

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

### REDACTORES:

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

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Consideraciones clínicas sobre un caso de granulía tuberculosa, complicada con supuración estreptocócica articular por M. Tapia.— Sobre las meningitis agudas atípicas, por Bernardo Gil y Ortega— Tratamiento de algunas ginecopatías por la fototerapia, por e Dr. D. Sebastián Recasens.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— Esperanzas del médico rural, por D. Martín Hurtado.— Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central, por el Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas.— Proyecto de Reglamento del Colegio de Médicos.— Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Correspondencia.— Anuncios.

## CONSIDERACIONES CLÍNICAS SOBRE UN CASO DE GRANULIA TUBERCULOSA COMPLICADA CON SUPURACION ESTREPTOCOCICA ARTICULAR

POR M. TAPIA

(Hospital general. Clínica de enfermedades infecciosas)

El día 22 del pasado mes de Abril ingresó en el servicio de infecciones del Hospital provincial de esta corte, que dirige el doctor Marañón, una enferma con el siguiente cuadro clínico:

Estado tífico, fiebre de 38°, 1 e intensa disnea.

La exploración de la boca demostraba un estado saburral de la lengua muy acentuado y fuliginosidades en los labios. El intestino funcionaba bien. El bazo estaba normal a la palpación y percusión, y la exploración del abdomen sólo denotaba timpanismo no muy acentuado.

Por parte del aparato respiratorio no se encontraron lesiones que justificasen la intensa disnea que presentaba la enferma; algún roncus que otro tan sólo.

La auscultación cardíaca denotaba ligero apagamiento de los tonos con tendencia embriocárdica; el pulso blando y taquicárdico (120 pulsaciones al minuto.)

Como antecedentes importantes recogidos en la anamnesis, resaltan el haber padecido anginas con mucha frecuencia, la última vez al comienzo de su enfermedad actual, y desde hace mucho tiempo se queja de dolores en la rodilla derecha, pero que le permitían hacer su vida normal y, al parecer, sin haber dado motivo a episodios agudos.

Al segundo día de entrar en la sala, la fiebre bajó con bastante rapidez y el estado general de la enferma mejoró ligeramente, persistiendo, sin embargo, la disnea y la taquicardia. En esta situación, con ligera tendencia a mejorar, pasó tres días. Al quinto día de enfermedad, la fiebre se elevó de nuevo, volviendo a acentuarse todos los síntomas. Se le hizo una extracción de sangre para practicar hemocultivo, serodiagnóstico y fórmula hemática. El resultado fué el siguiente:

Hemocultivo: negativo.

Serodiagnóstico: negativo para Eberth y paratífus A y B.

Fórmula hemática:

Número de hematíes por mm<sup>3</sup>. 4.000.000.

de leucocitos id, id. 14.200.

Leucocitos polinucleares neutrófilos ....	82 por 100.
Linfocitos.....	12 » »
Formas de tránsito .....	5 » »
Mononucleares grandes.....	1 » »

En este período de la enfermedad, presenta fuerte hinchazón de la rodilla derecha con sensación de fluctuación y dolor a los movimientos y aun al simple contacto. La fiebre desciende al día siguiente para elevarse de nuevo por la tarde.

Finalmente, en la mañana del noveno día, una hemorragia intestinal provoca un brusco descenso de la temperatura y la enferma muere colapsada.

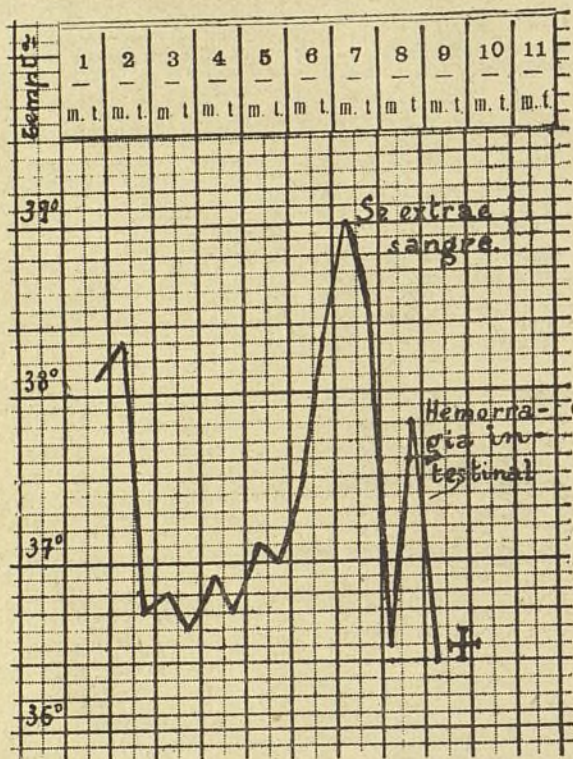
Autopsia.—Corazón, normal; pulmones, perfectamente permeables al aire, y ligera congestión hipostática.



tica en ambas bases. En el izquierdo se encontraron dos nódulos tuberculosos del tamaño de un garbanzo situados, uno en el lóbulo superior y otro en la base; ambos duros y fibrosos. En la base del pulmón derecho se aprecia otro semejante en evolución, pero más pequeño. En la pleura izquierda, fuertes adherencias entre ambas hojas parietal y visceral.

El peritoneo aparece sembrado de infinidad de tuberculitos miliares, especialmente abundantes en el peritoneo pelviano. En el intestino se veían pequeñas ulceritas. El bazo normal, pero en pleno parénquima, se encontró un tubérculo calcificado del tamaño de un grano de mijo.

Abierta la articulación enferma, salió un exudado purulento, cremoso, de color oscuro y fétido. La supuración se extendía al tercio inferior del fémur que



presentaba una extensa área de necrosis. Los troncos vasculares del miembro inferior estaban normales.

El examen bacteriológico del pus demostró estreptococos.

Dos puntos de interés ofrece a nuestro juicio el caso que acabamos de relatar: el primero, el diagnóstico durante la vida y, el segundo, la interpretación patológica de las lesiones encontradas.

Un examen detenido de todos los síntomas citados nos demuestra bien claramente la imposibilidad de formular un diagnóstico de tuberculosis miliar aguda. Ciertamente de entre ellos, la intensa disnea, la taquicardia, la marcha de la fiebre y el mal estado general corresponden perfectamente al cuadro de la tifo-bacilosis de Landouzy; pero enfrente de ellos aparecen la angina inicial, el ritmo embriocárdico, el proceso articular y el resultado del examen citológico de la sangre que inclinan el ánimo hacia el diagnóstico de una septicemia estreptocócica, en la cual por otra parte encajan todos los demás síntomas observados. Además faltan los síntomas pulmonares tan frecuentes en los casos de granulia, por ser este órgano el que constituye corrientemente la puerta de entrada de la infección.

Una tercera enfermedad, en que puede pensarse, es

la fiebre tifoidea, en favor de la cual existen: el estado saburral, el meteorismo, el pronunciado estado tífico de la enferma y la hemorragia intestinal, sin olvidar que estábamos asistiendo por aquella época a la declinación del segundo brote de la epidemia habida en Madrid. Sin embargo, desechamos esta hipótesis en vista del resultado negativo de las investigaciones bacteriológicas practicadas. Precisa, sin embargo, hacer notar que en esta epidemia de tifoidea, Marañón, Ruiz Falcó y Peset, han observado casos con serodiagnóstico y hemocultivo negativo, tratándose, no obstante, de auténticas tifoideas demostradas por la marcha clínica y por el examen necrópsico. El hecho de hallar polinucleosis absoluta y relativa, tampoco excluía esta enfermedad porque es bien conocido que cuando en su evolución aparecen procesos supurados de huesos, piel u otros órganos, la fórmula habitual de leucopenia con mononucleosis se cambia en hiperleucocitosis con predominio de los polimorfonucleares.

