaba más rosado y caliente.

Ha aplicado la misma fórmula á otros de sudores más atenuados y de pies fríos, y el resultado obtenido ha sido satisfactorio.

La cantidad á usar depende del grado de la afección, al principio debe ser abundante, y después, poco á poco, el mismo interesado lo gradúa. Puede aplicar todos los días ó cada dos ó más días, según la necesidad.

Es recomendable, porque ninguno de los otros métodos, al formol, al ácido crómico, al permanganato de potasio, etc., pueden compararse en sus efectos, ni menos en lo cómodo para su aplicación, no necesitándose fuentes ó otros aparatos, ni soluciones, que muchas veces en campaña cuesta prepararlas por falta de agua. Es recomendable á los colegas que atienden unidades de infantería, lo apliquen, sobre todo, durante las marchas.

Resumen de las cualidades del método:

- 1.^a Puede ser aplicado por el interesado.
- 2.^a La mezcla puede ser llevada en una cajita metálica, pequeña, que no dificulta los movimientos.
- 3.^a Impide ó disminuye el sudor.
- 4.^a Elimina el mal olor.
- 5.^a Impide se humedezcan las medias.
- 6.^a Impide la destrucción de las medias, por putrefacción del sudor.
- 7.^a Economía de medias.
- 8.^a Impide se impregne el cuero de los botines con malos olores.
- 9.^a Economía de botines.
10. Determina mejor circulación capilar en la piel del pie, calentándolo, por esta circunstancia.
11. Disminuye las probabilidades de excoiaciones en los pies. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 25-2-920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. La influencia excitadora y la influencia inhibidora de las lesiones del cerebro sobre la glucosuria, por el Dr. J. Lhermitte.—Conocida desde Claudio Bernard la influencia que ejercen las lesiones del bulbo á nivel del cuarto ventrículo, sobre la glucosuria, faltaba conocer el mecanismo de acción de esta pequeña operación. Admitida en un principio la idea de que actuaba por medio de los nervios vagos, se abandonó en seguida, viniendo á pensar que eran los espláncnicos los que constituían la vía de transmisión. También se creyó en un principio que se ejercía la influencia nerviosa solamente sobre el hígado, después que intervenían las cápsulas suprarrenales, pues según varios autores, en los animales decapsulados no habría glucosuria, hoy se sabe que sí se produce algo de glucosuria en animales decapsulados, pero que no se puede negar una gran influencia al exceso de hormonas segregados por las citadas glándulas en la producción del fenómeno á que nos venimos refiriendo. En el hombre también se ha visto muy á menudo que las glucosurias coincidían con lesiones del cuarto ventrículo, pero en determinadas ocasiones se hallaron en el encéfalo de sujetos que habían presentado glucosuria, lesiones localizadas en lugares distintos de dicho ventrículo, como los pedúnculos cerebrales, centro oval, núcleos centrales, corteza. Está demostrado además que la picadura del tercer ventrículo determina efectos casi iguales á la que se obtiene por la lesión de éste, disminución de la substancia cromafina de las cápsulas suprarrenales, desaparición de los efectos cuando se seccionan los nervios espláncnicos.

Estudiando detenidamente los casos de glucosuria de origen nervioso que se presentan en patología humana se aprecia que las lesiones están localizadas en la inmensa mayoría de los casos en las regiones bulbo-protuberanciales ú óptico-pedunculares. Estas observaciones están de acuerdo con los datos experimentales que tenemos acerca de la localización de los centros superiores del simpático, pues según parece éstos se encontrarían en la cara ventral de los ventrículos tercero y cuarto. Cree Lhermitte, sin embargo, que sin miedo á pecar de osado se puede llegar algo más lejos y conceder más extensión al campo del simpático cerebral, campo cuyas alteraciones patológicas pueden provocar una glucosuria persistente y una verdadera diabetes. Se funda para sentar esta afirmación en dos casos que ha visto de soldados que habían sido traumatizados. El uno sufrió una conmoción por explosión de un obús y le quedó una hemiparesia del lado izquierdo. A la par de la hemiparesia se desarrolló un síndrome diabético típico llegando á eliminar más

de 76 gramos de glucosa por litro de orina. El otro soldado ofrecía una herida de bala en el sedal que tenía el orificio de entrada á nivel de la prominencia frontal izquierda. El proyectil fué extraído mediante trepanación del temporal derecho porque se encontraba allí debajo. El resultado de esta herida fué una hemiplejia izquierda espástica muy pronunciada con midriasis del ojo izquierdo. También presentó síndrome diabético eliminando alrededor de 80 gramos de glucosa por litro de orina.

Tanto en uno como en otro caso era indudable la relación de causa á efecto entre traumatismo nervioso y la aparición de la diabetes, y reflexionando acerca de cuales serían las regiones del cerebro atacadas se viene en conclusión de que estaba comprendido en ellas el cuerpo estriado (según muchas investigaciones las lesiones de la corea suelen localizarse en los núcleos lenticular y caudal). Sabiendo hoy como sabemos que los ganglios de la base del cerebro son el sitio de localización de centros simpáticos importantes y que la alteración de estos centros da lugar á trastornos vasomotores térmicos y secretorios, no resulta desatinado creer que es la repercusión del traumatismo sobre estos centros la que da lugar al síndrome diabético. Progresando todavía más trata de explicarse el autor el mecanismo por el cual se producen estas lesiones que engendran el síndrome diabético. Toda lesión focal del cerebro puede obrar de dos modos: excitando las regiones vecinas entre las que se encontrarían en el caso presente los centros simpáticos glucorreguladores ó destruyendo centros inhibitorios, en este caso glucofrenadores.

Lhermitte se inclina hacia esta segunda hipótesis porque se resiste á admitir que lesiones eminentemente destructivas puedan dar lugar á fenómenos de excitación. Además hay casos que sirven de contraprueba á los que él expone. Cita tres casos de M. Panski y uno propio en los que una diabetes bastante intensa disminuyó considerablemente y hasta desapareció en absoluto al sobrevenir hemiplejias. Pasados los trastornos de hemiplejia, desaparecidos en absoluto todos sus síntomas, la diabetes reapareció aunque con menor intensidad que antes y en un caso no volvió á presentarse. Estos hechos permiten suponer que junto á los centros glucorreguladores los hay también glucofrenadores. Plantea también la cuestión de si esta acción frenadora se ejercerá como la excitadora por intermedio de las cápsulas suprarrenales. (*Gazette des Hôpitaux*, 6 de Enero de 1920.)

