

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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



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

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

**V. CORTEZO**  
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

**L. ELIZAGARAY**  
Médico del Hospital General de Madrid.

**A. FERNÁNDEZ**  
Alumno de Medicina.

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

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

**F. GONZÁLEZ AGUILAR**  
Director-Médico del Instituto Cervantes.

**J. GOYANES**  
Cirujano del Hospital General de Madrid.

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

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

**F. LOPEZ PRIETO**  
Ex-Médico-Titular.

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

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

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

**B. NAVARRO CÁNOVAS**  
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

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

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

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

**P. DEL RÍO HORTEGA**  
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

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

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

**F. TELLO**  
Sub-Inspector General de Sanidad.

**L. URRUTIA**  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Una curiosa variante del síndrome de Bloch, por el Dr. César Juarros. — Clínica y laboratorio, por don Pablo Luengo. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Un redactor. — ¡¡Gracias!! por Carlos María Cortezo. — Nuestro ejército universitario. — Sección Oficial: Ministerio de Hacienda. — Ministerio de la Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

### Una curiosa variante del síndrome de Bloch

POR EL

DR. CESAR JUARROS

(Madrid).

La continua y constante desmembración del clásico grupo de las psiconeurosis, es un hecho que teóricamente conocen todos los médicos; pero del cual hacen escasa aplicación práctica. Los diagnósticos de histerismo y neurastenia, sin motivo alguno que explique ó permita presentar su raigambre etiológica, no sólo no disminuyen, sino que aumentan. En bastantes casos quien impuso el diagnóstico fué el propio enfermo presentándose en la consulta pidiendo remedio para su neurastenia.

Por esta paradógica actitud han ejercido tan escasa influencia los progresos de la endocrinología en la disminución de enfermos reputados como de neurosis funcional.

Así, por ejemplo, vemos con desconcertadora frecuencia, casos claros de hipertiroidismo que llegan á nosotros con la injusta etiqueta de «histerismo». Sobre tan interesante cuestión acabamos de publicar un trabajo: *Hipertiroidismo y pseudo-histerismo, Plus-Ultra*, números 15 y 16, 1919—en el cual llamamos la atención sobre el hipertiroidismo predominante en algunas observaciones de síndrome de Bloch. Hemos visto ade-

más de la enferma allí citada, otra motivadora de estas cuartillas, de mucho mayor interés clínico.

El síndrome de Bloch — *Medical Record*, vol. XC, número 23, 2 de Diciembre 1916—hállase integrado por las siguientes peculiaridades:

I. Se presenta preferentemente en las viudas jóvenes, en las divorciadas y en mujeres que ven interrumpida brusca y totalmente su vida sexual. Mujeres de apetencia sexual no satisfecha.

II. El fondo sintomático encuéntrase constituido por un cuadro muy complejo á base de insomnio, irritabilidad, crisis de llanto. Se tornan estas enfermas muy susceptibles y además presentan síntomas sueltos de los pertenecientes á diversas psico neurosis; la astenia, la pronta fatiga y la falta de aptitud para el trabajo de la neurastenia; la vanidad, pretenciosidad teatral y el creerse centro de la curiosidad ajena de la paranoia; la variabilidad, el exceso de facilidad para la sugestión y lo hipersensible de mamas y ovarios del histerismo.

III. Pigmentación cutánea anormal, á veces limitada á un tinte más moreno de la piel y representada la mayoría de las veces por manchas morenuzcas, que recuerdan á las de los addisonianos, en los muslos, las mejillas ó los lados de la frente.

IV. Signos claros de alteración tiroidea y ovárica.

V. Signos físicos representados por estreñimiento, lengua saburrosa, fetidez de aliento, poliuria, engruesa, miento ó adelgazamiento.



VI. Curación siempre que se emplea el tratamiento opoterápico adecuado.

Marañón en su libro «La edad crítica»—1919—incluye el síndrome de Bloch entre las pigmentaciones climatéricas que se presentan en mujeres solteras, sobre todo en las que lo han sido contra su voluntad, apartándose así un poco del concepto de Bloch.

Una vez expuestos estos antecedentes, pasaremos a relatar el caso por nosotros observado, que presenta algunas particularidades distintas de las señaladas por los autores que se ocuparon de este síndrome.

Trátase de una mujer de veintiocho años, sin antecedentes ni hereditarios ni personales que merezcan mención especial. Regló normalmente siempre y salvó dos o tres dolencias de las comunes en la infancia, jamás hubo de necesitar asistencia médica. Casó muy de su agrado hace tres años, transcurridos en una apasionada luna de miel. Durante todo este tiempo ni la menor anormalidad de carácter, ni la más pequeña exaltación nerviosa.

En Mayo de 1919 muere, en una estancia del centro de la República Argentina, un tío del marido de nuestra historiada. Plántase el problema de ir a recoger la herencia, y el matrimonio, no muy sobrado de fondos, se ve en la dura necesidad de separarse, quedando ella en Madrid.

Los primeros días son tremendos, transcurren en un llanto continuo. La enferma, todavía con todas las apariencias de la salud, no cesa de gemir y desesperarse, pasando muchas noches de blanco en blanco.

La familia no concede gran importancia a todo ello atribuyéndolo al dolor de la separación. Mas los trastornos se acentúan. Truécase el carácter en quebradizo y puntilloso, hasta resultar inaguantable.

Las actitudes, los gestos, las palabras, cobran un extraño aire teatral y pomposo. Hay un desmedido afán de supremacía, de imponer la propia opinión, y contrayendo con todo ello, extraordinaria facilidad para el cansancio físico y mental. Duerme mal y no digiere bien. Sospecha de todos y a todos moteja de desleales y traicioneros. Se lamenta de haber enflaquecido y encontrarse más morena. Se presentan accesos de irritabilidad durante los cuales no llega a la agresión personal; pero sí rompe platos, desgarrá pañuelos y quiebra vasos.

Da principio el inevitable desfile de médicos y el diagnóstico más corriente es el de histerismo; alguno lanza el de neurastenia. Los periodos de agitación se hacen más frecuentes y la familia piensa en la reclusión.

En estas condiciones soy llamado a ver a la supuesta histérica, y además de los síntomas citados más arriba, descubro taquicardia, sudores y sensaciones repentinas de calor, descubridores de un estado de insuficiencia ovárica y el signo de Moebius y temblor fino recordando el de los alcohólicos, lo cual unido al enflaquecimiento, a la hiperclorhidria y a una gran inestabilidad vasomotora, hace indiscutible la existencia de un estado de hipertiroidismo.

Después de numerosas vacilaciones, es deber de

lealtad confesarlo, hago un diagnóstico de síndrome de Bloch, y sometiéndome a las ideas de este autor, apelo a los preparados ováricos, tanto más cuanto que podrían llenar una doble indicación, pues de todos es sabido que muchos autores, Sainton, Jardry, Teissier, etc., los recomiendan en el hipertiroidismo.

Consigo un pequeño alivio; pero como resulta pequeña la ventaja, me decido a usar el suero antitiroideo, llegando a la dosis de 12 ampollas diarias.

En dos meses la enferma vuelve a la normalidad, y así permanece hasta el pasado Noviembre, en que logra su simpática ambición de ir a reunirse con el marido.

El interés fundamental del caso reside en el predominio del hipertiroidismo no señalado por los autores. Se han publicado éxitos por la opoterapia ovárica y tiroidea combinados; mas hasta ahora, que yo sepa, no se registraron casos análogos al aquí descrito.

Marañón, en su libro antes citado, narra un caso de síndrome de Bloch con hipertiroidismo con predominio de la insuficiencia ovárica en una soltera de treinta y nueve años.

Un caso aislado no autoriza a la aventura de sacar conclusiones, y por ello nos limitamos a remarcar las peculiaridades capaces de hacer pensar en nuevas modalidades del síndrome aislado por Bloch.

XV-IV-XX.

## CLINICA Y LABORATORIO <sup>(1)</sup>

POR

D. PABLO LUENGO

Médico en Naval Moral de la Mata.

Enferma, M. G.

### Análisis hematológico.

El examen microscópico de las preparaciones fijadas con alcohol absoluto y coloreadas por el método de Giemsa, puso de relieve los caracteres siguientes:

Existencia de no muy numerosas formas en anillo (*monontes* jóvenes), endoglobulares, pequeñas, cuyo núcleo frecuentemente se presentaba constituido por dos diminutos gránulos cromáticos, a veces perfectamente separados, bien por una corta distancia recordando la imagen algo grosera de una herradura, o bien situados en los extremos de un diámetro del protoplasma circular. La investigación detenida permitió encontrar casos de biparasitismo en un mismo hematíe. Finalmente, se han encontrado también formas semilunares (*gametocitos*, formas sexuales) en cantidad algo mayor que las formas en anillo, pero en conjunto poco abundantes.

Se trata, por tanto, desde el punto de vista parasitológico, de infección palúdica, producida por el *Laverania malariae*, agente del paludismo tropical, de las fiebres estio-otoñales (subterciana estio-otoñal o terciaria espuria y fiebre cotidiana) y de las perniciosas.

(1) Véase el número anterior.



La forma leucocitaria es como sigue:

	Por 100.	Normal por 100.
Granulocitos neutrófilos.....	40,5	70
Idem eosinófilos.....	1	2
Idem basiófilos (Mastzellen).....	0,5	
Metamielocitos neutrófilos (ó granulo- citos de transición).....	2	
Linfocitos propiamente dichos.....	36	25
Linfocitos leucocitoides (linfo-leucoci- tos de Pappenheim).....	6	1
Grandes mononucleares sin granula- ciones.....	8,5	1
Formas de tránsito de la serie linfoide.	5,5	1
TOTAL.....	100	100

Existe, pues, una evidente mononucleosis con linfocitosis, que llega al 42 por 100 (incluidos los linfocitos propiamente dichos y los leucocitoides de Pappenheim). Además, el desequilibrio linfoide se hace más notable por la existencia algo acentuada (5,5 por 100) de formas de transición. No faltan tampoco los grandes mononucleares, tan frecuentes y casi podemos decir característicos del paludismo, de un modo indudable desde luego, cuando se presentan como verdaderos macrófagos, conteniendo en el interior de su protoplasma granos de melanina (*hemoxoína*), como se observó cuatro veces en los once mononucleares grandes encontrados en el caso que nos ocupa y que contribuye a sostener la evidente é importante acción fagocitaria que ejercen en la malaria.

Aunque no se practicó el recuento de la cifra total de leucocitos por milímetro cúbico, es bastante notoria la existencia de una leucopenia, hecho también sumamente frecuente en el paludismo.

El índice Arneth dió el siguiente resultado:

Del tipo.....	A	B	C	D	E	TOTAL
	12	44	40	4	0	100
Número de lóbulos nucleares.	12	88	120	16	0	236

Hay, por tanto, una palpable desviación hacia la izquierda del índice de Arneth (normalmente el número de lóbulos nucleares por 100 leucocitos neutrófilos es de unos 275); por otra parte, ya en la fórmula leucocitaria existen formas jóvenes de la serie mieloide (metamielocitos), lo cual indica claramente, junto con el índice de Arneth, un cierto grado de agotamiento del órgano leucopoyético (medula ósea), lo cual agrava un tanto el pronóstico; sin embargo, no se han encontrado granulocitos mononucleares (mielocitos), ni tampoco formas mieloblásticas.