En buena clínica y con las reservas propias, a nuestro juicio la balanza del diagnóstico se inclinaba más hacia la septicemia que a ninguna otra de las enfermedades a las que hemos pasado revista, y aún la hemorragia intestinal tiene explicación dentro del cuadro de la estreptococia por una embolia de los troncos mesentéricos con la consiguiente necrosis del intestino, dado el tipo terminal de estos vasos. Marañón ha visto casos semejantes.

Y llegamos al segundo punto. La autopsia nos enseña dos procesos: uno de naturaleza tuberculosa y otro de origen estreptocócico. ¿Cómo han evolucionado ambos?

Indudablemente la enferma era una antigua tuberculosa, como lo demuestran las lesiones curadas encontradas en pulmones y bazo, pero precisamente el estado de estas lesiones impiden suponer que haya sido el punto de partida del proceso miliar agudo actual. No encontramos tampoco lesiones ganglionares que, como en los casos citados por Koch y Bergkammer pudieran dar lugar a una septicemia tuberculosa por penetración de los bacilos en las arterias y venas de los ganglios enfermos. Pero tenemos en la enferma un antecedente importante: la lesión articular de marcha crónica, de la cual viene quejándose desde mucho tiempo. Verosimilmente se trata de una artritis tuberculosa, de la cual ha partido la infección generalizada. Ya se citan en la literatura casos, aunque no muy frecuentes, (Stsinitz y Rostoecki) de granulias consecutivas a tuberculosis de huesos y articulaciones.

Coetáneamente la enferma ha padecido una angina, y quizá por el estado de insuficiencia defensiva creado por su tuberculosis, se desarrolló en ella una septicemia estreptocócica secundaria más o menos fugaz con ulterior localización en el sitio de menos resistencia, la articulación enferma, dando lugar a un proceso supuratorio vulgar sobrepuesto a su lesión tuberculosa.

Aunque la granulia tuberculosa es causa más que suficiente para explicar la muerte de la enferma, no es inverosímil suponer que en el caso presente la muerte haya sido anticipada por la complicación estreptocócica.

Se trata, en resumen, a nuestro juicio, de un caso de tuberculosis miliar aguda, de origen articular, complicado con una septicemia estreptocócica, cuyo punto de partida fué la amigdalitis padecida por la enferma.

Creemos que en la evolución sobreaguda del proceso ha jugado un importante papel la septicemia secundaria.

Y, finalmente, consideramos muy difícil, casi imposible poder formular en vida un diagnóstico exacto de casos semejantes.



# Sobre las meningitis agudas atípicas

POR

BERNARDO GIL Y ORTEGA

## Forma anártrica

En los números 1.903 y 1.904 de EL SIGLO MEDICO, correspondientes a los días 17 y 24 de junio de 1890, y en los 3.261, 62 y 63, correspondientes a los días 10, 17 y 24 de junio de 1916 de dicho semanario, tuve el honor de publicar algunos casos de formas que pudieramos llamar frustradas de meningitis agudas, que se presentaron con un número insuficiente de síntomas, o aparecieron disfrazadas con alguno o algunos que no suelen habitualmente formar parte de su síndrome y fueron capaces durante un periodo a veces largo de su evolución, de poner a prueba la pericia y sagacidad del más consumado clínico, citando, entre otros, uno para el que se reunieron en junta una porción de médicos, todos ellos de reconocida autoridad y competencia, que fué diagnosticado de simple catarro bronquial y por tanto de pronóstico favorable, y que terminó por la muerte, revistiendo en el último tercio de su evolución, el síndrome de una terrible meningitis con el más espantoso cuadro de síntomas que es dable imaginar.

Los azares de la clínica se complacen a veces, en presentar a nuestra observación con relativa frecuencia, infinitos matices y formas de un mismo proceso morboso, haciéndonos preciso descubrir la verdadera naturaleza de la enfermedad, más bien por meras intuiciones, que fundados en datos positivos y bien determinados, reconstituyendo con un solo elemento la frase sintomática completa, a la manera que el arqueólogo, el numismático con una sola letra, no siempre bien legible, reconstituye un nombre, una época o toda una civilización.

M. P. V., era un niño de seis años de edad, hijo de padres de salud no muy floreciente y de muy escasa inteligencia, que padeció durante la lactancia materna y en años posteriores, catarros intestinales dependientes la mayor parte de las veces de desarreglos de régimen, que no revistieron nunca verdadera gravedad, y terminaron por la vuelta a una completa salud.

En la epidemia de gripe de 1919, fué uno de los invadidos, revistiendo en él la enfermedad una de las formas más graves por complicaciones del aparato respiratorio y del sistema nervioso, y después de una larga convalecencia, como sucede en todos los procesos gripales de alguna gravedad, y cuando ya se hallaba completamente restablecido, empezó a sentir y a quejarse de dolores de cabeza y de vientre con deposiciones diarreicas.

El cuatro de mayo se observó cierto grado de torpeza y dificultad en contestar a las preguntas que se le dirigían, haciéndolo al fin después de muchas instan-

cias, con monosílabos apenas inteligibles que acompañaba de expresiva mímica relacionada con la idea que sin duda quería expresar. Esta falta de expresión por medio de la palabra hablada, se convirtió rápidamente en un verdadero y completo mutismo, del que no fué posible sacarle a pesar de todas las excitaciones y aun mortificaciones que al efecto se emplearon.

Simultánea y sucesivamente fueron presentándose otros síntomas que, si bien poco acentuados y cada uno de los cuales hubiera carecido de positivo valor aisladamente por su poca intensidad, en conjunto y unos con otros relacionados, me hicieron poner en guardia y sospechar que a pesar de la falta del tripo-de sobre el que se asienta el diagnóstico de las meningitis agudas, era lo más probable, casi seguro, que teníamos a la vista tan tremenda enfermedad.

Posición constante en gatillo de escopeta que se rectificaba con un pequeño esfuerzo; pupilas desiguales, con mayor dilatación de la derecha; reflejo pupilar a la luz y a la acomodación tardo y perezoso; signo de Kernig claramente esbozado así como la rigidez del cuello y el signo de Brudzinski; hiperestesia notable de la piel y rava meningítica tarda en presentarse y no alcanzando límites tan extensos como suele en casos análogos.

La temperatura osciló una porción de días entre 38° y décimas por la mañana, y 40° por la tarde, con tipo incierto alguna vez, variando los movimientos respiratorios de 38 a 62 por minuto, y el pulso de 110 a 150 en la misma unidad de tiempo, y tomando aquella los caracteres de la de Cheyne-Stokes en los días 13, 14 y 15 de mayo. Los reflejos patelar y aquileo exagerados.

Ni náuseas, ni vómitos, ni viente en forma de barquilla, siguiendo en cambio la diarrea abundantísima e incoercible a pesar del tratamiento más enérgico.

Escusado es decir que dada su corta edad y la clase a que pertenecía, no sabía leer ni escribir, privándonos de esa manera de uno de los datos más importantes para la dilucidación e interpretación del más importante de los síntomas descritos.

El día 27 de dicho mes empezó a balbucear algunas palabras, y el 28 se advirtió gran descenso de todos los síntomas, con mejoría muy notable del estado general; y el 29 y el 30 descendió la temperatura en términos de llegar casi a la normal, coincidiendo esta mejoría, con un mayor número de palabras disponibles que le permitía ya prescindir hasta cierto punto de la mímica, y expresar sus ideas y sensaciones, sino de una manera perfecta, al menos lo suficiente para hacerse entender.