3. Diagnóstico topográfico de una ulceración del tubo digestivo, por L. Meunier.—Es evidente que la presencia de la sangre en el tubo digestivo confirma la existencia de una ulceración en el mismo, á pesar de la gran sensibilidad de las reacciones químicas coloreadas para poner de relieve la presencia de sangre, existen ulceraciones clínicamente indudables, que dan reacciones negativas; se debe esto á que la sangre se encuentra en forma de hematina, y además la inflamación de la mucosa da lugar á una secreción de moco que engloba la hematina y ambas substancias son insolubles en el agua y en las soluciones ácidas que existen en los jugos digestivos.

Para obviar estos inconvenientes, debe procederse de este modo: después de someter al enfermo durante cuarenta y ocho horas al régimen lactovegetariano clásico, se le introducen por medio de la sonda unos 200 c. c. de solución acuosa con X gotas de amoníaco oficial. Se retira una pequeña parte de este líquido y se deja lo restante en el estómago. Esta solución digiere el moco, disuelve la hematina y permite investigar la sangre con más seguridad en el contenido gástrico por cualquiera de los reactivos comunes (Mayer, Thevenon).

En las materias fecales se investiga la sangre, dando al enfermo inmediatamente después de la introducción del amoníaco, dos ó tres cucharadas de sopa de polvo de carbón en un poco de agua. La solución amoniacal de hematina es arrastrada por el carbón y en las partes negras de las heces expulsadas veinticuatro horas después de la experiencia es donde se investiga la sangre, con las mayores probabilidades de éxito. La ulceración gástrica se diagnostica por el análisis de la solución amoniacal extraída del estómago, siempre que se obtenga resultado positivo.

La ulceración duodenal, ó duodeno-pilórica, da resultado negativo cuando se investiga la sangre en el contenido gástrico; según la técnica descrita, y, en cambio, la investigación es positiva en las heces, aunque la úlcera duodenopilórica sangra poco y á veces también es negativa la reacción en las heces. La sangre de la última porción del intestino aparece en forma de hemoglobina y no de hematina; la sangre hemorroidal da reacción positiva tratando las heces simplemente con agua filtrada.

Si la sangre procede de las porciones superiores, como lo que existe es hematina, insoluble en el agua, la reacción anterior es negativa, mas si las heces se tratan por el agua amoniacal la reacción es positiva. Cuando la sangre procede á la vez de hemorroides y de partes superiores del intestino, ambas reacciones son positivas. El diagnóstico diferencial entre una lesión ulcerosa y otra cancerosa, se lleva á cabo poniendo al enfermo en cama durante ocho días y se investiga la sangre por el agua amoniacal; si es una úlcera, la sangre desaparece antes de ocho días, y persiste si es un carcinoma. (*Presse Medicale*, núm. 29, 1920, 8 de Mayo.)—*E. Luengo*.

4. Datos deducidos del estudio comparativo de 70 casos de encefalitis letárgica, por Netter.—Excluidos 20 casos observados en el Hospital Trousseau en que todos los pacientes eran niños, en los demás, seis tenían de diez á veinte años; nueve, de veinte á treinta; 16, de treinta á cuarenta; siete, de cuarenta á cincuenta; cuatro, de cincuenta á sesenta, y dos más de sesenta; la enfermedad ataca, pues, preferentemente á los adultos.

Sólo un caso de los 70 se presentó en una casa donde ya había otro individuo de la familia con encefalitis; es, por lo tanto, difícil evidenciar el contagio de la encefalitis, como ocurre en todas las enfermedades cuya transmisión se efectúa por intermedio de sujetos sanos. El autor tiene noticia de siete ejemplos de casos múltiples en la misma familia; en una hubo hasta tres.

Cuatro de los casos se presentaron en Noviembre, 19 en Diciembre, 16 en Enero, 22 en Febrero y nueve en Marzo.

A medida que la epidemia se aleja de su comienzo disminuye el número de formas letárgicas y aumenta el de formas mioclónicas ó delirantes: el de las primeras, mensualmente de Noviembre á Marzo, fué respectivamente 4, 18, 12, 4 y 1. El de las formas mioclónicas 0, 1, 4, 18 y 8.

Por no haber sido obligatoria la declaración de los casos no se puede fijar con precisión el número de éstos y el de defunciones; para París y el Sena puede calcularse en 1.500; para Francia, en 10.000. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril de 1920.)—*L. P.*

5. Tifus exantemático sin exantema, por Constantinesco y Slobozeano.—Refieren los autores la observación de dos soldados que ingresaron en el hospital, uno al cuarto día y otro al octavo de la enfermedad, y en los cuales se produjo la defervescencia á los catorce días. En ambos pacientes, examinados cuidadosamente todos los días, no se pudo apreciar la más leve erupción. Los demás síntomas clínicos y la serorreacción de Weil-Félix permitían afirmar

que se trataba en los dos casos de infección exantemática sin exantema.

Comentando lo expuesto, Danielopolu dice que lo encuentra muy raro, pues no ha visto ningún caso igual entre 1.000 que ha tenido ocasión de observar; opina que la reacción de Weil-Félix es completamente inútil, y que tiene en cambio gran importancia diagnóstica la reacción celular del líquido cefalorraquídeo.

Abundando en las mismas ideas, Vignal dice que sería mejor denominar á los casos expuestos de tifus exantemático *sin exantema perceptible*; el exantema es á veces tan ligero y fugaz, que no se aprecia sino buscándole con mucho cuidado, particularmente mirando á través de cristal azul; aun cuando el exantema no sea aparente, la inyección de las conjuntivas no falta nunca. (*La Presse Medicale*, 10 de Abril de 1920.)—*L. P.*

6. Derrames pleuríticos puriformes asépticos en el niño, por Mouriquand y Lamy.—Han observado los autores dos casos:

En el primero, en el que se trataba de una niña, el derrame se produjo tras un período de síntomas pulmonares agudos que duró cinco días. La punción exploratriz suministró un líquido seropurulento que contenía numerosos glóbulos polinucleares no deformados y de afinidad colorante conservada, algunos linfocitos y pocos glóbulos rojos. Ni el examen directo ni los cultivos revelaron la presencia de microbios. Cinco días después nueva punción negativa. Curación rápida.