En cambio las alteraciones globulares, aunque pronunciadas, no acusan un grado avanzado de anemia, pues se reducen á anisocitosis bien marcada y ligera poiquilocitosis, con presencia de hematíes basiófilos únicamente.

No se pudo contar el número total de glóbulos rojos, ni medir la cantidad de hemoglobina, por lo cual desconocemos la cifra del valor globular, y por lo tanto, los datos quedan incompletos en este sentido.

Si de las formas ó tipos agudos del paludismo, pasamos al crónico ó más ó menos sub-agudo, son muchísimos los casos cuyo diagnóstico pudiéramos decir depender sólo del análisis parasitológico, porque tal es la variedad de cuadros patológicos que los enfermos presentan, que su encasillado nosológico se hace muy difícil aun para los espíritus más perspicaces y más acostumbrados á desenvolver las casi siempre nebulosas ecuaciones de la Patología, como sucedió en el siguiente caso.

*Observación 3.ª.*—No hace mucho tiempo me consultó una enferma de treinta y seis años de edad, casada, de buena constitución pero con señales inequívocas de agotamiento físico y mental, á juzgar por su demacración, el color terroso del semblante, lo apagada y lenta de su voz, y por lo difícil de la progresión efecto de la debilidad, hasta el extremo de venir á la consulta apoyada en el brazo de su esposo: su historial clínico, confuso y desordenado, databa de hacía tres meses, atribuyendo su enfermedad á una fuerte emoción, seguida de un proceso febril anómalo sin diagnóstico preciso: la paciente manifestaba sentir opresión torácica, cansancio en la marcha, trastornos digestivos, con alteraciones diarreicas y un dolor permanente, aunque no agudo, en la región hepática, expresando además que se la presentaban manchas hemorrágicas en las piernas, relacionadas según su parecer con la desaparición de la menstruación, aunque no creía hallarse en gestación. El aspecto exterior de la enferma revelaba anemia acentuada, confirmada por el examen de las mucosas, y el pulso débil y frecuente denotaba elevación térmica como se comprobó con el termómetro que marcaba 38°,5; el reconocimiento del pecho no acusó anormalidad en el aparato cardio-pulmonar, y solamente se observaba disminución del murmullo vesicular, fenómeno debido al parecer al estado depresivo y melancólico; en el aparato digestivo existía dilatación gástrica, meteorismo y algún tanto aumentadas las zonas pleximétricas hepática y esplénica, con resentimiento doloroso en la primera á la palpación profunda, y por último, en las extremidades inferiores; se veía un punteado hemorrágico purpúreo con ligeros edemas en los pies, más acentuado en las partes inferiores de las ambas tibias, edemas que no estaban relacionados con procesos renales, porque la orina no contenía albúmina.

El cuadro de síntomas expuesto con las alteraciones digestivas gastro-intestinales mencionadas, inclinaban al ánimo á diagnosticar una infección de marcha lenta, del aparato digestivo, mas ante la duda de este juicio clínico, la dispuse al día siguiente por la mañana al encontrar á la enferma apirética, una inyección de Quinafer, al mismo tiempo que practiqué unos frotis, cuyo análisis parasitológico confirmó plenamente la naturaleza malárica del padecimiento, si bien á *posteriori*, siendo tan beneficioso el efecto terapéutico del medicamento que la enferma se quedó admirada de su rápida mejoría y curación.

#### IV

En los casos clínicos expuestos, el diagnóstico clínico se anticipó al parasitológico, así como en el que á



continuación se relata, el análisis hematológico resolvió de plano el diagnóstico, que quedó con un interrogante después de la exploración y reconocimiento del enfermo.

**Observación 4.ª.**—Hace dos meses solicitó mi asistencia G. R., de treinta y dos años de edad, casado, con dos hijos pequeños, sano y robusto, y aunque su aspecto era enfermizo, presentaba buena complexión orgánica; su madre murió de un cáncer mamario y su padre disfruta de excelente salud, y en cuanto a sus antecedentes, de pequeño padeció sarampión; á los diez y ocho años una adenitis supurada en la región inguinal, múltiples forúnculos en diversas épocas, y por fin, hace cinco años, sufrió por espacio de dos meses un proceso febril con trastornos gastro-intestinales, el cual se trató como paludismo, curando por completo, hasta hace un mes que empezó su enfermedad actual, por cansancio, inapetencia, pesadez y plenitud gástrica y accesos febriles sin tipo ni forma determinada, quejándose en la actualidad de fatiga bastante acentuada con la marcha y el más ligero esfuerzo, respirando con dificultad, notando el vientre duro y un estado general de abatimiento que no sabe si obedecerá á la debilidad ó porque le dé fiebre.

Reconocido detenidamente, sólo se aprecia, aparte de la anemia y de un color ligeramente sub-ictérico de las conjuntivas, una esplenomegalia tan considerable que la viscera rebasa la línea media abdominal y descendiendo y ocupa la fosa ilíaca izquierda, no dando lugar á duda de que se trata de un bazo voluminoso por su forma, su contorno y dureza, apreciándose por la palpación en su borde anterior superior estrangulado, explicándonos este enorme infarto visceral las múltiples sensaciones y fenómenos que el enfermo observaba en la cavidad abdominal y en la torácica.

El problema clínico á resolver era averiguar la causa de la hipertrofia del bazo, y con más ó menos claridad pasaron por nuestra mente el paludismo, las leucemias, sífilis, tuberculosis, neoplasias, enfermedad de Banti, etc., etc., y ante la certeza de un diagnóstico, hicimos unos frotis, esperando del análisis hematológico que nos resolviera nuestras dudas, recibiendo una verdadera satisfacción científica al leer el siguiente análisis en el cual se consigna el diagnóstico de la enfermedad desapareciendo toda incertidumbre.

#### Análisis morfológico de sangre.

Preparaciones por extensión en capa fina fijadas con alcohol absoluto y coloreada por el método de Giemsa (procedimiento lento).

El examen microscópico de las mismas pone de relieve la existencia de un número extraordinariamente considerable de glóbulos blancos, pudiéndose contar en cada campo microscópico unos 25 ó 30 aproximadamente. Por lo tanto, hay que suponer que existe un aumento enorme del número total de leucocitos por milímetro cúbico.

El promedio de la fórmula leucocitaria sobre 400 leucocitos contados, es el siguiente:

#### Fórmula leucocitaria.

	Por 100.	Normal por 100.
Leucocitos polinucleares (granulocitos)		
neutrófilos	50,5	70
Idem íd. (íd.) eosinófilos	4	2
Idem íd. basiófilos (Mastzellen)	1	
Granulocitos de transición (metamielocitos) neutrófilos	4	
Idem íd. (íd.) eosinófilos	2	
Mielocitos neutrófilos	3	
Idem eosinófilos	1,5	
Promielocitos neutrófilos	9	
Idem eosinófilos	1,5	
Mieloblastos	8,5	
Hemocitoblastos (Ferrata)	6	
Linfocitos propiamente dichos	8	25
Grandes mononucleares sin granulaciones		1
Linfocitos leucocitoides de Pappenheim	1	1
Formas de tránsito de la serie linfocítica		1
<b>TOTAL</b>		<b>100</b>

Existen además numerosas formas atípicas de difícil clasificación exacta, especialmente del tipo promielocítico, pero sin granulaciones (*promielocitos agranulosos*), que pueden interpretarse también como linfocitos atípicos, pues presentan un protoplasma regular y no muy intensamente basiófilo, sin granulaciones y con un núcleo algo diferenciado en el sentido mieloides, en el cual á veces se observan restos de nucleolos anteriores.

Hay también algunas formas de división atípica, que se presentan como células de un gran tamaño, protoplasma basiófilo con ó sin granulaciones casi siempre azurófilas y con dos núcleos separados de forma ovoidea perfecta ó aplanados por las superficies contrapuestas.

Por último, se han visto también normoblastos bastante abundantes. En los glóbulos rojos hay señales de alteraciones de la hemoglobina, poco pronunciadas (ligera basofilia observada en algunos).

Se trata, por tanto, de un cuadro hemático que corresponde exactamente al síndrome hemático de las leucemias del tipo espleno-mieloides, porque aunque no se ha practicado el recuento de la cifra total de leucocitos por milímetro cúbico (por no disponer del aparato de Thoma Zeiss, ó cualquiera otro), solamente por la simple inspección microscópica del frotis de sangre, se comprende con toda seguridad el evidente aumento del número de glóbulos blancos, y si bien este aumento es igualmente manifiesto en los casos de hiperleucocitosis, no obstante, sólo en la leucemia es donde se observa una tal abundancia de formas primitivas de la sangre (hemocitoblastos y mieloblastos).

La escasa cantidad de linfocitos excluye el que pudiera tratarse de una leucemia linfocítica.

En armonía con el diagnóstico se puso un tratamiento á base de arsénico, que no dió resultado, pues según lo que me comunica el inteligente médico de cabecera D. Bernardo Secall, la enfermedad sigue un curso funesto, porque la fiebre no desaparece, las hemorragias nasales son frecuentes y abundantes, los in-



fartos ganglionares son numerosos en el cuello, axilas, regiones inguinales y supra é infraclaviculares, la estomatitis es muy acentuada, que en unión de otros síntomas como dolores en la región esternal, púrpura, etcétera, demuestran la malignidad del proceso leucémico en el presente caso.

## Periódicos médicos.

### UROLOGÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. La uretroplastia venosa, por Legueu.**—En un niño con hipospadias y tuberculosis renal, en el que después de hacer la nefrectomía rehizo el autor la uretra con el uréter, obtuvo malos resultados. Lo mismo suele ocurrir cuando con el mismo objeto se toma el apéndice del paciente; su calibre es á veces insuficiente para dar paso á la orina, no siempre está sano, y es difícil desinfectarle aun lavándole en agua oxigenada.

De uretroplastia venosa refiere el autor estos casos: Un soldado sufrió un balazo que le rompió la uretra por la porción escrotal. Los dos cabos uretrales se retrajeron cada uno hacia su lado, formándose cicatrices muy tensas y haciéndose impermeable la uretra, á través de la cual no podía pasarse ninguna sonda. Se había practicado la cistotomía suprapúbica.

Durante tres años el paciente fué objeto de una serie de operaciones. Se hizo primero la escisión del retraimiento uretral, con el fin de preparar el terreno para una autoplastia ulterior; la primera autoplastia, hecha con mucosa vaginal, fué un fracaso completo; después de introducida con mucha dificultad la mucosa vaginal, fué eliminada íntegramente. La segunda autoplastia, practicada cinco meses después, se hizo con la vena yugular externa del paciente. El injerto se hizo en tal forma, que requirió varias intervenciones ulteriores, para hacer perfecto el abocamiento de la vena con los extremos uretrales. Actualmente el paciente está casi curado, pudiendo de cuando en cuando sondarse él mismo con bujía del núm. 17.

En otro hombre se produjo rotura perineal de la uretra. Uretrorrafia circular. Sutura de los dos extremos. Desunión de la sutura. Retracción traumática completa. Algunos meses después practica el autor la escisión de la retracción cicatricial y aboca el extremo uretral á la piel del periné. Cuatro meses más tarde hace la autoplastia venosa, con la safena interna del paciente. Curación, persistiendo sólo una pequeña fístula.