El día dos de junio, normalizadas ya todas las funciones con la desaparición de todos los síntomas y restablecida en toda su integridad la palabra, se levantó por primera vez del lecho, sin que después haya podido observarse secuela alguna somática ni merma de sus facultades mentales, como consecuencia de las lesiones supuestas en el cerebro o sus envolturas.

Tal es expuesto en forma esquemática el singular



caso clínico que nos ha cabido en turno observar, en el que no hemos descendido a detalles porque nuestro objeto al historiarle, no era el de exponer un caso más, sino llamar la atención y discutir hasta donde nuestras escasas fuerzas lo consientan; la insólita presentación en su curso de ese mutismo absoluto, sin hemiplegia ni monoplegia, ni nada, en fin, que demostrase que había sido interesada la vía motora en ninguna sección de su largo trayecto; que duró proximalmente veinte y dos días y que no debe ser muy frecuente, pues no he visto nada igual en los diferentes autores que han servido de estudio y de consulta.

Más antes de entrar de lleno en la discusión e interpretación de ese síntoma, procede que resolvamos previamente si se trató o no de una meningitis, y, en caso afirmativo, que clase de meningitis ha sido esta cuyas perturbaciones, hijas indudablemente de las atribuciones funcionales de los órganos sobre que radicó, fueron tan poco estables, tan transitorias, que necesitaron muy pocos días para desaparecer por completo sin dejar residuos que fueran testigos de su existencia; y después de esto dilucidado, habrá llegado el momento de intentar la explicación de tan raro síntoma, de la causa que haya podido producirle, y de la localización de esa causa en determinada zona del cerebro, habida consideración a lo que sobre la localización de la palabra hablada nos es conocido desde los célebres trabajos de Gal hasta nuestros días.

Que se trató de una meningitis con algunas anomalías en el síndrome, que son precisamente las que nos han impulsado a tomar nota de ella y publicarla, no creo que haya fundamento para ponerlo en tela de juicio.

Los fenómenos nerviosos y vaso-motores de que hemos hecho mención, la anartría absoluta por espacio de una porción de días... ¿a qué otra cosa pudiera atribuirse?

Que con ella coincidió una lesión material o trastorno funcional primitivos o consecutivos de una zona determinada del cerebro, tampoco creo pueda ponerse en duda, pero eso no invalida en modo alguno nuestra anterior afirmación.

Si la enfermedad se hubiera desarrollado en el curso de otra de carácter infeccioso, podría haberse pensado en la posibilidad de que invadido el cerebro por los microbios o las toxinas engendradoras de la primitiva enfermedad, hubieran podido dar motivo a una congestión, a un edema, a un reflejismo, que obrando aunque transitoriamente sobre ciertas zonas cerebrales, hubieran perturbado su función por un periodo de tiempo relacionado con el de la duración de la causa, pero las cosas no han pasado de esta manera, porque el enfermito estaba completamente sano en el momento de la presentación de los trastornos intelectuales y de la cefalalgia, y la afección apareció con todos los caracteres de primitivas, a no ser que supongamos pudo tratarse de una toxemia intestinal, o de la entrada por segunda vez en escena de microbios que pudieran haber quedado rezagados desde la gripe que hemos dicho había padecido semanas antes.

Admitido que se trató de una meningitis con algún fenómeno de foco en el cerebro, porque el conjunto de síntomas enumerados, aunque poco intensos, traducían un sufrimiento de los elementos nerviosos con lesión material o sin ella que no podía atribuirse a ninguna otra enfermedad bien definida... ¿qué clase de meningitis podía ser esta que una vez terminada su evolución clínica en la forma ya dicha, desapareció de repente con todos sus síntomas, sin dejar huella alguna de su paso?

No pudo tratarse de una meningitis tuberculosa, porque, en primer término, faltó el periodo prodrómico que, aunque variable en sus manifestaciones y en la intensidad de estas, no falta nunca en la meningitis tuberculosa del niño, a no ser en aquellos casos en que aparezca en el curso de una tuberculosis ya antigua representada por lesiones más o menos profundas de los pulmones, del intestino, de los huesos, de las articulaciones, de los riñones, etc., etc., en los cuales es frecuentemente insidioso su principio, faltando los prodromos o hallándose oscurecidos y aun ocultos por los síntomas de la primera localización, siendo muy raro y aun pudieramos decir que completamente excepcional, que estalle bruscamente sin fenómenos precursores más o menos graduados; y, en segundo, luego que la enfermedad se ha declarado, además de acentuarse los que ya existían como precursores, se presentan otros nuevos, entre los que figuran en primera línea los que desde hace tiempo se describen con el nombre de trípede meningítico, constituido por una cefalalgia violenta, que en el caso que historiamos no existió, los vómitos y el estreñimiento que aquí fué reemplazado por una diarrea extraordinariamente rebelde.

Verdad es que todos los que hemos enumerado forman habitualmente parte del síndrome que a esta caracteriza, pero también lo es que se presentaron todos ellos tan atenuados, que en la investigación de alguno de ellos nos costó trabajo ponerle en evidencia. Además, digan lo que quieran los optimistas, para nosotros la meningitis tuberculosa equivale a una sentencia de muerte, pues en tantos años de ejercicio profesional, durante los que he visto muchos casos de mi clientela y de la de otros compañeros, ni uno sólo vi que terminara favorablemente, juicio que yo emití en mi extenso trabajo de 1890, y con el que estuvo completamente de acuerdo el doctor González Alvarez, a quien le di conocimiento de él.

Descartada la meningitis tuberculosa, veamos si es posible la suposición de que se tratase de una meningitis supurada.

La inflamación de estas membranas, no es una entidad morbosa *sui generis*, pues las meninges lo mismo que todas las demás membranas, pueden supurar y supuran en condiciones determinadas que por su multiplicidad dificultan la investigación de su verdadera etiología. Pero de todos modos, sean cuales quieran los antecedentes neuropáticos y las predisposiciones hereditarias o adquiridas del sujeto enfermo, siempre



suele haber un traumatismo, una lesión de los huesos del cráneo, especialmente de los del oído en las otitis agudas o crónicas supuradas, un foco de supuración en alguna parte aun lejana del organismo, de donde han podido ser transportados los gérmenes, o una enfermedad infecciosa cuyos microorganismos transportados por los leucocitos o por las vías sanguínea o linfática, han invadido las meninges, han colonizado allí y han dado lugar a la inflamación de dichas membranas con todas sus consecuencias.

Las múltiples investigaciones modernas y los repetidos exámenes bacteriológicos, han venido a demostrar de una manera inconcusa e incontrovertible, que todos, absolutamente todos los microorganismos patógenos, pueden provocar meningitis supuradas en determinadas condiciones, siendo casi constante que las que se presentan en el curso de una neumonía sean producidas por el neumococo, las en el curso de una erisipela por el estreptococo, en el de la tifoidea por el bacilo de Eberth, etc., etc., y en el curso de aquellas cuyo microorganismo nos es todavía desconocido por los de las infecciones secundarias, permitiéndonos casi siempre el conocimiento de la enfermedad primitiva: presentir la naturaleza del microbio de la meningitis que estalla durante alguno de los periodos de su evolución.

Ademas, los síntomas presentan una mayor intensidad que la que revistieron en el caso que historiamos, siendo mucho más intensa y persistente la cefalalgia, y no faltando nunca los vómitos y las convulsiones a la vez que los dos periodos de excitación y de depresión en que tradicionalmente se ha dividido su curso. son en ella más manifiestos.

Descartadas las meningitis tuberculosas y las supuradas, nos queda que discutir si pudo tratarse de una meningitis congestiva, serosa, o del proceso que Dupré desde 1894, en vista de que en muchas autopsias de individuos muertos de meningitis clínicamente diagnosticados, no se encontró ni lesiones bien manifiestas ni microbios bien diferenciados, bautizó con el nombre de *meningismo*.