En el segundo caso, niño de seis años, con signos de neumonía izquierda. La punción exploratriz proporciona líquido con los mismos caracteres que en el caso anterior, y la enfermedad siguió una marcha análoga.

Reflexiones:

No es excepcional en el curso de la pulmonía infantil observar reacciones pleurales, pero sí lo es que el líquido seropurulento sea aséptico; Vidal y Gougerot observaron cuatro casos en adultos.

El laboratorio no es indispensable para formular un diagnóstico de derrame pleurítico aséptico, pudiendo bastar la clínica: las lesiones pulmonares y pleurales siguen una marcha casi paralela; ni la curva térmica ni el estado general son influenciados por la presencia del pus en el organismo; todo pasa como si sólo existiera la neumonía.

En la práctica, no todo derrame pleurítico que se presenta en el curso de una neumonía exige la intervención quirúrgica; esperando algunos días, la afección puede resolverse por sí misma. (*La Presse Medicale*, 3 de Abril de 1920.)—*L. P.*

7. Las inyecciones intravenosas de soluciones glicosadas hipertónicas en las enfermedades infecciosas graves, por L. Cheinisse.—Well y Blankinship las ha empleado en la pulmonía gripal con excelente resultado; Richet, Hédon, Mayer y Fleig han comprobado también su utilidad, afirmando que producen abundante diuresis por deshidratación de las células del organismo.

A juicio de Enríquez y Guzmán son preferibles á las soluciones salinas porque el azúcar ejerce acción estimulante directa sobre el miocardio; la tolerancia del organismo para ellas es perfecta. Cuando hay nefritis crónica están contraindicadas. (*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.

Advertencia.

Coincidiendo la aparición de este número con el extraordinario que regalamos a nuestros suscriptores, todo él dedicado á un acto profesional importante, suprimimos por hoy únicamente el BOLETÍN DE LA SEMANA, con tanto más motivo, cuanto que ningún acontecimiento de interés ha ocurrido en estos últimos días en que la preocupación general está reconcentrada en los asuntos de huelgas y en las actitudes de protesta de ciertos elementos sociales.

DECIO CARLAN

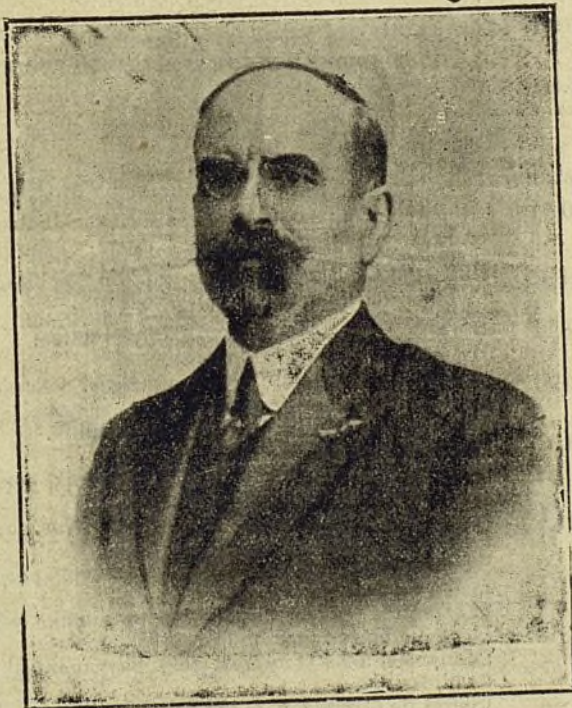
NUESTRO EJÉRCITO UNIVERSITARIO

Universidad de Valladolid.

D. León Corral y Maestro.

Nació en Castroverde de Campos (Zamora) en 20 de Febrero de 1855.

Después de prepararse con un profesor particular aprobó



en el Instituto de 2.^a Enseñanza de Valladolid en Septiembre de 1870 y en el curso siguiente todas las asignaturas del Bachillerato, y ganó el premio extraordinario del mismo en Septiembre de 1871.

En los cursos de 1871-72 al 1874-75 aprobó en la Universidad de Valladolid las asignaturas del preparatorio y licenciatura de Medicina, obteniendo varios premios—hubo curso en que ganó cinco—y licenciándose en la misma Facultad en 24 de Junio de 1875 con la calificación de sobresaliente.

En el curso de 1875-76 aprobó las asignaturas del Doctorado de Medicina en la Universidad de Madrid, doctorándose en 9 de Octubre de 1876 con la calificación de sobresaliente.

Cargos desempeñados en la Facultad.

Ayudante de escultor por oposición y luego de Clases prácticas de Anatomía, desde 13 de Julio de 1874 hasta 1879.

Médico titular de la ciudad de Alfaro (Logroño) desde 1879 hasta 1890. Se distinguió en la epidemia cólica de 1885, concediéndosele previo expediente la Cruz de Epidemias. La Academia de Medicina de Barcelona premió con Medalla de Oro su monografía sobre la misma epidemia.

Profesor auxiliar numerario de la Facultad de Medicina de Valladolid, por concurso, desde 1890 hasta 1894.

Catedrático de Patología general por oposición—primeras oposiciones—de la misma Facultad desde 24 de Junio de 1894 hasta la fecha. Ha sido siete años secretario de la misma. Es catedrático de término desde 7 de Diciembre de 1918.

Principales obras publicadas.

Elementos de Patología general, Valladolid, 1900. Obra laureada con el premio Rubio por la Academia de Medicina de Madrid. Llega á la 4.^a edición.

Prontuario de Clínica propedéutica, Valladolid, 1903. Llega á la 4.^a edición.

Noticias sobre las Triquinias y medios de evitar su propagación, Valladolid, 1879.

Apuntes sobre el contagio de la tisis pulmonar, Madrid 1884.