En otro paciente con hipospadias, operado ya cuatro veces, practicó también el autor la autoplastia con la safena interna; afecto el enfermo de tuberculosis grave no se pudo apreciar bien el resultado de la operación.

Tiene noticia el autor de otros 23 casos de uretroplastia venosa, operación que, aunque prescrita por algunos, no debe ser abandonada. (*Le Progrés Medical*, 20 de Marzo de 1920).—L. P.

**2. Sobre indicaciones y contraindicaciones de la prostatectomía, por el Dr. V. Blum.**—He aquí el resumen que hace el propio autor de su artículo: 1.º La primera indicación para el tratamiento quirúrgico radical de la hipertrofia de la próstata depende de que todos los demás medios de tratamiento sean más peligrosos y no puedan oponerse á la marcha progresiva del proceso morboso ni al peligro de la degeneración cancerosa de la glándula hipertrófica. El tratamiento por el simple cateterismo cuenta con una mor-

talidad inmediata de 8 á 10 por 100; las operaciones sexuales, con el 27 por 100; la cistotomía con el 33 por 100; el tratamiento por los rayos Roentgen y por el radium no proporciona curaciones duraderas. En cambio supera á todas las estadísticas de la prostatectomía con un 5 á 8 por 100 de mortalidad y un 92 á 95 por 100 de curaciones. 2.º Existe indicación para la prostatectomía cuando hay retención urinaria completa ó incompleta ó cuando el tormento que constituyen los trastornos subjetivos pone en peligro el estado general del enfermo. 3.º Son contraindicaciones: El marasmo general y en especial las formas más graves de caquexia urinaria, alteraciones graves y persistentes de la función cardíaca; el coma urémico ó diabético, las parálisis de origen espinal ó cerebral, las enfermedades graves de los órganos internos, como la tuberculosis y el carcinoma; las nefropatías bilaterales graves con nitrogenemia considerable y, por último, las supuraciones perivesicales y periprostáticas. 4.º Está también indicada la operación cuando la hipertrofia de la próstata se complica con grandes cálculos, con tumores y divertículos, con cistitis grave y con pielonefritis crónica ligera. 5.º Cuando hay infección grave de la vejiga con fiebre y urosepsis, así como cuando existe insuficiencia renal reparable la operación se practicará en dos tiempos (prostatectomía á froid). 6.º La prostatectomía de urgencia en los casos de hemorragias graves y de retención urinaria aguda debe evitarse siempre que se pueda porque da peores resultados que la operación después de una preparación conveniente por medio de la sonda permanente. 7.º No está justificada la prostatectomía precoz en la primera fase de la hipertrofia prostática cuando todavía no hay retención de orina. 8.º Como operación de elección es preferible la transvesical suprapúbica á la perineal por los peligros que hay en ésta para las funciones genitales por la posibilidad de que queden fístulas y estrecheces de la uretra y de que haya recidivas. Estamos convencidos de que para que la operación sea totalmente inocua es preciso realizarla con anestesia local pura por infiltración de los tejidos con una solución de novocaína al 1 por 100. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 13 de Mayo de 1920.)

**3. Sobre cálculos uretrales, por el Dr. G. Neugebauer.** En la clínica del autor se presentó un caso de un joven con fiebre alta y delirio ligero; aunque éste no permitía hacer la anamnesis, tenía la mitad derecha del escroto enrojecida é hinchada. No se podía palpar el escroto en la parte enferma, porque inmediatamente el enfermo gritaba y hacía movimientos violentos de defensa; sin embargo, mediante un tacto muy superficial se adquiría la impresión de algo duro, y se pensó en orquitis ó epididimitis, si bien el resto de la exploración del cuerpo entero no puso de manifiesto trastorno alguno que justificase el diagnóstico. Con fomentos y morfina se calmó un tanto el enfermo y se le pudo reconocer. La mitad derecha del escroto estaba aumentada de volumen, sobre todo á nivel de su polo inferior. En el interior del mismo se tactaban muy bien el didimo y el epididimo, así como un cuerpo duro, redondeado y alargado que se calificó al instante de cálculo. El enfermo relata una historia de traumatismo con retención completa de orina que exigió una talla hipogástrica. Después le fué extraído del escroto un cálculo, y curado de esta intervención pasó algún tiempo bien. Entonces empezó á sentir que en la unión del pene con el escroto se había formado un tumor duro que iba creciendo; no le dolía, pero de cuando en cuando dificultaba la micción. El mismo enfermo le desplazaba y con ello el chorro volvía á ser normal. Dos semanas antes de ingresar en el hospital se presentaron dolores en la mitad derecha del escroto, fiebre, y la orina empezó á salir manchada de



pus. A los pocos días de estar el enfermo en la clínica se produjo una fístula en el polo inferior del escroto por la que salía orina purulenta. Por presión de arriba á abajo se dilató la fístula, dando salida á un cálculo blanco que pesó 35 gramos, de la forma y el tamaño de un huevo de gallina. Era fosfático puro, sin estratificación. La uretra prostática era sumamente estrecha, la próstata pequeña. En veinte días desapareció la fiebre, disminuyó mucho la inflamación del escroto y se curó la fístula. Después de orinar, apretando en la región en que el pene se une al escroto, y en que se comenzó á producir el cálculo se expulsan todavía unos cuantos centímetros cúbicos de orina. Dice el enfermo que sabe él que siempre, después de orinar, puede expulsar este residuo comprimiendo en el sitio indicado, pero que á menudo se le olvida hacerlo. Dada la estrechez de la uretra prostática es inadmisibles que el cálculo hubiese venido de la vejiga; se trata, por lo tanto, de un cálculo primitivo. La historia del enfermo habla á favor de un divertículo de la uretra que se produjo con motivo del traumatismo y que ha ido creciendo según lo hacía el cálculo. Por fin se rompió la pared del divertículo y el cálculo fué á parar al escroto. De aquí vino la inflamación de este último, la producción de la fístula y la expulsión del cálculo. El caso no puede darse todavía por curado, porque aún recidivará el cálculo si no se interviene para extirpar el divertículo uretral, como ya recidivó después del primero que se extrajo. Debe advertirse que después de curada la fístula del presente enfermo, la orina que se eliminaba por la uretra era totalmente clara y limpia, de modo que el pus que presentaba cuando se eliminaba por la fístula escrotal procedía del escroto mismo. El enfermo retenía bien. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 13 de Mayo de 1920.)

### TERAPEUTICA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre el salvarsán argéntico, por el Dr. Fr. Bering.—El salvarsán argéntico fué empleado, según las prescripciones de Kolles, disolviendo el preparado independientemente para cada inyección que se practicaba unos minutos después de disuelto el medicamento y diluyéndole previamente, bien con agua, bien con la sangre misma que se extraía de la vena donde se daba la inyección por aspiración con la misma jeringa que contenía la solución. La dosificación fué creciente, y siguiendo las cifras aconsejadas por el citado autor.

Fué empleado sistemáticamente en el tratamiento abortivo de la sífilis y en el del segundo período. La toxicidad del preparado no aumenta aunque se administre el mercurio simultáneamente.

En algunos casos diagnosticados muy pronto se dió el salvarsán argéntico con rapidez; pues se ponía una inyección cada dos días y llegando en seguida á la dosis máxima de 20 ó 25 centigramos. La lues en período secundario se trató en un principio por el salvarsán argéntico sólo, y más tarde se hizo tratamiento combinado. Dos veces á la semana se inyectaba el salvarsán y entre medias se ponían diez inyecciones cada una de uno á uno y medio centímetros cúbicos de una solución de sublimado al 2 por 100.

Como quiera que la dosis inicial del salvarsán argéntico es muy pequeña, se evita toda acción violenta sobre las lesiones luéticas. Han merecido siempre nuestra particular atención los enfermos que se quejaban de dolores de cabeza. Mediante punciones lumbares hemos llegado á dividirlos en dos clases: la de aquellos en quienes el dolor solamente dependía de la intoxicación que acompañaba á la in-

fección luética, y otra la de los enfermos en los que se manifestaban ya alteraciones del sistema nervioso central ó de las meninges que modificaban la composición del líquido cefalorraquídeo. Estos últimos enfermos fueron antes tratados por el ioduro potásico ó por la iodipina primero que por el salvarsán; ahora, con el salvarsán argéntico de acción más paulatina, no es preciso tener dicha precaución y no hay miedo á accidentes desagradables.

A) *Efectos secundarios*.—1.º Aumentos de temperatura en el tratamiento abortivo no se presentaron, en el segundo período no fueron muy elevados. 2.º Exantemas salvarsánicos: Se presentaron en algunos casos, pero siempre muy ligeros, desaparecieron á los pocos días, de modo que el tratamiento sólo se interrumpió estos mismos días. Antes de cada nueva inyección se reconoce detenidamente al enfermo respecto de la existencia ó no del exantema, y si le presenta, se suprime el salvarsán. Con esta precaución parece ser que han disminuido mucho los accidentes consecutivos al tratamiento por el salvarsán. 3.º Infiltraciones y necrosis se presentaron dos veces y fué preciso incindirlos. Se debían á defectos de técnica. No se presentó nunca trombosis de las venas. 4.º El síndrome angioneurótico se presentó diez y seis veces. La mayor parte de las veces fué pasajero y consistió exclusivamente en enrojecimiento de la parte superior del tronco y ligera hinchazón de la cara y de los párpados, pocas veces se presentó disnea y nunca hubo otro síntoma alguno desagradable. 5.º Empleando sólo el salvarsán argéntico no se presentaron nunca irritaciones de los riñones y sólo las hubo en algún que otro caso en el que se empleó tratamiento combinado con Hg. Hubo algunos casos de ictericia. Se investigaba la bilis en la orina dos veces á la semana y de este modo se comprobaba la existencia de una alteración hepática antes de que se presentase la ictericia y el medicamento se suprimía á tiempo. 7.º Se presentó un caso de muerte en una enferma de veintidós años sin que se pudiese determinar de modo indiscutible la causa del accidente.

B. *Acción del salvarsán argéntico sobre las lesiones*.—Los espiroquetos desaparecían rápidamente de los nódulos sífilíticos; las manifestaciones de la piel y de las mucosas desaparecen rápidamente también. Puede decirse que la acción del salvarsán argéntico es igual á la del salvarsán antiguo, pero su dosis menor y la menor proporción de arsénico le privan de numerosos inconvenientes que aquel presentaba. El tratamiento abortivo fracasó en un caso en que se empezó el tratamiento tres semanas después de la infección y no se dió más que una serie; en lo sucesivo se dieron dos series separadas por un período de descanso de cuatro á seis semanas.

De la sífilis en segundo período, puede decirse que de los casos tratados exclusivamente por salvarsán argéntico hubo la mitad de curaciones y la otra mitad de fracasos; de los tratados simultáneamente por salvarsán y mercurio hubo más del 94 por 100 de curaciones, entendiéndose por tal, no la curación absoluta, sino el resultado negativo de la reacción de Wassermann al cabo de once meses. Concluye el autor aconsejando que las dos primeras curas, que son decisivas para el porvenir del enfermo, se hagan combinadas y lo más seguidas que sea posible una tras de otra. Las curas restantes se harán ya solo con salvarsán argéntico. El medicamento en cuestión ejerce al parecer una influencia favorable en la tabes, aunque aún poco determinada. Según los trabajos del autor, el salvarsán argéntico es un medicamento muy adecuado para el tratamiento de la lues del cerebro. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 13-V-1920.)



## DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

## EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de enfermedad de Recklinhausen, por Chauffard.**—Hombre de treinta y dos años, sin antecedentes patológicos. En las extremidades y en el tronco presenta un número considerable de pequeños tumores, indolentes, que revisten dos formas: unos blandos, semivacios, con tendencia a la pediculación, correspondiendo a lo que en Dermatología se denomina *molluscum pendulum*; los otros, más raros, dan la impresión de una masa fibroidea en el dermis. El número de tumores es casi igual en los dos lados y su repartición casi simétrica.

El segundo elemento de la afección es la coloración especial de la piel, que tiene color sepia, un poco más oscuro en algunas regiones, como la cintura, la piel del pene y los pezones. En algunas regiones se ven manchas, las unas de color de café con leche, las otras más pigmentadas y con granos melánicos, como cachos de tabaco. No hay pigmentación en las mucosas. Embotamiento intelectual e hipotensión sanguínea. Señal de haber sido operado de labio leporino, y adenopatía bacilar submaxilar izquierda. Wassermann, negativa. No se ha precisado la fecha de la enfermedad, aunque es larga.

Al presentar al enfermo para una lección en el Hospital de San Antonio, de París, el autor hace en resumen estas consideraciones:

Se ha discutido si la enfermedad es congénita o adquirida, pareciendo más probable lo primero, en el sentido de que los primeros tumores hacen su aparición en la infancia: á veces es hereditaria, citándose familias en las que ha existido en tres generaciones. Los traumatismos y los roces continuados influyen en la localización de los tumores, como puede apreciarse en el enfermo habituado a usar cinturón.

Los tumores son dérmicos y subdérmicos. Recklinhausen, para precisar las relaciones de los fibromas con los nervios los denominó neurofibromatosos. Pero esta noción no corresponde siempre a la realidad, pues hay casos en que la localización fibromatosa se efectúa fuera del nervio, en la atmósfera conjuntiva; hay, pues, que admitir una dermofibromatosis, á cuyo tipo corresponde el enfermo.

Los casos de nódulos neuromatosos son más importantes que los de fibromatosis pura; en aquellos se encuentran tumores voluminosos, como neuromas plexiformes, constituidos por paquetes entrelazados de tubos nerviosos, que parecen pelotones de lombrices; á veces deforman la cara, cuelgan del cuello y determinan un estado elefantásico de los miembros. En algunos pacientes se han encontrado tumores fibroideos en el estómago, intestino y vejiga.

Aun es más enigmático lo referente á los tumores moluscoideos: son esencialmente benignos, indolores, unas veces sesiles y otras pediculados; suele existir uno mayor ó real, que en el enfermo presentado está en la región lumbar; no se sabe por qué los nódulos evolucionan unas veces hacia el tipo moluscoideo y otras hacia el fibroideo.

Se distingue la enfermedad de la lepra, con la que por las manchas cutáneas tiene alguna semejanza, en que las placas no son anestésicas, analgésicas ni discrómicas; falta la hipertrofia del nervio cubital; no hay rinitis con bacilos Hansen; la afección no es mutilante.

La hipotensión sanguínea, la pigmentación, la astenia y el haber encontrado en una autopsia lesiones en las cápsulas suprarrenales induce á pensar al autor en la influencia que éstas puedan tener en la génesis de la enfermedad: realmente parece que en muchos casos hay signos de adisonismo frustrado. El resultado del tratamiento opoterápico en el

enfermo presentado parece confirmar esta idea; se le administran dos sellos diarios de extracto suprarrenal, y la tensión sanguínea ha ascendido de 11 á 15, y el estado general y mental ha mejorado. (*Le Concours Médical*, 4 de Abril de 1920)—L. P.

## TOXICOLOGÍA

## EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Accidente mortal, por bicianuro de mercurio.**—El Dr. Luis U. Rabuffette refiere el siguiente caso, que por lo interesante reproducimos.

El raro accidente, de que hemos tenido conocimiento y que pasamos brevemente á relatar, en realidad no corresponde á las tristes contingencias á que ha dado lugar este compuesto, lo mismo que los arsenicales en el tratamiento de la lues, en casos felizmente muy poco frecuentes y que por cierto están muy lejos por su rareza de invalidar su utilización.

Es sabido, en efecto, que en enfermos no presentando contraindicación aparente alguna para estos compuestos, se han producido en ocasiones, accidentes de gravedad muy variables y que en ciertos casos han terminado con la vida del enfermo.

Pero en todas las observaciones á que nos hemos referido, el accidente se ha producido por una inyección correctamente administrada, usando la vía endovenosa.

En este caso, por el contrario, la causa se debe á una inyección colocada fuera de la vena.

La mortificación local de los tejidos, que en estas condiciones produce el bicianuro de mercurio, es bien conocida. En este caso desgraciado por una inyección de 0,02 gramos se produjo una escara que adquirió, no obstante los mayores cuidados, grandes proporciones.

Lo particular de la observación consiste en que la escara, avanzando en profundidad y en superficie, alcanzó la arteria humeral, en el pliegue del codo, y determinó una ulceración de la pared arterial, que encontramos obturada por un coágulo en el examen de la pieza.

Esto dió lugar naturalmente, á una enorme hemorragia que para colmo de desgracia del enfermo, se produjo en la noche, estando dormido el paciente, lo que hizo pasar desapercibido el accidente.

La rareza del accidente y las enseñanzas que de él puedan desprenderse, nos mueven á ponerlo en conocimiento de nuestros colegas. (*Semana Médica*. Buenos Aires, 22-4-9-0).

## MEDICINA INTERNA

## EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La prueba diagnóstico-terapéutica á la tuberculina y el método de las muy pequeñas dosis en tuberculoterapia.**—El Dr. Juan José Vitón hace un estudio interesante de la tuberculina, tanto con un fin diagnóstico, como terapéutico; se muestra partidario de las pequeñas dosis, aconsejando el siguiente método:

1.º El método que nosotros pregonamos y hemos ordenado en sistema personal, finca sus resultados terapéuticos en la exigüidad de las dosis; huye y teme las reacciones desfavorables en cualquier momento en que ellas se produzcan y cualquiera que sea la dosis empleada.

2.º Para iniciar la cura debe tenerse presente que la dosis que sirvió de prueba diagnóstico-terapéutica, es la misma que se seguirá empleando en las reinyecciones sucesivas, mientras los efectos que se produzcan sean útiles.

3.º La dosis útil, mucho más cuando es «óptima», debe repetirse mientras no se torne en indiferente, título que puede aplicarse á toda aquella que no se traduzca por efectos clínicos apreciables.



4.º Si la inyección es dudosa en los efectos producidos, debe ensayarse una mayor; si ésta fracasa, debe procederse como si fuera indiferente.

5.º La dosis indiferente debe substituirse por una ligeramente mayor.

6.º Toda inyección que se sigue de reacción desfavorable, local, general ó de foco, es siempre perjudicial, aun en el caso de que pasada la primera faz de empeoramiento venga una de mejoría.

7.º La inyección desfavorable en sus efectos, exige una gran prudencia al proseguirse el tratamiento y obliga á cambiar las dosis, buscando en una solución más diluida una menor cantidad de tuberculina.

8.º Cuanto mayor es la dilución de la solución empleada tanto más delicada es la conducta á seguirse, porque se trata de enfermos muy sensibles á la tuberculina. La jeringa de Parke-Davis al centésimo, permite inyectar quintos de vigésimos de centímetro cúbico y con ello hacer suavisima la progresión de las dosis.

9.º Las inyecciones deben practicarse cuando los efectos favorables determinados por la última inyección comienzan á atenuarse. La inyección es oportunista, pues, y la indicación del momento en que se la deba re aplicar la da el mismo enfermo por las modificaciones de su estado general, más que por los fenómenos de foco. La curva térmica, la curva del bienestar y de los sufrimientos, dan la indicación para la intervención de la nueva inyección.

10. Las dosis favorables tienen efectos que podrían llamarse acumulativos, que se ponen tanto más en evidencia cuanto más progresa el tratamiento. Así se observa que las mejorías provocadas por cada nueva inyección son más duraderas y a medida que el tratamiento avanza se nota como si el sujeto se cargara de mayor capacidad reaccional. Esta carga reaccional favorable se refiere á todos los fenómenos funcionales y físicos, somáticos y varía de un enfermo á otro, circunstancias ambas que no habían sido señaladas por otros observadores hasta que nosotros las descubrimos y que nos parece de mucho interés señalar.

Así, pues, á medida que el tratamiento progresa, y el enfermo mejora, se diría que éste adquiere así como una «carga reaccional favorable», que se traduce por un progresivo aumento de la duración de las mejorías, tal como si se hiciera una acumulación de las dosis empleadas.

11. Los fenómenos desfavorables también se acumulan y una dosis perjudicial aumenta sus perjuicios si se repite.

12. En cambio, la inyección de una pequeñísima dosis practicada en plena crisis de agravación provocada por una dosis perjudicial, atenúa estos efectos de la inyección alta, en una forma tal que podría llamarse interferente. Se comporta la pequeñísima inyección con relación á estos fenómenos de reaggravación, como lo haría una dosis útil con relación á los fenómenos que constituyen la enfermedad en sí. Hay, pues, en las pequeñísimas dosis, con relación á las superiores que se hacen perjudiciales, un recurso de gran importancia, ya que por su acción de interferencia es posible dominar los síntomas desfavorables, provocados por una dosis demasiado alta.

De manera que hasta por este último detalle, las pequeñísimas dosis merecen consideraciones, estando exentas de peligros. De igual manera, las pequeñísimas dosis interfieren los síntomas de agravación, provocados por la inyección de las dosis corrientes, autorizadas por los autores clásicos. Como ejemplo de esto último, podríamos citar el caso de una peritonitis tuberculosa que se mantenía febril y amenazante, no obstante la inyección de tuberculina, como lo decía el médico tratante. Las temperaturas no bajaban de 38º

y la solución que se empleaba era la núm. 5 de la escala Denys-Dessi. Nosotros, empleando la solución G. y con solo la primera inyección de 1 por 20, conseguimos que la temperatura bajara á 37,5 como máximo, dejando de perder peso esa semana y mejorando todos los otros fenómenos funcionales.

En vista de los buenos resultados obtenidos con este método, establece las siguientes conclusiones:

1.ª La «prueba diagnóstico-terapéutica» es dentro de los términos relativos que permite la clínica, una prueba de certidumbre tan grande, como es la mercurial para las lesiones sífilíticas.

2.ª Bien manejada, es inocua por lo menos—en la gran mayoría de los casos es inútil al paciente porque mejora—y al médico porque no sólo asegura su diagnóstico, sino porque puede iniciar la cura, según «nuestro método» de las «muy pequeñas dosis».

3.ª Siendo la «prueba» de aplicación fácil, conviene ensayarla en todos los casos en que pueda sospecharse la infección bacilar ó cuando otras terapéuticas importantes han fracasado.