Es indudable que la infección de las meninges no conduce de una manera fatal a la supuración, y que a la manera de lo que sucede en todas las demás serosas del organismo, puede el proceso detenerse en su marcha y no pasar del periodo congestivo o de exudación serosa, como frecuentemente sucede en las pleuresias, por ejemplo.

En todos los tejidos sobre los que actúa un fuerte estímulo «ubi stimulus ibi affluxus», el primer fenómeno de reacción que se observa es una vaso-dilación activa con extasis, o, al menos, disminución de la rapidez del curso de la sangre; si ese estado de extasis se prolonga por más o menos tiempo, siempre en relación con la naturaleza de la causa, sobrevendrá ineludiblemente la extravasación a través de las paredes de los capilares sanguíneos, de la parte más fluida o plasma de la sangre bajo la forma de exudado que empapa todos los tejidos más inmediatos, se introduce en los

espacios linfáticos y en los intersticios de todos los elementos anatómicos, y, si la cantidad fuese suficiente y adquiriera la tensión necesaria, llegaría hasta a distender las cavidades como sucede en la pleurítica, pericárdica y articulares.

Si el proceso permanece en este segundo periodo que llamaremos de *exudación*, y no hay nada en nuestro concepto que repugne a este encadenamiento de los sucesos patológicos, porque en todas las serosas que tienen con las que envuelven al cerebro las mayores analogías, ocurre que las irritaciones causadas por los agentes patógenos dan lugar, unas veces a la congestión, otras al exudado seroso y otras a la supuración; entonces la meningitis merecerá el nombre de serosa que Quinke fué el primero en individualizar.

¿Hay algún signo, algún síntoma que pertenezca en propiedad a las meningitis de que ahora nos ocupamos y que pueda considerarla como patognomónico? Desgraciadamente no, y ni aun la noción etiológica puede servirnos de guía para intentar un diagnóstico diferencial, porque se ha demostrado muy repetidas veces que los microorganismos que se encuentran bañándose en el claro líquido de las meningitis serosas, son los mismos que se hallan en las supuradas y en lo que por algún tiempo se llamó meningismo conforme a los trabajos de Dupré, no dejando lugar a dudas sobre esto las observaciones Kictine, Roeca, Roden, Genma, etc., etc., relativas a las meningitis serosas con bacilos de Eberth, y las de Netter, Sevi, Alamelie, etc., acerca de las meningitis serosas con neumococos, siendo hoy una noción corriente entre los patólogos, que los neumococos, estafilococos, colibacilos, estreptococos, bacilo de Eberth, de Pfeiffer, etc., pueden producir meningitis serosas que terminan la mayor parte de las veces por la curación, yendo seguidas de muerte en muy contados casos.

Como última prueba se pensó en la punción lumbar, suponiendo que el líquido extraído del conducto raquídeo, pudiera aportar algún dato de importancia para el diagnóstico de la variedad de meningitis, pero también resultó fallida, porque se ha obtenido muchas veces un líquido perfectamente claro y limpio en individuos en quienes la autopsia puso de manifiesto una meningitis supurada.

De todo esto, podemos deducir que la demostración de la unidad etiológica de todas las meningitis, quizá sea un hecho en un próximo porvenir, aunque quede inexplicada por ahora la diferente reacción del organismo frente a unos mismos microbios, teniendo que apelar provisionalmente para explicarla, a la antigüedad de la infección, la mayor o menor virulencia de los gérmenes, su número y las condiciones individuales.

En conclusión: sólo a la observación clínica hemos de atenernos para resolver sobre la naturaleza del caso que estudiamos, y, por lo tanto, teniendo en cuenta la completa curación del enfermo con restablecimiento perfecto del lenguaje articulado y la poca intensidad de los síntomas, así como la ausencia de



otros que representan siempre o casi siempre en las meningitis supuradas y escrufulosas, creemos se trató de una meningitis serosa con un foco cerebral localizado en determinada zona, que evolucionó en un breve periodo de tiempo y que pudo ser producido quizá por el microbio de la gripe, solo o en simbiosis o asociación con algún otro de los arriba mencionados.

(Se continuará)

## TRATAMIENTO

### de algunas gineceopatías por la fototerapia <sup>(1)</sup>

Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina por el doctor D. Sebastián Recasens, el día 17 de marzo de 1920

Esta diferencia de las radiaciones que constituyen el espectro solar, corresponde a una diferente acción ya que en tanto los rayos rojos tienen una acción térmica muy manifiesta, los que constituyen el extremo derecho del espectro, o sea el violado, apenas si determinan elevación de temperatura. En cambio son determinantes de acciones químicas muy manifiestas y también de acciones biológicas, propiedad de que carecen casi en absoluto las radiaciones situadas al lado izquierdo del espectro.

Por otra parte, la luz emanada del sol, no está constituida solamente por las radiaciones del espectro visible, sino que más allá del límite izquierdo existen radiaciones que nuestra retina no percibe, que producen una elevación de la columna termométrica mayor que la que determinan los rayos rojos. Estas radiaciones no visibles llámanse ultra o infrarojas.

Y de la misma manera, más allá del límite derecho del espectro, existen radiaciones no visibles con una longitud de onda todavía inferior a la de los rayos violeta, con acciones químicas y biológicas más enérgicas y cuya longitud de onda en el espectro solar termina en las 290 micras.

Estas radiaciones de onda tan corta, entre las 280 o 290 micras y las 400 que corresponden a la luz violeta del espectro solar, denominanse rayos ultravioleta.

La retina no las percibe tampoco, pero en cambio las sales de plata son reducidas más vivamente colocadas en los puntos de su actuación que si se sitúan directamente en el punto correspondiente a los rayos violeta.

Lo mismo los rayos infrarojos que los ultravioleta, tienen en su acción térmica y en su acción química y biológica, acciones más intensas que las que corresponden a los rayos del espectro visible y, en

consecuencia, al hacer el estudio de las propiedades monocromáticas, no puede prescindirse en modo alguno, ni de las radiaciones superiores a 700 micras de longitud de onda, ni de las que se hallan bajo de las 400 correspondientes al límite del espectro visible.

La acción biológica y la acción química en sus radiaciones luminosas guardan una relación íntima y directa, es decir, cuanto mayor es la acción química de una radiación, tanto más puede influir sobre las condiciones vitales de los tejidos.

Las modificaciones biológicas pueden sobrepasar el límite de lo fisiológico para caer en el terreno de lo patológico y esta acción última se manifiesta de un modo directo cuando actúan radiaciones de una longitud de onda inferior a 300 micras.

Estas radiaciones determinan una acción cáustica lo que implica la necesidad de ser eliminadas cuando se utiliza una fuente de producción luminosa que las emita en gran cantidad.

Con el estudio de las propiedades monocromáticas, entró la Helioterapia en un terreno verdaderamente científico.

Los trabajos de Drapers en 1843, los de Bunsen en 1854 a 1857, los de Roscoe, Bequerel, Marchan, Elster y Geitel, buscando el modo de medir la luz, fundándose principalmente en la utilización química, permitieron la apreciación exacta de las condiciones de los diferentes rayos de que consta el espectro solar.

Los trabajos de Langley, determinando la diferencia que en las alturas y en el llano tenía el espectro solar según las condiciones de la atmósfera, permitió llegar a conclusiones utilizables en la práctica.

Con ser muy útil la Helioterapia, no es un medio terapéutico del que pueda disponerse en todo tiempo y en todos los climas: son muchos los días de invierno en que no es posible utilizarlo.

Las condiciones en que se vive en la ciudad no permiten tampoco la utilización de este medio terapéutico a la inmensa mayoría de sus habitantes.