Las dificultades de la Evolución en Biología, Valladolid, 1915.

D. Diego de Corral y Arellano y los Corrales de Valladolid, Madrid, 1905, con láminas y facsímiles.

D. Alvaro de Luna, según testimonios inéditos de la época, Valladolid, 1915. Con un facsímil.

El derribo de la Universidad de Valladolid, Valladolid, 1918. Con láminas y un facsímil.

Deficiencias de los abastecimientos de agua de las poblaciones españolas. ⁽¹⁾

El medio más expedito para lograr la reducción de la mortalidad en España, es dotarla de buena legislación primero, y hacer luego que ésta se cumpla.

La ley de Aguas española vigente de 13 de Junio de

(1) Véase el número 8.465.

1879, digna de elogios en otros particulares, no lo es en cuanto se refiere al abastecimiento de aguas en las poblaciones, pues en su art. 164 señala como dotación normal de una población la exigua cifra de 50 litros por día y habitante y consiente sólo la expropiación de 20 litros de agua potable de la destinada á otros aprovechamientos.

Es cierto, sin embargo, que ya en los motivos ó fundamentos de la ley se reconoció que el límite de la dotación de agua expropiable debe cambiar con los adelantos de la civilización, y admitió aquella reducida cantidad en atención al estado de nuestras costumbres, pero debió haber señalado una cifra mucho mayor.

Para dar idea de las cuantiosas dotaciones de que disfrutaban algunos poblados en comparación con los nuestros menos favorecidos, bastaría citar la cantidad de agua correspondiente á los abastecimientos de varias de las grandes ciudades mundiales.

La Administración pública se ha preocupado del abastecimiento de aguas de las poblaciones, pero con criterio no uniforme, ni siempre bien orientado.

El art. 109 de la Instrucción general de Sanidad pública española, aprobada por Real decreto de 12 de Enero de 1704, en concordancia con la ley Municipal vigente, confía á los Ayuntamientos el suministro de aguas á las poblaciones, así como la vigilancia de su pureza en depósitos, cañerías y manantiales.

También se asigna á las Corporaciones populares la protección contra las infecciones de las fuentes públicas, arroyos y manantiales.

Cuando la dotación de agua potable y de uso doméstico en un Ayuntamiento no fuera suficiente, el inspector municipal propondrá á su Junta de Sanidad una información para procurar remedio al defecto. Si careciese de recursos el Ayuntamiento, se elevará á la Junta provincial de Sanidad una información para graduar la necesidad sanitaria é indicar las subvenciones oportunas á cargo de la Provincia ó del Estado.

Por desgracia, estas disposiciones no han surtido el resultado deseable, según se consigna en la estadística.

Las principales disposiciones respecto al aprovechamiento y conducción de aguas son las leyes de 27 de Julio de 1883, 26 de Julio de 1888, 7 de Julio de 1905 y los reglamentos de 9 de Abril de 1885 y 15 de Marzo de 1906.

El ministro de Fomento ha dictado la Real orden de 14 de Julio de 1911 y más especialmente un Real decreto de 27 de Marzo de 1914, en el cual se establecen los auxilios que pueden otorgarse á los Ayuntamientos desprovistos de recursos ó que no los tengan suficientes para procurar el abastecimiento de aguas al poblado.

Son importantísimos el Real decreto de Gobernación de 22 de Diciembre de 1908, las Reales órdenes de 14 de Agosto y 28 de Julio de 1911 y la de 5 de Marzo de 1912, en la que se previene que debe redactarse por el Real Consejo de Sanidad el proyecto de ley de Defensa del agua potable, trascendental disposición que no se ha cumplido todavía y hace mucha falta como lo comprueba el cuadro siguiente.

Abastecimientos de agua á poblaciones españolas.

(Datos del Sr. Bentabol.)

Población y habitantes.	CAUDAL		Precio. — Pesetas por metro cúbico.	PROCEDENCIA Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS
	Total diario.	Por día y persona.		
	— Metros cúbicos.	— Litros.		
Avila, 11.712.	150	14	Gratuita.	Ocho fuentes (Dehesa de Herrerías), á 3 kilómetros; conducción por tubería de hierro y barro.
Burgos, 30.856.	8.640	»	0,30	Río Arlanzón; parte se usa para riego é industria.
Cáceres, 15.433.	174	»	»	Aguas escasísimas y malas.
Cádiz, Puerto Real, Puerto de Santa María y San Fernando.	3.500	27	0,90	Las aguas son consumidas por 130.000 habitantes. Se elevan á 72 metros.
Ciudad Real, 14.760.	75	5,7	1,50	Pozo-noria de caballería; tubería de barro.
Gerona, 16.081.	4.500	»	»	La capa freática es abundante.
Huelva.	2.000	100	0,20	Las aguas tienen 19° hidrotimétricos. Son elevadas á 30 metros.
Irún.	430	»	»	Suministra 5 litros de agua por segundo.
Jaén, 30.000.	150	5	3,5	Fuente de la Magdalena.
Jerez de la Frontera, 60.004. ..	17.000	»	»	Acueducto del Tempul de 46 kilómetros, con depósito de 19.500 metros cúbicos.
Linares, 35.283.	»	»	»	Mina de la Virgen de Linarejos. Malas condiciones.
Madridejos, 9.000.	30	3,3	1,5	Arroyos Montero y Goachín; conducida por tuberías de barro.
Mérida.	800	80	»	500 metros cúbicos del acueducto romano y 300 de Valhondo (1896).
Morella, 4.200.	11,5	»	»	Manantial á 2.400 metros; sólo hay fuentes públicas.
Murcia, 108.408.	»	»	1,50	Sierra de Carrascos, á 7 kilómetros. Se usa además agua del río Segura.
Rota.	80	»	1,00	Pozos de la huerta de Espantaperros.
Segovia, 15.000.	6.220	400	0,019	Riofrío á 15 kilómetros. Marca sólo 40 hidrotimétricos.
Sevilla, 146.205.	12.000	»	0,50	Acueducto romano Caños Carmona. Ese caudal ha disminuido.
Soria, 7.000.	68	»	»	La Veguilla (con el arreglo proyectado).
Teruel, 9.938.	»	»	»	Malpartida, de la Peña del Macho para ocho fuentes. Otra ídem de Guadalquivir.
Toledo, 23.500.	»	53	0,12	Acueducto romano de Yébenes. Viajes Pozuela, Santa Ana y artificio Turriano.
Valencia, 170.000.	6.057	35,6	0,35	Agua selenitosa.