4.ª Siendo el «método» fácil, cómodo y «barato» por sí mismo y porque no obliga á sus beneficiados á erogaciones o inactividades improductivas como lo hacen las otras curas, resulta muy recomendable.

5.ª No se opone á los otros agentes curativos—coadyuva siempre—; así por ejemplo, mejora el lado menos atacado en las tuberculosis pulmonares bilaterales y favorece así la aplicación del Forlanini.

6.ª Debiera ser el recurso del médico previsor en el cuartel, la escuela y la fábrica, porque, modificando los estados preparatorios de la tuberculosis, impide su ulterior evolución. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 22 de Abril de 1920.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

2. **Tetania en el adulto por apoplejía tiroidea, por Cordier.**—Un soldado colonial, diarreico, presentó un día tetania de las extremidades superiores, con todo el cortejo de síntomas clínicos y eléctricos. Sometido á la opoterapia, mejoró y casi se curó; poco después se presentaron nuevas crisis y se produjo un estado caquético con síndrome completo de acidosis. Tras diversas alternativas murió con fenómenos tetanoideos intensos, signos de acidosis y dolores prelaríngeos agudísimos.

Por la autopsia se apreció un hematoma del canal laríngeo-faríngeo. Los cortes en serie de toda la región demostraron la destrucción de una glándula tiroidea por el hematoma y la presencia de abundante hemorragia en la otra, no permitiendo hallar las glándulas internas. Todos los demás órganos estaban sanos, de manera que no se puede dejar de atribuir á las lesiones paratiroides los síntomas tetánicos.

La tetania espontánea en el adulto, aun contando los casos que se presentan durante el embarazo ó después de él, es rara; y más raro aún es hallar su explicación patogénica en lesiones necroscópicas paratiroides; quizás no se conoce más que el caso publicado por Carnot.

La acidosis quizás tenga el mismo origen que la observada por Morel en la paratiroidectomía experimental. El aumento de la tara sanguínea en guanidina tras la glandulectomía (que es el último hecho fisiológico observado por Patón), es sin duda un paso más hacia la solución, que aún se escapa, del verdadero papel de las glándulas. (*La Presse Médicale*, 3 de Abril de 1920).—L. P.

3. **Acerca de la sífilis hereditaria hepática tardía (cirrosis hepática con atrofia amarilla aguda secundaria),**



por los doctores F. Klewitz y G. Lepehne. — No es raro que una sífilis hereditaria tardía evolucione como enfermedad del hígado y adquiriendo el cuadro morbosos de la cirrosis hepática. Hay ascitis y tumefacción del bazo, la ictericia unas veces existe y otras no. Aparece de preferencia en niños de seis á trece años, pero á veces también después de los veinte. Los autores refieren un caso acontecido á una niña de quince años que ingresó en su clínica con ascitis é ictericia. No relataba nada que pudiera hacer pensar en la infección sífilítica, ni sus padres tampoco. Dos años antes una hermana de la enferma había fallecido tras de padecer una ictericia que duró diez días y que no se acompañó de síntoma subjetivo alguno hasta la víspera de la muerte. La enferma de la presente historia llevó una marcha muy parecida. La ascitis y la ictericia fueron creciendo progresivamente hasta su muerte; el volumen del hígado fué por el contrario reduciéndose, pues en un principio era palpable dos traveses de dedo por debajo del reborde costal y más tarde dejó de serlo y á la percusión se apreció su reducción de tamaño. Las heces estaban decoloradas, pero no mucho; en la orina abundan como es natural los pigmentos biliares; la sangre, contenía 65 por 100 de hemoglobinuria, 3.760.000 eritrocitos; 8.650 leucocitos; linfocitos, 28; formas de tránsito, 2; polinucleares, 65; neutrófilos, 2; eosinófilos, 3. En el suero bilirubina abundante. Así permaneció la enfermita nueve días al cabo de los cuales empeoró, tuvo escalofríos, fiebre y al día siguiente vómitos de materias semejantes á posos de café, pérdida del conocimiento y muerte. La autopsia demostró que se trataba de cirrosis hepática con atrofia amarilla aguda de las células hepáticas de Kupffer. La reacción de Wassermann realizada en el cadáver dió resultado positivo. Por juicio retrospectivo se puede afirmar que la enferma padeció primero una cirrosis hepática á la que se añadió luego la atrofia amarilla aguda que mató á la enferma. Como etiología del proceso, dada la falta absoluta de datos que pudieran hacer sospechar otra y dado el resultado positivo de la reacción de Wassermann, hay que admitir la sífilis. Merece tenerse en cuenta que los autores han investigado después la sangre de los padres y de una hermana menor de la enferma con resultado negativo. Tampoco hay referencia alguna para poder admitir una sífilis adquirida de la que en último término también pudiera tratarse. De la autopsia señalaremos los datos de anomalías: hipertrofia del bazo, diámetros 20 : 13 : 5 centímetros. No se distinguen folículos del mismo, atrofia del hígado, su superficie es nudosa, irregular á causa de nódulos salientes; su color es amarillo. En la superficie de sección los nódulos hacen una ligera prominencia y entre ellos hay un tejido regular; los centros de estos nódulos se encuentran reblandecidos. La mucosa gástrica presenta en el fondo mayor una serie de agujeros hechos como con sacabocados. El examen microscópico demostró que en el hígado había anchas bandas de tejido conjuntivo aislando y estrangulando islotes de células hepáticas de diferentes tamaños; la estructura acinosa normal del hígado había desaparecido. En medio de estos cordones conjuntivos se ve un crecido número de conductillos hepáticos cortados longitudinalmente y de través, llenos en parte de masas verdes biliosas. Junto á ellos hay numerosos capilares sanguíneos y algunos focos de infiltración por células redondas. Los lobulillos hepáticos aislados uno de otro por el tejido conjuntivo son de dos clases. Unos son residuos de los acinis primitivos, los otros son pequeños y al parecer se trata de acinis neoformados. Los primeros están casi destruidos y sus células disociadas; los segundos, por el contrario, se presentan bien limitados del tejido conjuntivo y las células normales. En el corazón se observa fragmentación y

adiposis en granos finos en las fibras cardíacas. En los epitelios de los ríñones se encuentra también una infiltración adiposa de granos pequeños y por otra parte se muestran impregnados de bilis en los tubos retorcidos de primer orden. En la luz de los conductillos hay muchos cilindros biliares. En el bazo se encontró muy aumentado el retículo conjuntivo, ligero aumento de las células de la pulpa; nada de pigmento ferruginoso. En resumen, la autopsia confirmó el diagnóstico de atrofia amarilla del hígado que se asoció á la ya existente cirrosis, lesión ésta última que dependía de la sífilis. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 12 de Febrero de 1920.)

4. **Esclerosis en placas de origen conmocional, por Ducamp y Milhand.** — Trátase de un individuo que en Febrero de 1916 sufrió una gran conmoción por la explosión de una mina durante la guerra, quedando enterrado. Entonces quedó sordo unas cuarenta y ocho horas, pero continuó su servicio ordinario sin ningún trastorno; un año después empieza á notar un dolor en la pierna izquierda, dolor que no sigue ningún trayecto nervioso bien caracterizado, apareciendo con la fatiga y desapareciendo con el reposo. En esa fecha (Julio 1917) se le practica una punción lumbar, calmándose inmediatamente los síntomas dolorosos y siendo la marcha más fácil. En Agosto de 1917 se practica nueva punción lumbar, que se repitió otras tres veces con intervalos de unos quince días y dando siempre el mismo resultado (sedación de los dolores, marcha más fácil). Ocho días después de la última punción, aparece, sin ictus, una parálisis del miembro superior derecho é inferior del mismo lado, sin trastornos paralíticos cefálicos, pero con trastornos de los esfínteres; este estado persiste dos meses; después, poco á poco la parálisis mejora, normalizándose los esfínteres y reapareciendo los movimientos en los miembros paralizados, tres meses después del principio de la parálisis. En Agosto 1919, el enfermo presenta un cuadro evidente de esclerosis en placas, con marcha ebria, espasmódica; temblor intencional típico de grandes oscilaciones, reflejos rotulianos muy exagerados, trepidación epileptoide, etc.

El interés del caso es principalmente etiológico; la única causa que se encuentra para explicar la producción de la lesión, es la conmoción, sin herida externa, resaltando el hecho de haber transcurrido un espacio de tiempo bastante largo entre la conmoción y las manifestaciones sintomáticas, pudiéndose explicar porque la deflagración de los explosivos puede producir hemorragias capilares del sistema nervioso central, como ha sido demostrado experimentalmente por diversos autores, é inevitablemente debe transcurrir un espacio más ó menos largo entre la producción de las hemorragias y la edificación progresiva de una lesión del sistema nervioso central. (*Presse Medicale*, número 28, Mayo 1920, pág. 275.—E. Luengo.)

5. **El cateterismo precoz en las cauterizaciones esofágicas, por H. Salzer.** — Casi unánimemente aconsejan los autores que en las ulceraciones esofágicas consecutivas á la ingestión de cáusticos se introduzca la sonda esofágica y se deje colocada en lo que existan síntomas de ulceración, generalmente de tres á cuatro semanas; muy pocos autores creen que este plazo debe ser algo más corto; muchos, que debe ser de tres ó cuatro meses. Los resultados de este tratamiento, que realmente es carencia de todo tratamiento, no pueden ser más desastrosos: según Hacker, uno de los que más extensamente han tratado el asunto, más de la mitad de los supervivientes que han ingerido lejía quedan padeciendo estrechez esofágica grave; los demás padecen estrechez leve, siendo muy raro el que queda sin ella; una tercera parte de los primeros mueren á consecuencia de la



estrechez; sabido es lo largo y penoso que resulta el tratamiento de ésta.

Encargado el autor de una clínica de niños en la que hubo varios de estos pacientes, y movido por la pena de verles depauperados y hambrientos, fué poco á poco acortando el tiempo de permanencia de la bujía en el esófago. Durante los seis últimos años viene quitando la sonda dura del segundo al sexto día, según la intensidad de la lesión, es decir, desde que se inicia la disminución de los fenómenos inflamatorios iniciales, é instituye el sondaje sistemático. Para esto emplea bujías de caucho negro, rellenas de perdigones, que por su propio peso, después de hechas flexibles por permanencia en el agua, se colocan casi automáticamente en el esófago. Cuanto más grave es la lesión más fácil resulta la introducción de la sonda, pues en tales casos apenas se despierta el reflejo faríngeo. Al principio, con la bujía núm. 30, y dejándola colocada media hora, se sonda diariamente; después cada dos días; transcurridas diez ó doce semanas, sondaje semanal.

De 13 niños en los que se instituyó el tratamiento antes del cuarto día de producida la lesión, sólo murió uno en el que la cauterización había llegado al pulmón; los otros 12 salieron de la clínica curados, pudiendo comer alimentos sólidos, y pasando sin dificultad por el esófago la bujía número 30. Algunos niños habían aprendido á sondarse solos. La alimentación había sido fácil, pues cuando la ingestión de alimentos estaba dificultada, después de practicado el cateterismo se introducía la sonda blanda y por ella se les alimentaba. En ocho de ellos, que fueron los únicos que pudieron ser reconocidos muchos meses después, no existía estrechez esofágica. Fueron tratados también otros 7 niños en los que la lesión databa de más tiempo.