La escasez de rayos ultravioleta que en la llanura y en países en que la niebla es frecuente se observa no permite tampoco su utilización, y, por tanto, aun reconociendo la gran utilidad de la Helioterapia, no podía entrar el tratamiento por medio de la luz en la práctica constante y diaria, si no se encontraba un foco luminoso que, abundando en rayos de onda muy corta, permitiera en todo tiempo y en toda ocasión utilizar la acción biológica que sobre el organismo producen las radiaciones luminosas.

La Fototerapia pasó, con el descubrimiento de Finsen, de los sanatorios de altura a las clínicas de las ciudades, y gracias al perfeccionamiento en la producción de una fuente luminosa abundante en rayos ultravioleta, es este un medio terapéutico que ha entrado en la práctica diaria ginecológica.

Kjeldsen, danés, utilizó la incandescencia del hierro como fuente productora de una gran cantidad de rayos químicos; Arons descubrió más tarde,

(1) Véase el número anterior.



en 1892, que el mercurio incandescente daba una considerable cantidad de rayos violeta; Hewit, en 1901 demostró que estos vapores de mercurio incandescente, podían suministrar una fuente considerable de rayos ultravioleta, cuya longitud de onda descendía hasta 150 micras.

La utilización de un tubo de cuarzo para contener los vapores incandescentes de mercurio que permita el paso de la casi totalidad de estos rayos ultravioleta, resolvió el problema de obtener una fuente considerable de rayos de acción química.

Kromayer perfeccionó el descubrimiento de Hewit y puede decirse que desde el descubrimiento de la lámpara de este nombre, la terapéutica actínica constituye un medio de aplicación cuyas indicaciones de tratamiento se extienden de día en día.

El espectro de la lámpara de cuarzo no es el mismo que el de la luz solar. En el espectro de aquella no existen los rayos rojos, la longitud de la onda luminosa no pasa de 600 micras; pero, en cambio, los rayos violeta y ultravioleta, desciende en la longitud de su onda a 150 micras no constituyendo una línea continua descendente en longitud de radiación, sino formando haces distintos de longitud variable cada vez decreciente. Estos rayos, de una longitud tan corta de onda, tienen una acción muy irritante sobre la piel, lo que obliga, para poder utilizar con provecho los de acción biológica útiles, a eliminarlos por medio de una filtración adecuada.

Los rayos entre 150 y 280 micras de longitud de onda, no pueden actuar sobre la piel sin determinar rápidamente una acción eritematosa que impide la continuación del tratamiento.

Para evitar que esto se produzca, se utilizan pantallas de cristal azulado o películas que no permitan el paso de estos rayos de tan corta longitud para dejar que puedan actuar sobre el organismo aquéllos cuya acción biológica pueda ser útil y cuya longitud de onda se halle entre las 290 y las 400 micras.

De la misma manera que en los rayos X se utiliza la filtración para eliminar los rayos, huyendo de una acción irritante y aún cáustica muy manifiesta, así con la lámpara de cuarzo debemos eliminar aquellos rayos cuya acción penetrante es muy poca y que, en cambio, determinan efectos eritematosos y flictenosos sobre la piel en que actúan.

Los rayos de luz no penetran a una profundidad mayor de un centímetro o centímetro y medio, siendo los más penetrantes los de mayor longitud de onda que son asimismo los que menor acción química poseen, en tanto que los de longitud de onda más corta se quedan casi todos en el plano más superficial no produciendo efectos útiles en el sentido biológico más que aquéllos que pudiendo actuar sobre los elementos inmediatamente colocados por bajo de las capas más superficiales de la piel, tienen una acción directa sobre la sangre circulante sin llegar a producir quemaduras superficiales.

La acción patológica de los rayos ultravioleta se

manifiesta por la producción de flictenas sumamente dolorosas que obligan a la interrupción del tratamiento y a que no pueda utilizarse con beneficio su acción terapéutica.

Si examinamos la acción que ejercen los rayos violeta y los ultravioleta sobre la piel, vemos que determinan rápidamente un enrojecimiento, que, si se prolonga su acción, llega a constituir un eritema y exajerando todavía la actuación producen verdaderas flictenas, con la particularidad que estos estados de reacción cutánea son evitables si se hace que actúen de modo intermitente hasta acostumbrar al organismo a la acción de las radiaciones solares.

Para lograr este efecto de resistencia lo mismo con la lámpara de cuarzo que con baños de sol, hay que dar sesiones cortas prolongándolas de día en día hasta que llegue el organismo a resistir sin protesta dosis considerables de radiación.

La cuestión del hábito de la piel, es cosa que se ve todos los días. El hombre de ciudad que va un día al campo y más especialmente si hace excursiones a la alta montaña, regresa con un eritema de la piel en las partes descubiertas, que en lenguaje vulgar se dice «que viene tostado por el sol». Si no está acostumbrado a las excursiones de montaña, puede, en las partes descubiertas y que han sufrido la acción directa de los rayos solares, aparecer un eritema sumamente doloroso, que al día siguiente va acompañado de flictenas superficiales más o menos extensas; y, en cambio, el guía, el hombre de campo que le ha acompañado en la excursión, y que tiene ya el hábito de la luz solar, no presenta la más insignificante manifestación en sus tegumentos de la acción de las radiaciones. Y es que la acción química que determinan los rayos violeta sobre los elementos cromáticos celulares, ha logrado en el individuo que está acostumbrado a la acción de las radiaciones que se forman por los restos de la materia cromática acumulada bajo la piel, una pigmentación que sirve de pantalla y que detiene las radiaciones actínicas excesivas.

Hace algunos años se decía que la pigmentación de la piel, por efecto de la acción de la luz solar, era uno de los elementos que contribuían al proceso curativo que se obtenía con la Helioterapia, pero esto era una interpretación completamente falsa del hecho cierto de la super pigmentación de la piel por efecto de la acción continuada de los rayos solares.

La movilización del pigmento no contribuye para nada a la acción curativa de los baños de sol. No representa más que una defensa que hace el organismo en virtud de la ley biológica que actúa en todas partes y que allí donde existe un ataque, viene inmediatamente la defensa.

Los rayos ultravioleta, al actuar sobre la piel, representan un ataque al organismo, la acción química de estos rayos debe tener un límite y el organismo se defiende de su exceso presentando la pantalla del pigmento, cuya pantalla absorbe una cantidad



considerable de rayos ultravioleta y ello mismo permite que pueda en sesiones posteriores ir aumentando gradualmente la cantidad de radiaciones actínicas que actúan sobre el organismo.

Exactamente lo mismo que pasa con la luz del sol, pasa con la de la lámpara de cuarzo y aun también en proporción mayor si no se tiene el cuidado de aplicar una pantalla protectora que impida el arribo a la superficie de la piel de las radiaciones de longitud de onda inferior a 300 micras.

Que la pigmentación al movilizarse y acumularse bajo la piel no puede representar un proceso curativo para algunas enfermedades, lo demuestra el hecho, que siendo considerable la cantidad de pigmento que tiene la raza negra, no solamente no se halla esta raza defendida contra la tuberculosis, sino que, por el contrario, presenta una predisposición muy manifiesta.

Y verdaderamente resultaría un hecho contradictorio que la acumulación de pigmentos en la piel, representara una defensa para la raza blanca y la existencia considerable de pigmentos en la raza negra representara una mayor predisposición a la tuberculosis.

No hemos de analizar cuáles son las condiciones que puede hacer más susceptible para la tuberculosis a la raza negra que a la blanca; pero citamos el hecho para establecer que las producciones pigmentarias que se verifican por efecto de la luz ultravioleta, no son más que defensas orgánicas contra la invasión agresiva que representan los rayos actínicos al penetrar en el organismo.