A favor del Real decreto de 27 de Marzo de 1914, se han formulado por las Divisiones hidráulicas los proyectos de dotación de agua de bastantes poblaciones, aunque éstas de pequeña importancia. Otra deficiencia de la legislación española es la de haber prescindido casi en absoluto de la ingeniería sanitaria. En general sólo se consideran problemas de médicos en unos casos, y para los médicos en otros; á pesar de que es imprescindible la labor y actuación de éstos, no es ni puede ser única, pues prescindiendo de ingenieros y arquitectos, no se pueden resolver por aquéllos solos los grandes problemas de Higiene pública.

Las disposiciones del Real decreto de 27 de Marzo de 1914, de auxilios á los Ayuntamientos, deberían ampliarse en mayor proporción y hacerlas extensivas á los saneamientos de poblaciones y comarcas.

Si deficiente es la legislación, más censurable es aún el modo de aplicarla. En general es nuestro país dado á todas las licencias y á todas las incurias; se toleran aquí todas las transgresiones en cuanto á Sanidad se refiere: la infección de los cauces y corrientes de agua, el hacinamiento urbano, la adulteración de las sustancias alimenticias, todas, absolutamente todas las enormidades son consentidas, y tan sólo cuando quiere castigarse á determinados enemigos ó agrupaciones políticas, es cuando se sacan á relucir disposiciones que se tenían por olvidadas, y se pone en vigor lo que en desuso estaba; de suerte que en los casos más favorables la ley se emplea para cometer una gran injusticia. Esto se remedia haciendo opinión pública y laborando siempre en pro de la salubridad, lo cual es más propio que de la generación nuestra, de las posteriores, que tanto por tener más energías vitales, como menos obligaciones, se hallarán en situación de hacer una campaña teórica y práctica para mejorar las condiciones sanitarias de nuestro país.

Yo cuando joven la inicié en Barcelona en 1883, dando conferencias públicas en el Ateneo, que despertaron algo la opinión dormida, y en cuanto á trabajos, hice en catorce meses los de saneamiento de Barcelona, en seis meses los de saneamiento de 5.000 hectáreas en el llano de Llobregat, y luego, los de Gracia, Valencia, Murcia y Cartagena; y no hice más porque las impurezas de la realidad (que me recuerdan el refrán «¿quién es tu enemigo?—el de tu oficio»), no me lo permitieron.

Recientemente, impresionado (como otros que hicieron distintos ofrecimientos) por los cuantiosos desastres y víctimas ocasionados en Cartagena, por los diluviales aguaceros de fin de Septiembre último, envié al señor ministro de Fomento una carta fechada en 9 de Octubre último (cuyo borrador sometí previamente á su aprobación), y á la cual D. Abilio Calderón, tanto oficial como particularmente, no dió contestación alguna. En ella ofrecí costear á mis expensas y con renuncia de todo reintegro, ni percibo de beneficio algu-

no, el proyecto completo de defensa de Cartagena contra las inundaciones.

En otras naciones como Francia, Italia, Inglaterra y Estados Unidos se han adoptado disposiciones más prácticas y ejecutivas.

Por ejemplo, en Francia existe una ley de Protección de la salud pública, de Febrero de 1902, que obliga á cada alcalde (después de oído el Ayuntamiento) á determinar las precauciones que deben tomarse para prevenir ó hacer desaparecer las enfermedades transmisibles; y las prescripciones destinadas á asegurar la salubridad de las casas, viviendas y demás aglomeraciones, sobre todo en lo relativo á la dotación de aguas potables ó á la evacuación de las sobrantes.

Los reglamentos sanitarios municipales no constituyen obstáculo á los derechos conferidos al prefecto, quien aprueba aquellos reglamentos, y caso de no tenerlos propuestos un Municipio, puede imponérselos por decreto, llegando sus facultades, en caso de urgencia ó de peligro inminente para la salud, á ordenar la inmediata ejecución de las medidas prescritas en los reglamentos sanitarios.

Si el número de defunciones de un Municipio excede durante tres años consecutivos la cifra de mortalidad media de Francia, el prefecto ordenará una investigación acerca de las condiciones sanitarias: en caso de que ésta demuestre que se requieren trabajos de saneamiento, sobre todo en el abastecimiento de agua potable, bien en el de que las aguas fecales permanezcan estancadas, el prefecto, con informes favorables del Consejo departamental de Higiene consultivo, conminará al Municipio para que ejecute el proyecto; y si no es obedecido en el plazo de un mes, el presidente de la República, oído el Consejo de Estado, ordenará los trabajos determinando sus condiciones.

Las órdenes de la Alcaldía no recurridas ó las confirmadas, caso de serlo, dan lugar á la citación de los interesados ante el Tribunal correccional y autorizan al alcalde para ejecutar de oficio los trabajos á expensas de aquéllos, así como para aplicarles el Código penal.

(Continuará.)

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID (1)

Desde pequeño empezó á padecer frecuentes catarros, y dice el enfermo que se le fijaban en la vista; ha tenido temporadas que ha estado enfermo de los ojos, pero desde el mes de Abril pasado se ha puesto peor y decidió venir al Hospital. El día que ingresó tenía ptosis, fotofobia, lagrimeo, ulceraciones en la córnea y en la conjuntiva granulaciones grandes, pero no muy abundantes. También se veían cicatrices. Hay un ligero pannus.

(1) Véase el número anterior.

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34.—Valencia.

Se empieza el tratamiento el día 7 de Octubre en el ojo derecho.

Día 7.—Con la técnica de los casos anteriores no se observa más que una ligera reacción conjuntival. El enfermo no acusa escozor ni ninguna otra molestia.

Día 8.—Sigue la ligera reacción de la conjuntiva; en los demás síntomas no hay modificación.

Día 9.—Está lo mismo.

Día 10.—Sigue igual.