Con más ó menos atenuaciones el procedimiento ha sido recomendado por Bass, Gersuny, Roux y Bonhoff. (*Klinische Wochn.*, 8 de Abril de 1920).—L. P.

**6. Significación diagnóstica del infarto de los ganglios torácicos laterales, por S. Plaschkes.**—En muchos soldados uvo ocasión el autor de observar infartos de esta clase, aislados ó en rosario, aunque siempre en pequeño número, de tamaño variable del de una lenteja al de una alubia, se presentaban en la par e media pared torácica lateral, pudiendo hallarse en los espacios intercostales comprendidos entre el segundo y el sexto, pero muy preferentemente en el cuarto espacio intercostal á la izquierda, y en quinto á la derecha; doblado el brazo y echado hacia adelante, al ponerse tensa la piel del tórax, se hacían perceptibles á la vista y hasta podían fotografiarse; la piel que los cubría estaba indolente ó poco sensible á la presión; en los pacientes delgados, no era raro que sobre el arco costal se percibieran por la vista y el tacto los cordones linfáticos, constituyendo como dos ramas; en los gruesos, bastaban algunas presiones en sentido horizontal para que pudieran percibirse.

Recuerda el autor que Hochsinger halló en 52 niños de pecho (entre 1,540 reconocidos) infartos torácicos análogos, y afirmó que se hallaban en relación con los infartos ganglionares del mediastino y de los bronquios, constituyendo un signo casi patognómico de la tuberculosis pulmonar.

Contradican esto las observaciones hechas por el autor en el cadáver, pues en numerosas autopsias que hizo de sujetos con infartos de éstos no halló en el pulmón, pleura, ni diafragma alteraciones típicas; además, como se ha dicho, se trataba de soldados en los que la sanidad del pulmón era casi segura.

Expone el autor la historia de cinco casos, algunos seguidos de autopsia; extiéndese en consideraciones anatómicas para explicar por qué se presentan los infartos con marca-

dísima preferencia en el cuarto espacio intercostal; y termina con las siguientes conclusiones:

Los infartos ganglionares descritos en el adulto, la mayoría de las veces corresponden á una afección cutánea de la parte posterior del tórax ó de la región epigástrica.

No constituyen un síntoma de tuberculosis pulmonar incipiente.

Algunas veces pueden ser sintomáticos de procesos inflamatorios crónicos del peritoneo parietal ó de la pleura costal. (*Wiener Klin. Wochs.*, 18 de Marzo de 1920).—L. P.

**7. Investigaciones sobre la patogenia de la crisis de jaqueca.**—Pagniez y Nast han estudiado esta cuestión en un cierto número de enfermos y han podido realizar algunas experiencias sobre la misma, publicando en la *Presse Médicale* (núm. 26, Abril 1920, pág. 253) un caso bastante completo y muy demostrativo. Los datos que proporciona la clínica y el interrogatorio de los enfermos, parecen indicar que la jaqueca comprende dos cosas: la jaqueca en potencia y la jaqueca actual, empleando un lenguaje utilizado en la epilepsia. La causa ocasional que algunas veces se reconoce por el enfermo, aunque con frecuencia se ignore, no obra sino cuando el sujeto está en potencia de crisis y ésta no se desencadena todas las veces.

En el caso publicado por Pagniez y Nast sobrevenía la crisis de la jaqueca á consecuencia de la ingestión de chocolate, cuando el enfermo abandonaba el tratamiento por las pequeñas dosis de peptona antes de las comidas; aprovechando esta particularidad los autores, han provocado la crisis experimentalmente y deducen que la esencia de la misma está en una modificación humoral que coloca al individuo en potencia de crisis, en una especie de estado de anafilaxia temporal, obrando entonces los alimentos, sobre todo (en este caso el chocolate), como causas tóxicas de tipo anafiláctico. Por otra parte, los accidentes de la jaqueca propiamente dicha, están precedidos por importantes modificaciones de la actividad leucocitaria normal, lo mismo que en la urticaria, el asma y ciertas epilepsias; generalmente se observa leucopenia, en lugar de leucocitosis digestiva, cuando está próxima á aparecer la crisis de jaqueca. Por último, y como consecuencia de todo esto, la jaqueca puede curarse ó quedar suspendida en ciertos enfermos por una terapéutica basada en los principios de la antianafilaxia alimenticia.—E. Luengo.

**8. Eritremia ó enfermedad de Vaquez.**—En la Academia de Medicina de París, recuerda Vaquez que ya en 1892 llamó la atención sobre un síndrome entonces desconocido, caracterizado por cianosis, esplenomegalia y poliglobulia. Desde dicha época los casos se han multiplicado, habiendo podido recoger Lutembacker 150 observaciones.

Es muy característico el subido color rojo de los enfermos, que parece que están pintados. El bazo está muy voluminoso, y el número de glóbulos rojos pasa de 5 millones á 10 ó 12 millones.

Respecto á la patogenia de la enfermedad, aún obscura, piensa Vaquez que se trata de una exageración del poder hematopoyético por irritación de la médula ósea. La enfermedad evoluciona en cuatro ó seis años, y su terminación ha sido siempre mortal: se han ensayado la radioterapia y el benzol sin resultados; los efectos de la esplenectomía han sido desastrosos. Ataca á los adultos.

Tissier dice haber observado la enfermedad en una mujer sífilítica, en la que produjo alguna mejoría la hectina. (*Le Concours Medical*, 4 de Abril de 1920).—L. P.



# EL SIGLO MÉDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

### Boletín de la semana.

#### El jubileo del Dr. Cortezo y la Redacción de EL SIGLO MÉDICO

A pesar de ser el más modesto de los colaboradores cotidianos de EL SIGLO MÉDICO, me ha cabido la honra de ser el relator de las impresiones que uno y otro día, desde que se empezó a sentir en esta casa el halago que se hacía manifiesto con motivo de las bodas de oro con la profesión de nuestro ilustre director, se han venido recibiendo a medida que llegaba a nuestras manos un artículo de adhesión ó encomiástico, un ramo de flores, un telegrama, un abrazo cariñoso, enviados desde los rincones más apartados del territorio español cooperando al homenaje que merecía desde los primeros años del ejercicio de su carrera el que es hoy su representante más genuino en el saber, en el compañerismo, en la cultura, en la defensa de la clase y en la bondad para todos.

El fin que los redactores de este periódico, respetable por sus canas y el más sano por los ilustres médicos que siempre le asistieron con cooperación asidua, podemos decir, que si no colmado, ha sido cuando menos, causa de que en el alma de sus colaboradores vuelva a brotar ese bienestar tan poco frecuente que proporcionan las manifestaciones sinceras del reconocimiento de una clase. Que para que esta especie de sentimiento llegara al grado de regocijo, era necesario al espíritu del doctor Cortezo y de sus compañeros y discípulos, la presencia al menos de los que ya murieron.

Reseñar los actos que con este motivo se han realizado, transcribir las frases de encomio pronunciadas por sus amigos y admiradores, decir que son justísimos los homenajes del Rey, como Jefe del Estado, concediéndole el Collar de Carlos III, y el Gobierno con su ilustre y cariñosa representación, y del Ayuntamiento, poniendo su esclarecido nombre a la calle en que nació el célebre doctor, sería repetir una vez más lo que todos los órganos de la opinión, de los matices más opuestos, han sancionado y suscrito.

Hay algo más íntimo y que nos halaga tanto a los que al lado suyo trabajamos; la satisfacción manifestada por el ilustre *abuelo* al recibir el homenaje de sus *nietos*, los hijos de sus compañeros muertos

en el cumplimiento del deber que unen al apellido de sus padres el de Cortezo, no por agradecimiento al amparo que pudo ofrecerles, sino por cariño, sentido en esa vida diaria que no fomenta celos entre los nietos de su sangre porque saben que su corazón tiene fibras de amor para todos; al recibir las adhesiones de aquéllos por cuyo bienestar se desveló, ya cumplidos los setenta años, de los compañeros de carrera y oposiciones que aún viven, de sus mismos *enemigos*..., del único cliente que hoy preocupa su atención de médico experto al que devolverá la salud, como a otros tantos, porque su colaboración es necesaria a la vida de otro de sus hijos, de EL SIGLO MÉDICO.

Sabemos, y nos satisface hondamente, que en la misma mañana del día en que se celebró su jubileo en la Academia, visitó en el Hospital Alemán al enfermo más agradecido de cuantos ha tenido en sus cincuenta años de profesión; sabemos lo mucho que ha impresionado su espíritu la presencia de tantos y tantos profesores jóvenes en el acto celebrado en la Academia; le hemos visto sonreír alegre o amargamente ante el recuerdo de anécdotas remotas en que fueron protagonistas compañeros nuestros. Júbilo grande, indescriptible, le han proporcionado las frases lisonjeras y encomiásticas, pero no mentía en su discurso cuando decía que las recogía para la clase toda, ya que en él se decidió que fuese representada.

Fernandez Caro, Becerro de Bengoa, Cospedal, Espina, Grinda, Pittaluga, Isla, Recasens, Carracido, glosaron y enaltecieron elocuentemente las actividades del Dr. Cortezo como académico, como publicista, como artista, como catedrático, como funcionario, como hombre de ciencia. Otros muchos callaron por modestia, y por escasez de espacio no hablaron sus clientes, no hablamos nosotros que podíamos decir más que nadie de la bondad de su trato y de lo sabio de su consejo..., no habló él como acostumbra a hablar. Habló su corazón y calló el entendimiento; era un día para él, romántico y sentimental, en que se le impusieron estas dos enfermedades que desde el siglo pasado supo el mercantilismo limitar en otros cuantos *distráidos*. El que no le conociera creería que todos los talentos que allí se le atribuían nunca fueron dotes conque se hallara adornada su clara inteligencia; solo habló el hombre sencillo, el



hombre de corazón, el amigo, el hijo. Él que no vaciló al hablar en Asambleas y conferencias en diversos idiomas y añorando y defendiendo á la ciencia patria, balbuceaba emocionado. Era mucho para él, nos decía, la recompensa del Rey, el homenaje del Gobierno, la ofrenda del Ayuntamiento de su pueblo natal, el monumento, la adhesión sincera de clientes y amigos, el saludo unánime de sus compañeros de todas las provincias que por el telégrafo se comunicaban con él como las redes capilares, por las venas, con el corazón... y no quería comprender que al siguiente día, en el Parque de Madrid, á pocos pasos del monumento de su amigo Campoamor, se iba á colocar la primera piedra del que le erigen los compañeros, amigos y admiradores; que en íntima unión, confundidos entre los cien huérfanos que integran el Colegio del Príncipe de Asturias, su discípulo predilecto Francos Rodríguez, sus hijos y sus nietos habían de rendirle un homenaje más íntimo pero no menos conmovedor y afectuoso.

Qué habrá de decir la ilustre comisión organizadora del jubileo y qué hemos de decir nosotros de los que cooperan al éxito no dudoso de la empresa: gracias á todos. Toda España ha contribuido al homenaje debido al hombre sabio y bueno que lo supo enaltecer, desde su Rey al más humilde de sus compañeros. Sea todo para progreso y bien de la Patria.