La acción de las radiaciones actínicas se ha utilizado en esta última guerra con gran perfección y se ha visto cómo las heridas sometidas a la acción de los rayos emanados por la lámpara de cuarzo se desecan y cómo muchas superficies supurantes disminuyen y cesan en su supuración.

La acción microbicida de la luz ultravioleta, es manifiesta. Ya de antiguo se sabe que el moho se produce en gran abundancia en los lugares oscuros y que desaparece en muchas ocasiones con solo dejar que el sol actúe sobre las cosas enmohecidas. Spalanzani en 1700, reconoció la acción letal que sobre ciertos elementos vivos tenía la luz solar; Schmarda, comprobó la influencia nociva que la luz solar ejerce sobre un cultivo de infusorios; Danner y Tyndall comprobaron asimismo la acción bactericida de las radiaciones luminosas; y Koch, en 1890, demostró la acción microbicida de la luz sobre el bacilo de la tuberculosis.

Esta acción microbicida se ha utilizado en muchos procesos, y dejando aparte la interpretación que pueda darse a la generalidad del proceso curativo de la tuberculosis, es lo cierto que en algunos procesos ginecológicos, cual es la blenorragia en su forma crónica, puede la sola acción de los rayos ultravioleta, determinar un efecto completamente curativo.

Los rayos actínicos tienen asimismo una acción analgesiante. En ginecología los utilizamos en el prurito vulvar, en aquel que en un tiempo se denominaba esencial, en el que no existen manifestaciones de alteración patológica alguna, ya que las lesiones eritematosas que muchas veces acompañan al prurito son secundarias.

En el prurito vulvar con tres, cuatro o cinco sesiones de luz ultravioleta, desaparecen casi siempre las molestias y picores, única y exclusivamente por la acción analgesiante que los rayos actínicos tienen sobre las terminaciones nerviosas.

La acción local limitada producida por la actuación luminosa, seguramente no explicaría los resultados tan brillantes que se obtienen en gran número de procesos de índole general y cuya acción curativa hay que buscarla en actuaciones indirectas y como resultado del resurgimiento de energías y de defensas orgánicas que se hallan disminuidas.

Los rayos ultravioleta ejercen una acción sobre la sangre así como también sobre las glándulas endocrinas; intervienen sobre su actuación, sobre las oxidaciones que se verifican en el organismo, ejerciendo una acción directa sobre los acúmulos que constituyen el pániculo adiposo; influyen directamente sobre el metabolismo orgánico lo mismo en el sentido catabólico que en el anabólico, lo mismo en el sentido constructivo que en el destructivo.

La luz solar tiene una esfera de acción limitada si se juzga en detalle, pero de gran importancia cuando se ejerce sobre toda la superficie del cuerpo y, por tanto, son muchas las células del organismo influidas por la actuación luminosa.

La acción curativa de los baños de sol y los de la luz de la lámpara de cuarzo, más que en su acción limitada al punto enfermo, se halla en la que ejercen sobre la totalidad del organismo: no de otro modo podrán explicarse algunos efectos curativos verdaderamente extraordinarios que sobre las más diversas enfermedades de aparatos profundamente situados, han influido tan favorablemente.

Es un hecho comprobado por gran número de observadores, que los ataques epilépticos experimentan un retraso considerable sólo con el tratamiento por la luz solar; y si se busca la relación etiológica que tiene la determinante de la tetania y la función de las glándulas paratiroides, no puede menos de aceptarse que éstas son influidas, aunque de modo indirecto, por los elementos que de la superficie cutánea son movilizados por efecto de las radiaciones actínicas.

Si es únicamente en la sangre circulante por los vasos inmediatamente colocados en el dermis cutáneo; si es produciéndose fermentos o desdoblamiento de otros existentes, como llega la acción de la luz a las glándulas endocrinas, es cosa que no está todavía completamente determinada; pero las observaciones de curación de estados tetánicos con la acción de la luz ultravioleta, demuestran la acción indirecta que



sobre las glándulas paratiroides ejerce la luz.

El efecto general que se observa en un enfermo después de un baño de sol o de luz de la lámpara de Kromayer cuando éste no sobrepasa los límites que el organismo puede tolerar, es una sensación de euforia y si es un individuo excitable, una acalmia notable en su sistema nervioso, seguido de un estado de somnolencia y en muchas ocasiones duerme tranquilamente, cosa en ellos verdaderamente inusitada.

Por la acción del baño de luz, el pulso se hace más fuerte sin aumentar su frecuencia, la respiración más profunda, los latidos del corazón más enérgicos y se aproxima el funcionalismo general al tipo fisiológico.

La influencia considerable que sobre el estado general de algunos enfermos con síntomas genitales produce el baño de luz, ha convertido la fototerapia en un medio terapéutico de aplicación ginecológica cada día más extensa.

La actuación sobre la secreciones internas del ovario, sobre las múltiples glándulas endocrinas que por su alteración producen síntomas genitales, motiva una cantidad de indicaciones de las que vamos a hacer un ligero resumen.

Como acción local en el prurito vulvar, bastan cuatro o cinco sesiones para que los picores desaparezcan completamente. Claro es, que si el prurito depende de perturbaciones nutritivas o de enfermedades generales como la diabetes, el tratamiento es simplemente antiséptico y, en consecuencia, si la enferma no se somete a un régimen dietético convenientemente, al cabo de poco tiempo desaparece la acción analgésica de la luz y reaparecen los picores.

En la inmensa mayoría de los casos, la fototerapia aplicada a esta enfermedad, significa un compás de espera para que las modificaciones en los cambios nutritivos se realicen de tal manera, que la terapéutica causal produzca su efecto.

La fototerapia ha sustituido con ventaja a los rayos X en el tratamiento de esta enfermedad sin ninguno de los inconvenientes que las radiaciones emanadas de esos rayos ofrecen.

En la leucoplasia vulvar y en la craurosis, los rayos ultravioleta producen beneficiosos efectos. En la primera hemos tenido ocasión de observar los efectos curativos en distintas ocasiones. La rebeldía que ofrece a los más diversos tratamientos las leucoplasias, lo mismo la vulvar que la bucal, nos induce a aconsejar este medio de tratamiento actínico que en algún caso nos ha dado excelente resultado.

En algunas ocasiones son tan notables los efectos observados, que en la actualidad nos parecía faltar a nuestro deber no aconsejar el ensayo de este medio terapéutico para esta enfermedad, tanto más, cuanto es sabido la frecuencia con que por encima de las placas leucoplásicas aparece el epiteloma.

(Se continuará.)

## Periódicos médicos

### CIRUGÍA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

##### 1. Tratamiento de las heridas penetrantes del abdomen por arma de fuego.—El doctor Luis Giménez, después de estudiar los fundamentos en que se apoyan los partidarios de la expectación o de la intervención rápida, así como sus ventajas e inconvenientes establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La indicación de intervenir en las heridas penetrantes en el abdomen por arma de fuego la impone la lesión visceral, que casi siempre la acompaña.

2.<sup>a</sup> No puede negarse la existencia de la herida penetrante simple; pero en las heridas por arma de fuego son raras, y, por lo tanto, no puede contarse con ellas en la práctica.

3.<sup>a</sup> Las heridas penetrantes con lesión visceral arrojan una mortalidad de un 80 a un 100 por 100 en la abstención operatoria.

4.<sup>a</sup> La intervención operatoria ha rebajado la mortalidad de un 45 a un 50 por 100.

5.<sup>a</sup> Las heridas penetrantes con evidentes síntomas de lesión visceral no tienen más tratamiento que el exclusivamente operatorio, no debiendo ni ser discutido, pues el enfermo abandonado a sus defensas peritoneales y con el tratamiento médico no tiene más fin que el de sucumbir fatalmente por peritonitis.