Día 11.—Se hace la expresión, raclado de las granulaciones y se hace la quinta aplicación del medicamento. Al quitar el vendaje se ven las mismas modificaciones que en las observaciones anteriores consecutivas al raclado, conjuntiva muy roja, ligero edema palpebral.

Día 12.—Se hace la aplicación sexta del remedio. Sigue el ligero edema. Los demás síntomas siguen lo mismo.

Día 13.—Ha desaparecido el edema. La conjuntiva está lisa, con color casi normal. Ha disminuído algo la fotofobia.

Se aplica el contenido del séptimo tubo.

Día 14.—Está lo mismo que ayer. Se repite la técnica del tratamiento.

Día 15.—Acusó el enfermo dolor en el ojo tratado; como no se apreciaba nada á simple vista se instiló una gota de azul de metileno y se vió una ligera descamación epitelial en la córnea.

Día 16.—Ultimo del tratamiento. Se depositó en la conjuntiva el contenido del último tubo y á las dos horas se hizo el lavado.

Comparando con el otro ojo no hay otra diferencia que la de estar la conjuntiva más lisa en el tratado. Había disminuído la fotofobia y el lagrimeo, pero aumentaron el día 15 en que apareció la ulceración superficial en la córnea que ya está casi cicatrizada.

Observación 4.^a—José Mellado, de veintiocho años, natural de Valdepeñas (Ciudad Real). Ingresó el día 9 de Octubre y ocupa la cama número 2 de la sala 23 del Hospital General.

Empezó de pequeño, á los seis años, á padecer de los ojos, un catarro que dice el enfermo le duró dos meses. A los doce años enfermó otra vez y estuviéronle curando en Valdepeñas, con piedra azul, dice el enfermo.

Desde esta fecha no ha estado nunca bien de los ojos y en el mes pasado de Abril se puso peor y le mandaron venir á Madrid.

El día que ingresó tenía en los tarsos algunas granulaciones y muchas cicatrices, rayas blancas que en varias direcciones se extendían por toda la conjuntiva tarsal. No había complicaciones del globo ocular. Se empezó el tratamiento el día 1.^o de Noviembre en el ojo izquierdo.

Día 1.—Se pone en la conjuntiva el contenido del tubo número 1 del remedio y á las dos horas y media se lavó abundantemente. El enfermo no acusó ninguna sensación molesta. No hay picor ni escozor.

Día 2.—Está igual que ayer. Se pone el contenido del tubo núm. 2. A las dos horas y media se quita el vendaje y se lava. No hay reacción conjuntival.

Día 3.—Sigue igual, no hay ninguna modificación. Tercera aplicación del remedio.

Día 4.—Dice el enfermo que está peor. No puede abrir el ojo como otros días; sin embargo, no se vé nada notable, sigue igual que el primer día.

Día 5.—Se hace el raclado y expresión de las granulacio-

nes con la pinza rodillo de Knap, con la misma técnica de las anteriores observaciones. Se pone el medicamento, á las dos horas se arrastra con agua abundante. Tiene el enfermo gran edema de los párpados, más que ninguno de los casos anteriores. La conjuntiva tumefacta.

Día 6.—Sigue con el edema no tan pronunciado.

Día 7.—No hay cambio alguno.

Día 8.—Ha desaparecido el edema y dice el enfermo que se encuentra bien.

Día 9.—Está mejor. No le molesta nada, no tiene granulaciones.

Día 10.—Se hace la aplicación décima.

Comparando los dos ojos se nota una mejoría considerable y el enfermo dice que se ha curado. Repasando la historia de la observación se vé que los primeros días del tratamiento, no solamente no mejoraba, sino que se puso peor. A partir del día 5 que se hizo la expresión, inició la mejoría que ha acentuado hasta el último día.

Como síntesis de lo que hemos observado con el remedio de Sculco contra el tracoma diremos:

1.^o Que dicho medicamento no produce efecto alguno contra el tracoma.

La pequeña irritación conjuntival que se presenta después de permanecer los polvos entre los párpados es debida exclusivamente á su acción de contacto como cuerpo extraño.

2.^o El remedio de Sculco es un producto inofensivo, como unos polvos inertes y sin acción alguna parasitocida sobre el germen del tracoma. Aun empleado en las variedades clínicas que el autor aconseja, no favorece ni perjudica la marcha de la enfermedad.

3.^o Si alguna mejoría se observa con el uso de dicho remedio es más bien debida á la expresión de las granulaciones hecha con el rulo de Knapp, que á la acción del medicamento.

4.^o Los enfermos en los que un ojo se trató solamente con la expresión de las granulaciones y el otro con el remedio de Sculco y la expresión de las granulaciones, se obtuvieron los mismos resultados.

5.^o Con los tratamientos con que actualmente contamos en la terapéutica oftalmológica (nitrato de plata, sublimado, sulfato de cobre, tratamiento quirúrgico, etc.), se consiguen resultados muy superiores á los que se obtienen con el remedio de Sculco.

El Dr. *Marín Amat* (de Almería). Señores: En primer término, doy á ustedes las gracias más expresivas por la señalada é inmerecida distinción de que soy objeto, al concederme la palabra, siendo extraño á esta docta Corporación.

En segundo lugar felicito al Dr. Mansilla por su excelente y honrado trabajo acerca del remedio *Sculco* contra el tracoma, que merece plácemes, tanto por parte de la Ciencia, cuanto de los pacientes, que deben merecernos toda clase de consideraciones y de respeto. Y tratándose del tracoma, creo estar obligado, tanto por mi condición de autor de una monografía de fecha reciente, cuanto por mi cargo de oculista del Hospital de una de las provincias españolas más castigadas por el tracoma, la de Almería, á tomar parte en el debate.

Yo fui seguramente uno de los primeros ó quizá el primero de los oculistas españoles que se atrevió á dar su opinión sobre el *enigmático remedio* del Dr. Nicolás Sculco, contra el tracoma. Mi compromiso de analizar los trabajos ori-

TOLUDEN

Pelrid's C.^o, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía.