UN REDACTOR.

## ¡¡GRACIAS!!

Apagados los vítores y los aplausos, aunque no extinguidos, como no lo estarán nunca en el corazón del que los recibió; pasados los plácemes y las enhorabuenas por las distinciones otorgadas, terminadas las felicitaciones de toda índole, hasta él llegadas de todas las comarcas de España, vuelto apenas de su asombro por haber sido objeto de un homenaje semejante, siente el que estas líneas suscribe la necesidad de consignar del modo más permanente de que puede disponer, todo lo honda que es su gratitud y cómo interpreta él el agasajo de que ha sido objeto.

La Medicina contemporánea española, heredera de la gloriosa tradición de la de los tiempos pasados, es innegable que en el último tercio del siglo XIX adquirió un carácter de ciencia social que hasta entonces había raras veces tenido. El médico dejó de ser el especial guardador apegado á la cura-

ción de las enfermedades, y al remedio de los conflictos de salud en el seno de las familias. Tras el higienista general á lo Monlau, Seoane ó Méndez Alvaro, comenzó la Sociedad á recapacitar en que el médico era un ciudadano con iguales derechos que todos los demás para intervenir en la gestión de los negocios públicos. Después se percató la misma Sociedad de que el género de ciencias cultivadas por los médicos y los naturalistas aportaba á la resolución de los problemas, pedagógicos, económicos y filosóficos, luces y aspectos nuevos hasta entonces apenas sospechados.

Esta preparación del medio social constituyó una atmósfera favorable que algunas personalidades con perfecto derecho y razón, la mía sin razón ni derecho alguno, encontraron como ambiente favorable para el desarrollo y la manifestación de un tipo de médico, yo no sé si peor ó mejor que sus antecesores, pero sí puede asegurarse que era distinto de ellos.

La coincidencia del momento de aparición en la esfera de actividad profesional, con la evolución experimental de la ciencia, con la tendencia positivista de la filosofía y con las instituciones democráticas en el orden político, proporcionó éxitos circunstanciales que hoy aparecen como personales á los que con buenos ojos los miran y con cariñoso afecto los celebran.

Lo que en las fiestas de estos días se ha ensalzado y aplaudido no ha sido la labor de un hombre ni el triunfo de una personalidad; ha sido el acta levantada de un estado evolutivo de un período médico-histórico-nacional.

Con ser esto, y sólo ésto así, ya es sobrado para que el que estas líneas escribe se sienta abrumado por la gratitud, al ver que se le ha elegido como pretexto de un triunfo colectivo.

Sería necia vanidad en él pensar otra cosa, y al ser sincero, acepta el papel que se le ha asignado para lo poco que le resta de vida y promete continuar como hasta aquí trabajando por el progreso científico, por el ensalzamiento del decoro profesional y por la elevación y mejoramiento de la clase médica española.

No cree que pueda reprochársele con justicia el haber perdido el tiempo que debía consagrar á estos ideales, y al hacer este último alto para reflexionar en su camino, encuentra que no tiene derecho al descanso, porque los que le han aplaudido, le han aplaudido como obrero; los que le han premiado otorgándole galardones hasta hoy á ningún mérito concedidos, han querido significar cómo esti-

# SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.

Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID



man la labor y el porvenir de la Medicina española, y todo descanso de que en tales agasajos recibe, sería una deserción, ó lo que es peor, una ingratitud.

Gracias, pues, á todos; á los compañeros, á los amigos políticos, á los académicos y literatos, y sobre todo, al Rey en mi nombre y en el de la clase médica española, á la que ha galardonado con distinciones solamente reservadas á príncipes y magnates.

Gracias á los compañeros modestos que desde todas partes de España han enviado sus felicitaciones; ellas serán conservadas religiosamente para estímulo de los que vengan mañana, para recuerdo de los que fueron ayer y para consuelo y regocijo de los que la recibimos hoy.

CARLOS MARIA CORTEZO

## NUESTRO EJÉRCITO UNIVERSITARIO

Universidad de Valladolid.

### Expediente académico del Dr. D. Enrique Suñer y Ordóñez,

natural de Poza de la Sal, provincia de Burgos, de cuarenta años de edad y Catedrático titular de la asignatura de Enfermedades de la infancia, que actualmente desempeña en la Universidad de Valladolid.

#### CARGOS QUE HA SERVIDO

Profesor clínico de la Facultad de Medicina de Madrid, por concurso de méritos.—Nombrado el 13 de Marzo de 1901.—Toma de posesión: el 15 de Marzo de 1901.—Sueldo que ha disfrutado: 1.500 pesetas.

Catedrático numerario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, por oposición y á propuesta unánime del Tribunal.—Nombrado el 17 de Diciembre de 1902.—Toma de posesión: el 5 de Enero de 1903.—Sueldo que ha disfrutado: 3.500 pesetas.

Catedrático numerario de Enfermedades de la infancia de la Universidad de Valladolid, por oposición.—Nombrado el 22 de Octubre de 1906.—Toma de posesión: el 17 de Diciembre de 1906.—Sueldo que disfrutaba: 3.500 pesetas; en la actualidad, 6.000 pesetas.

Académico de número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Castilla la Vieja, á propuesta de dicha Corporación.—Nombrado el 13 de Diciembre de 1907.—Toma de posesión: el 15 de Noviembre de 1908.—Sin retribución.

#### CARRERA LITERARIA

Cursó toda la carrera en la Universidad Central, con nota de Sobresaliente y premios en las asignaturas y en los ejercicios de la licenciatura y del doctorado.

Doctor en Medicina y Cirugía, en 10 de Noviembre de 1900.

Pensionado por el Ministerio de Instrucción Pública, á propuesta del Consejo Superior, para hacer estudios en el Extranjero, por Real orden de 9 de Mayo de 1906, con

aprobación de la Memoria oficial de sus estudios por Real orden de 22 de Febrero de 1908.

Socio corresponsal de la Sociedad Española de Higiene, en virtud de premio obtenido en público certamen en el concurso de 1904.

Miembro de la Liga Internacional de Protección al niño de pecho, desde 1911.

Premiado por el Ministerio de Instrucción Pública, á



propuesta del claustro de la Facultad de Medicina de Valladolid y del Consejo Superior, por Real orden de 30 de Noviembre de 1908, en cumplimiento del Real decreto de 6 de Septiembre de 1908.

Miembro del Instituto de Coimbra, por sus trabajos pediátricos en 1916.

#### SERVICIOS PRESTADOS EN EL CARGO DE CATEDRÁTICO

Juez de oposiciones á cátedras y auxiliares, por Real orden de 7 de Abril de 1908 y 5 de Julio de 1908.

Delegado oficial de España en el III Congreso internacional para la protección al niño de pecho, celebrado en Berlín, por Real orden de 31 de Julio de 1911.

Delegado del Ministerio de Instrucción Pública, para estudiar en Marburgo el tratamiento del Dr. Behring acerca de la tuberculosis, 1906. Sin retribución.

#### PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

«Localización y funciones de los centros ópticos en el hombre.» Monografía. Madrid 1901.

«Lecciones elementales de Palología general.» Madrid, 1902.

«Investigaciones sobre la localización cerebral de síntomas visuales.» Actas del XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid en 1903.

«Modernos estudios sobre el paludismo.» Madrid 1904.

«Über den Scheintod.» *Deutsche Medizinische Zeitung*. Berlín 1905.

«Notas sobre la enseñanza clínica en Alemania.» Valladolid 1908.

«Fundamento del tratamiento dietético en los nefríticos.» Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Castilla la Vieja. Valladolid 1908.

## CARBOLAN

Pelrid's C., New-York.

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

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



«Curso de Medicina infantil». Madrid 1909.

«La fibrolisina en los niños». Valladolid 1910.

«Contribución al estudio de la etiología y de la profilaxia de las diarreas de verano de los niños pequeños en España». Acta del III Congreso Internacional de protección al niño de pecho. Berlín 1911. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*. Berlín 1912. Tomo 75, cuaderno 6.º

«Estudios sobre el pseudo-crup bronco-pneumónico». *Revue Belge de Pédiatrie*, 25 Marzo de 1914. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, tomo 80, cuaderno, 6.º, 1914.—*Archives de Médecine des Enfants*. Janio 1914.

«Diagnóstico de la tuberculosis infantil». Actas del I Congreso Nacional de Obstetricia, Ginecología y Pediatría. Madrid 1911.

«El tratamiento del prolapso rectal por el método de Thiersch». —Anales de la Academia de Obstetricia, Ginecología y Pediatría, de Madrid, 1908.

Colaborador de la edición española del monumental Tratado de Pediatría de Pfaundler y Schlossmann, en donde ha escrito los artículos: *Sudor miliar* y *Tratamiento de la rínula y del labio leporino*.

«Cómo se adquieren las infecciones». Volumen de 245 páginas. Madrid 1916.

Traducción de la Higiene infantil, del profesor Trumpp. (Versión directa del alemán al español). Valladolid 1912.

Traducción directa del alemán al español, de los dos primeros tomos de la Medicina interna de Kindborg. Madrid 1913.

«Puntos de vista en el estudio general de la meningitis». Comunicación al Congreso de Ciencias celebrado en Valladolid, 1915.

«Enfermedades de la infancia». —Dochine y Climen, obra declarada de mérito por la Real Academia de Medicina y el Consejo de Instrucción pública.

#### INFORME DEI DECANATO

D. Salvino Sierra y Val, catedrático, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, fundador y director del Instituto Anatómico que lleva su nombre,

Certifico: que durante el período de tiempo comprendido entre los años de 1907 y 1916 ha prestado sus servicios como Catedrático de Enfermedades de la infancia en esta Facultad de Medicina, el Dr. D. Enrique Suñer y Ordóñez; que durante dicho tiempo se ha distinguido como un profesor competente y celosísimo de su enseñanza, en la cual ha trabajado con verdadero ahínco, como lo demuestra la Institución creada bajo sus auspicios, conocida con el nombre de Pabellón Antituberculoso, para niños, en la cual reciben los modernos tratamientos de la enfermedad esta clase de pacientes y especialmente aquellos que padecen tuberculosis quirúrgicas.

El trabajo que como cirujano ha realizado este catedrático, llama poderosamente la atención, según se puede demostrar por los datos de la estadística operatoria general de su clínica, que tengo á la vista. El número de operaciones realizadas en el hospital clínico de Valladolid, traspasa la cifra de tres mil intervenciones hechas en niños, sin contar con las ejecutadas en los aparatos nasal, laríngeo y auricular, cuya cirugía también ejerce.

Dentro de las operaciones infantiles han sido realizadas

todas las intervenciones posibles; pero se destacan especialmente las estadísticas de hernias congénitas, intervenciones pleurales, craneales (trepanaciones, craneotomías) y cirugía visceral.

No es el Dr. Suñer como cirujano de niños solamente un técnico hábil que ejecuta con limpieza los métodos operatorios conocidos, sino que es además un inventor de procedimientos, y en este aspecto merecen consignarse sus estudios sobre las estenosis laríngeas, para las cuales ha dado una técnica operatoria personal, y sobre el prolapso rectal, en el cual ha llevado una ingeniosa modificación al procedimiento de Thiersch. Asimismo en el tratamiento quirúrgico de las hernias infantiles ha realizado un progreso verdaderamente original en el método operatorio que emplea.