6.<sup>a</sup> Que faltando muchas veces los síntomas de lesión visceral, y siendo numerosos los casos de diagnóstico difícil, en caso de duda, deberá practicarse la intervención, ya que es mejor prevenir que curar una infección peritoneal.

7.<sup>a</sup> Que la intervención, aunque la herida sea penetrante simple, cuando se ha hecho en las condiciones de asepsia y técnica necesarias, puede considerarse como inocua.

8.<sup>a</sup> Las heridas penetrantes con lesión visceral y manifestos síntomas de peritonitis deben operarse todas, aunque los resultados no sean tan satisfactorios; pero aun así, se obtendrá un crecido número de curaciones, que debe tenerse muy en cuenta.

9.<sup>a</sup> Que la verdadera contraindicación de intervenir es el *shock* que acompaña frecuentemente a estos heridos; pero sabiendo la fácil confusión con la hemorragia interna y la peritonitis sobreaguda, en caso de duda, deberá operarse en lugar de abstenerse.

10. La operación que deberá practicarse es la laparotomía exploratriz precoz, entendiéndose que cuanto más inmediata al accidente, y a ser posible, dentro de las primeras doce horas, será, por lo tanto, más oportuna y más resultados se obtendrán de ella.

11. La anestesia será desde luego la general, ya que las condiciones en que se encuentran estos heridos no son las de elección para anestesia local o intrarraquídea, aparte de que estas intervenciones, por lo general, son de bastante duración.



12. Por el estado del herido se podrá determinar la elección del anestésico, entre el éter o el cloroformo, prefiriendo el éter para los que sea necesario la tonificación de pulso y corazón, y el cloroformo, para los que se encuentren en buenas condiciones de su aparato circulatorio.

13. La incisión laparotómica que debe practicarse es la media supra o infraumbilical, según el asiento de los orificios de entrada y salida del proyectil; pero siempre incisión amplia, ya que inconvenientes no tiene, y, en cambio, las ventajas son numerosas.

14. Las ventajas que tiene la incisión media y amplia es la de ver bien todo y rápidamente, al mismo tiempo que se reducen las maniobras intra-abdominales, tan lesivas para las defensas naturales del peritoneo; además, que la reducción de la masa visceral es más sencilla, y, por lo tanto, menos traumatizante.

15. La técnica a seguir debe reunir como condiciones: rapidez, seguridad y practicar la mayor parte posible de las maniobras operatorias fuera del abdomen, sin olvidar, como base primordial de ellas, una asepsia rigurosa. Estas condiciones se favorecen por la amplia incisión que aconsejamos, que a la vez ahorra anestésico y tiempo, y gastar anestésico es aumentar la intoxicación, y gastar tiempo es perder sangre y energías, elementos estos últimos de los que tanto necesitan estos heridos.

16. La lesión visceral se tratará, según su grado y la viscera afecta, por la sutura o la resección, y nadie más que el criterio del cirujano será el que determine.

17. Los cuidados post-operatorios se dirigirán principalmente a la tonificación del pulso y a favorecer las defensas naturales del peritoneo, así como el tratamiento médico o quirúrgico de las complicaciones posteriores.—(*Revista Española de Cirugía*, marzo de 1920.)

**2. Abscesos de fijación.**—El doctor Pérez Marín, comunica el siguiente interesante caso:

El día 18 del pasado mes de abril practicamos una talla hipogástrica en un niño, José Aranda Vico, de nueve años de edad, que padecía desde hace cinco años litiasis vesical.

El que haya ejercido en pueblo podrá apreciar las dificultades que tuve que vencer para efectuar esta intervención en las condiciones que en ellos se trabaja. Se trata de un caso en el cual la cistitis se había declarado hacía ya tiempo; a más de existir abundante cantidad de uratos, se encontraba una buena porción de glóbulos de pus, de modo que tuve que dejar desagüe hipogástrico y para suficiente campo operatorio prolongar las incisiones de los dos planos piel y capa muscular hasta dos traveses de dedo por debajo de la línea umbilical.

Cuantos operen en vientre, por muy extraperitoneal que sea la intervención, han de tener siempre los peligros del contacto con la gran serosa, máxime en este caso en el cual a pesar de haber hecho previo lavado

de vejiga y observar todas las reglas de apsesia que me fué posible, no quedé muy seguro de su no infección ya que siendo la incisión amplia forzosamente tenía que rebasar el fondo de saco y dejarlo al descubierto.

Mis temores fueron desgraciadamente confirmados y a los dos días empecé a notar en el enfermito el comienzo del tan temido cuadro peritoneal. Intervenir de nuevo resultaba poco menos que imposible, la postulación extrema del enfermo, la falta de material aséptico y la oposición decisiva de la familia me hicieron desistir de mi empeño y he aquí mi acuerdo y el motivo que me anima a escribir estas líneas.

No tengo experiencia personal en los casos de peritonitis aguda del resultado de los abscesos de fijación ideados por Fochier y de cuyo fundamento por sobre conocido no paso a ocuparme, ni en mi internado del hospital de la Princesa de Madrid hasta hace cuatro años ni en mi ejercicio profesional, pero sí he tenido ocasión, más de una vez, de comprobar sus éxitos en otros casos de septicemias diversas, neumonías, fiebres puerperales, meningitis cerebro-espinales, con resultados a veces sorprendentes y jamás tuve motivo de arrepentimiento.

En este caso he llegado al convencimiento de su utilidad y no dudo en concederle todo el éxito del caso que expongo.

La noche del segundo día de operado, cuando el pulso empezaba a ser frecuente y algo filiforme, ligero el timpanismo de vientre, fuerte el dolor umbilical, acceso moderado de la temperatura, algunos vómitos y gran inquietud acompañado de sudores etc.; inyecté un centímetro cúbico de esencia de trementina en la región externa del muslo derecho, prescribí la dieta hídrica, puse media inyección de pantopón para conseguir el reposo absoluto del intestino y moderar el dolor, y a falta de hielo recomendé fomentos fríos de una solución de timol al 2 por 1.000 en el vientre y esperé hasta el día siguiente. No había cambiado el cuadro clínico pero tampoco se había intensificado y hasta me pareció que el pulso era más fuerte aunque tan frecuente. Exploré la picadura del muslo y no existía ni el más pequeño enrojecimiento así como tampoco gran dolor a la presión.

Por la noche perdí toda esperanza, pues los síntomas se habían agudizado de tal manera que dejaban poco lugar al optimismo. La herida cutánea, la sonda uretral, el tubo de desagüe, todo estaba normal y sin embargo yo sólo creía ver exudado purulento de la infección peritoneal que con rapidez invadía las dos hojas de la gran serosa.

¡Otro absceso de fijación! Así lo aconseja la experiencia, pero debo de confesar que algo desanimado, esto hice repitiendo la inyección de trementina, pero de dos centímetros e hice intensificar el tratamiento para sostener las fuerzas del enfermito que por momentos se agotaba.

Pocas horas bastaron para que se formase una roseola fuerte, el dolor de vientre se calmaba por momentos, las quejas ya se referían al muslo inyectado y los



síntomas peritoneales fueron cediendo a medida que se intensificaba la inflamación y el dolor en la región externa del muslo, así como la fiebre, que llegó a 40 grados, cambiando el color del enfermo, del pálido, al rojo subido. La dilatación del absceso la lleve a cabo a los dos días de provocado y seis de operado, habiendo en este día cedido por completo hasta el más ligero síntoma peritoneal, quedando regularizada la defecación y alimentación hasta lo que conviene.

El curso ha sido favorable hasta la fecha y dado de alta por curación.