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

ginales de «Annales d'Oculistique» y de «La Clinique Ophthalmologique» para los Archivos de Oftalmología Hispano-americanos, hizo que tuviese que leer atentamente el artículo que esta última revista dedicó allá por Marzo ó Abril del año anterior á esta nueva medicación. Mi opinión personal fué redactada en estos ó parecidos términos: leyendo este encomiástico trabajo se puede hacer la ilusión de que *de aquí en adelante no más tracoma*, pero si se lee entre líneas ó se recapacita un poco, se observará que una substancia que tarda cincuenta días en curar el tracoma, que la mitad de los casos suelen recidivar, y que además necesita, como condición indispensable, el auxilio de una intervención quirúrgica en los primeros días (raclage ó expresión de las granulaciones), la desilusión nos invade y nos hace pensar que los efectos obtenidos sean debidos sola y exclusivamente á la operación que hemos practicado. ¡Quizá un exceso de cariño al tratamiento quirúrgico, al que damos la preferencia en las formas neoplásicas del tracoma, en las que dice el autor estar indicado su remedio, á la vez que una larga experiencia propia sobre esta enfermedad, nos hicieran expresarnos de esta manera.

Sin embargo, pedimos la medicación al autor, quien nos envió dos cajas, y con un poco de escepticismo (esta es la verdad), empleamos las primeras dosis del remedio. Los enfermos apenas si notaron molestias y á los días siguientes sólo pude observar una ligera irritación en la conjuntiva, sin la menor modificación del tracoma. Nos pareció ocioso seguir adelante, por saber que la intervención operatoria nos había de dar resultado.

Mi modesta opinión acerca de este preparado, es un todo idéntica á la expuesta por el Dr. Mansilla, habiendo además pensado si esta substancia que dice el autor es de origen vegetal, tuviese alguna pequeñísima cantidad de jequiriti, cuyas propiedades flogísticas sobre la conjuntiva son de todos conocidas.

Además, aprovecho la ocasión para dar cuenta á la Sociedad Oftalmológica de las experiencias por mí realizadas el verano último por encargo del Sr. Cusi, de Figueras, con una sal de cobre, el *tricitato dicúprico*, en el tratamiento del tracoma. El Sr. Cusi muy acertadamente pensaba que empleándose el sulfato de cobre tópicamente en el tratamiento del tracoma, y además últimamente en Francia el radical cobre bajo la forma electrolítica por inyección intravenosa en algunas infecciones, bien pudiera ensayarse por vía endovenosa contra la conjuntivitis granulosa. Y al efecto preparó en ampollas de 1 c. c. soluciones de esta sal de cobre que es poco tóxica, conteniendo las dosis de 4, 8, 12 y 16 centigramos de substancia activa por ampolla, poniendo á su entera disposición cuantas necesitásemos.

Tres series de experiencias practicamos con el tricitato dicúprico: la primera por inyección subcutánea; la segunda por vía intravenosa, y la tercera, inyección subconjuntival, dedicando cuatro enfermos para cada una de las series y suprimiéndoles por completo toda medicación local. Las inyecciones, tanto hipodérmicas como endovenosas ó debajo de la conjuntiva, las poníamos una por semana, comenzando por las primeras dosis. Los resultados obtenidos fueron:

Primera serie.—Vía hipodérmica: En el sitio de aplicación (región interescapular), ninguna reacción inflamatoria ni inmediata ni tardía, pero sí intenso dolor que duraba varias horas y se acompañaba de ligera reacción febril en el

día de la inyección (de 3 á 5 décimas) y aceleración de pulso, fenómenos estos más intensos con las dosis mayores. Por parte de la conjuntiva granulosa, absolutamente ninguna mejoría.

Segunda serie.—Vía endovenosa: Reducción á la mitad de la dosis, disuelta en agua esterilizada hasta completar 2 c. c. Supresión del dolor, pero persistencia de los trastornos generales. Ningún alivio por parte de las granulaciones.

Tercera serie.—Vía subconjuntival: II á III gotas de la solución cúprica inyectadas en el fondo de saco lagrimal superior, previa anestesia adreno cocaínica. Inmediatamente violento dolor que persiste varias horas. Al día siguiente inyección palpebral y quemosis, con persistencia del color azulado en el sitio de la inyección, fenómenos que desaparecen en los días siguientes, sin la menor alteración del tracoma. Sólo á uno de los enfermos del grupo se le pone la segunda inyección, que produce idénticos resultados.

En vista del fracaso de la medicación cúprica en inyección, yo pregunto á esta sabia Corporación: ¿El cobre obra como bacteriótropo (de los gérmenes desconocidos), ó solamente como cáustico?

José L. CORTES

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,6; íd. mínima, 700,9; temperatura máxima, 26°,7; íd. mínima, 9°,2; vientos dominantes, NE. E. SSO.

Escasas variaciones se han observado en la última semana en el estado de la salud pública: se sostienen en crecida proporción los reumatismos articulares y musculares, las neuralgias periféricas y se han hecho notar estados congestivos de los centros nerviosos, del aparato respiratorio y del renal.

Las enfermedades crónicas de los centros circulatorios también tienen tendencia á la agravación por congestiones pasivas é hidropesías.

Crónicas.

Federación de Sindicatos médicos.—En Denia se han reunido la Junta directiva de los Sindicatos médicos de los distritos de Villajoyosa, Callosa de Ensarriá, Pego y Denia, que se han constituido en Federación de Sindicatos médicos de la región.

Entre los reunidos se acordó exigir del gobernador de la provincia que obligue á los Municipios á abonarles sus haberes, que muchos de ellos no cobran desde hace años.

Están dispuestos á abandonar los pueblos de su residencia si después de un plazo prudencial no consiguen sus justas pretensiones.

También acordaron no ir á la huelga sin prevenir de antemano, á fin de evitar graves perjuicios á la salud pública.

Legado importante.—Comunican de Bilbao que la testamentaria de doña Juana de Ugarte ha hecho entrega de un donativo de 5.000 pesetas con destino al Hospital de Victoria Eugenia, de la Cruz Roja española de aquella capital.