La doble cualidad de médico y cirujano de niños que el Dr. Suñer posee, le permite en todas sus empresas clínicas llegar á una perfección extraordinaria en el diagnóstico y en las indicaciones terapéuticas.

De todo lo cual certifico para los efectos que sean necesarios.

Valladolid, Marzo de 1916.—El decano, *Salvino Sierra y Val*.

### Sección oficial.

#### MINISTERIO DE HACIENDA

Ilmo. Sr.: Vista la Real orden expedida por el Ministerio de la Gobernación en 6 de Septiembre de 1918, interesando de éste de Hacienda se encargue á las Administraciones de Contribuciones el cumplimiento del artículo 12 de los Estatutos de los Colegios de médicos que preceptúa que «los médicos, antes de darse de alta en la matrícula de la Contribución industrial y de Comercio para el ejercicio de la profesión, estarán obligados á solicitar su incorporación en el Colegio respectivo, por cuyo secretario les será entregado el documento que justifique haber cumplido este requisito, debiendo acompañarlo á la instancia que presenten en las oficinas de Hacienda al solicitar su alta en la Contribución industrial»:

Vistas las peticiones formuladas por varios Colegios de médicos, en súplica de que para favorecer la labor de los mismos se dé publicidad á la Real orden expedida por el Ministerio de la Gobernación en 6 de Septiembre de 1918, por la cual se interesa de éste de Hacienda que se dicten las órdenes oportunas para que por todas las Administraciones de Contribuciones se cumpla lo preceptuado en el artículo 12 de los Estatutos de los Colegios médicos de 6 de Diciembre de 1917:

Considerando que si bien el preinserto artículo 12 de los citados Estatutos obliga á los médicos á incorporarse á los respectivos Colegios y á presentar en las Administraciones de Contribuciones el justificante de la incorporación al solicitar el alta en la Contribución industrial, el exigir el cumplimiento de dicha obligación á los mencionados profesionales no corresponde á las dependencias de Hacienda, pues éstas no tienen facultades para emplear el medio coactivo que se interesa, y además, de autorizarse á las Administraciones de Contribuciones para negarse á la aceptación,

**LA DIABETES**  
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL  
**VINO URANADO PESQUI**

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día,  
fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

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



liquidación y cobro de las altas que presenten los contribuyentes, la acción fiscal no podría luego exigir las responsabilidades reglamentarias á los que ejercieran su profesión sin estar incluidos en matrícula, ya que no podría alcanzar el concepto de ocultador á quienes previamente hubiesen declarado el ejercicio de su profesión:

Considerando que con la expedición de la patente no se reconocen á los médicos aptitudes profesionales, pues no basta á acreditar éstas el simple pago del tributo que el ejercicio de la profesión tiene señalado:

Considerando, por tanto, que el artículo 12 citado de los Estatutos que obliga á los médicos, no altera ni puede alterar el régimen fiscal establecido por el Reglamento del ramo para la inclusión de los contribuyentes en la matrícula de la Contribución industrial; esto no obstante, pueden y deben las autoridades económicas coadyuvar, por los medios que estén á su alcance, á que los Colegios médicos tengan el oportuno conocimiento de los facultativos que soliciten patente para el ejercicio de su profesión, y para ello procede ordenar á las Administraciones de Contribuciones comuniquen á los Colegios de las respectivas provincias las altas que durante el mes anterior se hayan presentado, pudiendo hacer, á su vez, lo mismo los Colegios con las Administraciones,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por la Dirección general de Contribuciones, se ha servido disponer que por las Administraciones de Contribuciones se remitan mensualmente á los Colegios médicos de la provincia respectiva una relación de los médicos que se hayan dado de alta ó solicitado la correspondiente patente en el mes anterior, con expresión del nombre y domicilio de los mismos.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Abril de 1920.—*Bugallal*.—Señor Director general de Contribuciones. (*Gaceta* de 25 de Abril.)

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

### Inspección General de Sanidad

#### CIRCULAR

El Tribunal que, en cumplimiento de lo prevenido en el apartado 2.º de la Real orden de 22 de Marzo último, ha de juzgar el concurso por ella anunciado para proveer la plaza de Subinspector de Sanidad interior, ha quedado constituido en la forma siguiente:

#### Presidente.

Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro, designado por la Sociedad Española de Higiene.

#### Vocales.

Ilmo. Sr. D. Francisco Murillo Palacios, por la Real Academia de Medicina.

Ilmo. Sr. D. Francisco Huertas, por el Real Consejo de Sanidad.

Ilmo. Sr. D. Gustavo Pittaluga, por la Facultad de Medicina.

Sr. D. José Call y Morros, por el Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad.

Lo que se hace público para conocimiento de los interesados.

Madrid, 23 de Abril de 1920.—El Inspector general,  
*Manuel M. Salazar*. (*Gaceta* 24 de Abril.)



## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,8; (d. mínima, 703,7; temperatura máxima, 29º,3; (d. mínima, 12º,9; vientos dominantes, NE. E. NNE.

Las variaciones observadas en el estado de la salud pública durante la semana han sido muy escasas; continúa disminuyendo el carácter gripal de los afectos agudos; las congestiones pasivas en los afectos cardíacos y renales son frecuentes, así como las hemorragias en los sujetos arterio-escleróticos. Disminuyen las infecciones intestinales eberthianas. En los niños continúan presentándose casos de coqueluche, sarampión y anginas tonsilares.

### Crónicas.

**Número extraordinario en el jubileo profesional del Dr. Cortezo.**—Este número, aparecido el 31 del pasado mes, contiene más de sesenta artículos de los más reputados escritores médicos, retratos, grabados y caricaturas. Se halla de venta en la Administración de este periódico y en las principales librerías de Madrid, al precio de dos pesetas, dedicando la recaudación al monumento, ya construido, del Dr. Cortezo.

**Aviso á los suscriptores.**—Se advierte á los señores suscriptores que estén en descubierto por tiempo anterior al 1.º de Enero del año actual, que si en el término de quince días no se ponen al corriente en sus pagos, serán bajas por morosos.

**Nombramiento.**—Por Real orden de 25 de Mayo ha sido nombrado consejero del Real Consejo de Sanidad D. Ramón Sáinz de los Terreros, como comprendido en el art. 4.º, apartado 5.º, letra j) de la Instrucción general de Sanidad reformado por Decreto de 11 de Mayo de 1916.

Nuestra más cordial enhorabuena por tan acertada distinción de tan excelente compañero.

**La Fiesta de la Flor**—El lunes día 7 de Junio, (y no el 8, como se ha publicado), se celebrará en Madrid la Fiesta de la Flor.

**Los sanatorios antituberculosos de Valdelatas y Húmera.**—En el Sanatorio de Valdelatas, de que es presidenta la condesa de Romanones, y tesorera la marquesa de Valdeolmos, y en el de Húmera del que es presidenta la marquesa de Albucemas, y tesorera la duquesa de la Victoria, se han invertido durante el año 1919 las siguientes cantidades:

En el de Valdelatas, para atender á la asistencia de 46 aislados enfermos tuberculosos, 56.040 pesetas.

En el de Húmera, para atender á la asistencia de 22 aislados enfermos tuberculosos, 56.040 pesetas.

Los mencionados Sanatorios están sostenidos con parte de los fondos de la Fiesta de la Flor, donativos y dotación de camas.

**Peste bubónica en Méjico.**—Un cablegrama de Méjico da cuenta de que ha sido comprobada la existencia de peste

# PEÑACASTILLO

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



bubónica en el territorio mejicano y se han producido casos en diversas localidades.

**Renovación de Junta en el Ateneo.**—Se reunió ayer en Junta general extraordinaria el Ateneo de Madrid para proceder a la renovación reglamentaria de los cargos vacantes en la Junta de gobierno.

Fueron reelegidos en los cargos que se indican, los siguientes señores:

*Presidente*, D. Ramón Menéndez Pidal; *vicepresidente segundo*, D. Manuel González Hontoria; *secretario primero*, don Rafael Sánchez de Ocaña; *bibliotecario*, D. Luis de Hoyos y Sáinz; *depositorio*, D. Jesús S. Coronas; *vocal segundo*, D. Antonio Dubois.

**Delegado regio.**—Por Real decreto de 28 de Mayo, ha sido nombrado delegado regio de primera enseñanza de Palencia, nuestro distinguido compañero y antiguo suscriptor D. Rafael Navarro García, al que de todas veras felicitamos por tan honrosa distinción.

**El conflicto de los médicos de La Mutualidad Obrera.**—En la Junta general celebrada el domingo por La Mutualidad Obrera, se acordó aprobar el criterio del Consejo Central y proponer a los señores médicos de La Mutualidad las siguientes bases de arreglo:

1.<sup>a</sup> Que el aumento de sueldo a 250 pesetas mensuales tenga el carácter provisional en la misma forma en que figura en el pacto realizado por los médicos con la Sociedad La Honradéz.

2.<sup>a</sup> Que si al cerrar las cuentas de esta entidad correspondientes al mes de Agosto, hubiera mejorado algo su situación económica, automáticamente, desde 1.<sup>o</sup> de Septiembre, queda concedido el aumento hasta 275 pesetas que los médicos piden.

3.<sup>a</sup> Que para mayores probabilidades de acierto en la gestión que ha de realizarse a fin de llegar al resultado dicho en la condición anterior, y para mayor garantía de su cumplimiento, proponemos que el Cuerpo técnico de La Mutualidad Obrera nombre de su seno dos vocales, con el carácter de asesores, con voz y voto, para formar parte del Consejo Central.

En el Colegio Médico se reunió el lunes por la noche la Comisión de huelga nombrada por los médicos de La Mutualidad, para conocer la comunicación dirigida a la Comisión por el gerente de La Mutualidad, en la que se concretan las peticiones formuladas por los médicos en tres extremos, de los cuales fueron aceptados dos, el primero y el tercero.

Por lo que respecta al segundo, sobre el cual no hubo acuerdo, fué aceptada una proposición, que llevó a la reunión una Comisión del Sindicato de Profesiones liberales, que seguramente será la solución del conflicto.

Por virtud de esta proposición, La Mutualidad Obrera abonará a los médicos que le prestan asistencia un sueldo mensual de 275 pesetas desde 1.<sup>o</sup> de Enero de 1921, fecha en la que empezarán a regir las nuevas cuotas.

Este acuerdo fué comunicado al gerente de La Mutualidad Obrera a primera hora de la madrugada, esperando la constatación la mencionada Comisión hasta las dos de la tarde.

**Concurso de Médicos.**—Hospital de Caridad de Cartagena.—Se convoca a 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, a las seis de su tarde.

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

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

**Médicos.**—La casa editorial Campos, Princesa, 14, Madrid, tiene publicadas las siguientes obras de oposiciones: Para Sanidad Militar, a 60 pesetas; Inspectores provinciales de Sanidad, 60; Beneficencia municipal Madrid, 75; Forenses, 50; Médicos Prisioneros, 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.

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



**Mostelle Raimost**  
vino sin alcohol

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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis bronquitis, 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

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

### Quininfantina Delgado Ronco.

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

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

Sucesor de Enrique Todoró.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1