Al señor gobernador civil de Zaragoza.—Ni somos denunciadores, ni menos delatores, ni amigos de recordar á las autoridades el cumplimiento de sus deberes; pero tampoco aceptamos gustosos el papel de sandios con quienes puede juzgarse apelando á habilidades rústicas y á expedientes de mala fe. Decimos esto, porque en la provincia del digno cargo de V. E. aparece un periódico con la fecha tres meses anterior, algunas veces, al día de su aparición, y como en ese papelito se suelen insertar agravios, injurias y aun calumnias dirigidas á personas respetables, éstas pueden verse incapacitadas

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 muestras gratis. LABORATORIO PESQUI Prim 25. San Sebastián

de acudir á los Tribunales en su defensa, porque por la falsa fecha puesta al frente, resulte transcurrido el plazo en que puede reclamarse, según la ley vigente, contra el delito cometido.

Creemos que bastará con esta advertencia para que se obligue á dicha publicación á cumplir con lo á que está obligada y que excusa, confiando, sin duda, en la impunidad de su insignificancia.

Modificación de la convocatoria para ingreso en el Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad.—El ministro de la Gobernación publica en la *Gaceta* una Real orden disponiendo:

1.º Que por virtud de la organización dada al Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad en la nueva plantilla aprobada por la vigente ley de Presupuestos, queda modificada la convocatoria publicada en virtud de la Real orden de 24 de Octubre último, en el sentido de que los opositores que ingresen cubrirán las últimas plazas de dicha plantilla que resulten vacantes, con el sueldo ó gratificación de 5.000 pesetas en las provincias á que sean destinados.

2.º Que el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de oposición y visar la documentación presentada por los opositores resolviendo sobre su admisión ó exclusión definitiva, lo presida V. I. y se constituya con los Sres. D. Francisco Murillo y Palacios, académico de la Real de Medicina; don Gregorio Marañón, consejero del Real de Sanidad; D. Leonardo Rodrigo y Lavín, subinspector de Sanidad interior, y D. Mario González de Segovia, inspector provincial de Badajoz; y

3.º Que los expresados ejercicios de oposición den principio á las doce del día 31 del corriente, en el salón de actos del Real Consejo de Sanidad, en este ministerio.

Asamblea de clases médicas en Teruel.—En el palacio de la Diputación provincial de Teruel se celebrará el 2 de Junio una asamblea magna de médicos, farmacéuticos, veterinarios, practicantes y matronas para constituir la unión de clases médicas de la provincia y estudiar el proyecto de creación de una casa social en Teruel.

Viaje del inspector general de Sanidad.—El inspector general de Sanidad, Sr. Martín Salazar salió el lunes por la noche para Sevilla donde dará una conferencia sanitaria.

Desde aquella capital se trasladará á Chipiona, donde hará una visita de inspección al Sanatorio de Santa Clara, y últimamente visitará en Málaga el Hospital de leproso.

Fiesta benéfica.—La rifa que ha de verificarse en los jardines de los duques de Medinaceli á beneficio de la Cruz Roja, está fijada para el día 5 del mes próximo.

En el palacio de Medinaceli se reciben continuamente los objetos artísticos y de gran valor con los que se han de premiar los billetes agraciados.

Como ya hemos dicho, la familia real asistirá á la fiesta.

Consultas públicas.—El Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia (Tutor, 36) ha realizado durante el pasado mes de Abril en total 4.875 asistencias (inyecciones, consultas, etc.).

Se hicieron tratamientos por radioterapia é investigaciones con rayos X á 121 enfermos.

Por la señora presidenta del Ropero de Santa Rita de Casia, doña Consuelo Avalos de Espina, se ha continuado socorriendo con ropas de todas clases, de abrigo y de cama.

Defunción.—El día 14 del corriente mes de Mayo falleció en La Solana (Ciudad Real), nuestro antiguo y distinguido amigo D. Ramón Campillo, donde ejerció la profesión con el beneplácito de todo el vecindario.

Descanse en paz nuestro compañero y reciba su distinguida familia nuestro sincero y sentido pésame y en especial su hijo D. Gabriel, distinguido alumno de Medicina.

En honor del Dr. Lavín.—Los catedráticos de la Facultad de Medicina de Cádiz han obsequiado con un banquete en el Hotel de Francia al Dr. Lavín, con motivo de su nombramiento de subinspector de Sanidad interior.

Presidió el Dr. D. Angel Ferrer, quien en su brindis elogió al Dr. Lavín y lamentó que éste se ausente de la Facultad á causa de su nombramiento.

El festejado contestó emocionado y se ofreció en Madrid á sus compañeros de la Facultad de Medicina de Cádiz.

Curamos con electricidad, rayos X y radium en sus diferentes formas, variedades y aplicaciones médicas, cáncer, lupus, bocios, tumores graves, reumatismo, gota, artro-

tis deformantes, parálisis, neuralgias, neuritis y mielitis, dispepsias neuromotrices, colitis mucromembranosa, graves afecciones de la piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes y enfermedades crónicas imposible mejorarlas con ningún otro medio. Instituto Radiumterápico, Princesa, 58.

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 clases de oposiciones, y cuesta 4 pesetas al año.

Concurso de Médicos.—Hospital de Caridad de Cartagena.—Se convoca á concurso para proveer una plaza de médico cirujano en este santo Hospital de Caridad. Las solicitudes se admitirán en el despacho del hermano mayor hasta el día 20 del próximo mes de Junio, á las seis de su tarde.

Las condiciones del concurso y del cargo se darán á conocer por el referido señor Hermano mayor á quien lo solicite del mismo.

Cartagena, 20 de Mayo de 1920.—El secretario, Tomás Carlos Roca.

Al presente número acompaña una circular informativa, cuya lectura recomendamos, sobre el producto farmacéutico «Hemostyl» suero fresco hemopoietico del Dr. Roussell.

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

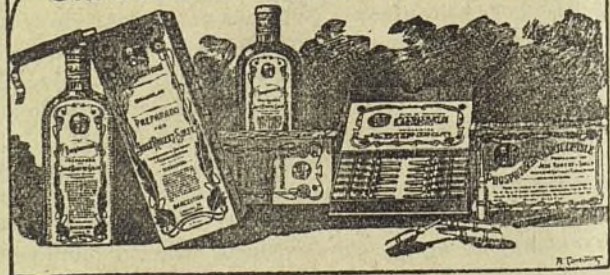
PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Lauria 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

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