**Resumen.**—1.º El absceso de fijación debe provocar-se siempre en todas las intervenciones operatorias en las cuales se toca el peritoneo; 2.º No debe de esperarse a que se declare el típico cuadro sintomático de la infección, pues excitando las defensas orgánicas hasta podría prevenirse; 3.º Su inocuidad es absoluta mientras no se demuestre lo contrario; 4.º Es compatible con otros tratamientos incluso con el quirúrgico. (*Revista de especialidades*, Jaén, mayo 1920.)

### 3. Sarcoma de la hipófisis con síndrome acromegálico. Estirpación por vía frontal Frasier.

Los doctores Sacco y del Valle han presentado a la Asociación Médica Argentina el siguiente interesante caso:

Enferma de veintiocho años, acromegálica, cuya enfermedad apareció después del parto; después de un año notó síntomas de hipertensión craneal con fuertes dolores frontales izquierdos, que duraban noche y día; al mismo tiempo, disminución rápida de la visión en el ojo izquierdo. Hace más de un año que nota agrandamiento de las manos y pies; ha notado agrandamiento de la cara, nariz y labios, como también engorde general, palpitaciones dolorosas, debilidad y gran pigmentación de la piel del cuerpo.

Cuando le hablan, dice la enferma que oye la voz como en un pozo, tiene zumbidos de oídos. Al agacharse, tiene mareos y náuseas; después de 30 inyecciones de biyoduro de mercurio, la enferma se halla algo mejorada en sus síntomas subjetivos, la cefalalgia ha disminuido casi en totalidad, visión binocular mejorada y en la monocular nota mejoría en OD y nula en OI.

El estado somático es el de una acromegálica.

Dado los síntomas de la hipertensión craneal, la hemianopsia bitemporal y el estado de empeoramiento de la enferma, en relación con los síntomas locales; se decide operarla.

**Operación:** Posición horizontal, anestesia local con novocaína.

Se delimita un colgajo central amplio a pedículo externo, se corta el cuero cabelludo hasta el hueso, se aplican dos coronas de trépano perforantes con el aparato eléctrico de Martel, en los ángulos superior e inferior, a dos y medio centímetros de la línea media, para evitar el seno longitudinal y se delimita el rolet de craniotomía con la pinza «ecrasant» de Dalhgren.

Hecha la craniotomía, el cerebro queda al descubierto en su lóbulo frontal izquierdo, se corta el periostio junto al reborde superciliar y con legra se desprende la duramadre de las protuberancias orbitarias hasta el tercio medio y se carga el cerebro (recubierto por la duramadre) y el contenido orbitario (recubierto por el periostio) con dos separadores espátulas. Con una pinza-gubia se extirpa todo el techo orbitario, teniendo cuidado de no lesionar la mucosa del seno frontal, queda por lo tanto un campo prismático, cuyo vértice es el sitio del trabajo.

Se corta la duramadre a tijera en la cara inferior del lóbulo frontal, en línea horizontal y tomamos el clivaje entre el cerebro y la duramadre levantándolo con cuidado y en el vértice del ángulo se vió la hipófisis, haciendo proeminencia entre los nervios ópticos cubiertos por la lámina meníngea y en su superficie una vena transversa, se cortó la lámina de nervio, salvando la vena y con una espátula roma se rechazó de atrás adelante, herniándose el tumor entre la brecha. En este momento se colocó una ventosa aspiradora y por presión se aspiró todo el tumor en la ventosa.

Se exploró con instrumental metálico toda la silla turca, sintiendo ruido de golpe óseo, prueba de su vaciamiento total. Se repone el cerebro, se sutura la duramadre con catgut en jareta continua y se repone el colgajo ósteo-cutáneo suturando la piel con puntos separados se dejó un drenaje, debajo de la piel.

**Post-operatorio:** La enferma se coloca en cama en posición sentada, conversa, siente aturdimiento cerebral, pulso 110; respiración un poco anhelante, no hay vómitos.

Al día siguiente: temperatura, 38°5, pulso 100; respiración, 24; se le administra caldo, buen estado subjetivo.

Se levanta la curación a los tres días, y se retira el drenaje. Los puntos se quitan a los diez días. Hay pequeño edema subconjuntival y palpebral; se levanta a los doce días; a los quince, de alta, bien curada; sigue la convalecencia en su casa. (*La Prensa Médica Argentina*, 30-7-920.)

## MEDICINA INTERNA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. El nitrógeno albuminoideo en el suero de la sangre cancerosa, por A. Robin.—En el suero canceroso, el nitrógeno total es más elevado que el del suero normal; separando todo el nitrógeno no albuminoideo del suero canceroso, resulta que éste contiene un quince por ciento de albúmina más, que el suero de sangre normal; por tanto, en el cáncer, la regla es la hiperalbuminosis sérica, mientras que la hipoalbuminosis sérica es más bien rara en esta afección y está en relación con la disminución de la alimentación, los edemas, la anemia y la caquexia, cuyo grado puede ser conocido por ella.—(*Bull. de l'Académie de Médecine*, núm. 28, 20 julio 1920.—E. Luengo.



## BIOLOGÍA

## EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Fundamento experimental de la organoterapia en las enfermedades infecciosas, por Borchardt.**—Se investigó la influencia de los preparados orgánicos en el aumento de la aglutinación tífica. Así la adrenalina como la hipofisina determinan un aumento notable. Aun mayor es éste por la acción de la astmolisina y, sobre todo, por las inyecciones de espermina. También la administración de tabletas de tiroidina intensifica el poder aglutinante. Parece que estos preparados obran activando la acción protoplasmática. (*Wiener Mediz. Woch.*, núm. 27 de 1920.) L. P.

**2. Objeto y límites de la quimioterapia en las infecciones bacteriales, por Morgenroth.**—Aun es sólo una esperanza el llegar a la esterilización magna. El lograr ésta, fué muy rara vez alcanzado, se facilitará por el estudio de la biología química de los microorganismos. La resistencia y flexibilidad de adaptación de las bacterias a los medicamentos crea serias dificultades.

La curación de la pneumonia de los ratones por la optoquina representa un triunfo de la Ciencia. Desde el punto de vista de la experimentación no es admisible la opinión de Achittenhelm respecto a la igualdad de acción de la quinina y la optoquina. Ejerce esta beneficiosa influencia, no sólo en la pulmonía lobulillar, sino también en la bronconeumonía y en la pulmonía senil, a condición de que el tratamiento se instituya pronto, lo más tarde dentro de las veinticuatro horas que sigue al escalofrío. Por la experimentación en los animales se ha comprobado la exactitud de la opinión de Ehrlich de que los anticuerpos entran en funciones: de aquí que puedan combinarse la quimioterapia y la seroterapia. La desinfección del saco lumbar por la optoquina, particularmente en la meningitis por neumococos, es muy digna de tenerse en cuenta. El límite del tratamiento por la optoquina se halla en las indiosincrasias ante el medicamento, reveladas principalmente por trastornos oculares. Son precisos ulteriores estudios para fijar bien las dosis. (*Wiener Med. Woch.*, núm. 27 de 1920.) L. P.

**3. Sobre la presencia de espiroquetas en el jugo gástrico en el carcinoma ventricular, por A. Lúger y H. Neuberger.**—Ni en libros ni en revistas han encontrado los autores nada relativo a este punto. En un trabajo de Regaud acerca de la presencia del espiroquete en el estómago de los animales dice que también se puede encontrar en el estómago del hombre, especialmente en el cáncer, pero no entra en más de-

talles. Unicamente Krienitz ha dado a conocer un caso. Las observaciones de los autores se basan en 300 análisis, hechos en 135 enfermos.

De 16 enfermos de cáncer comprobado, en nueve se encontró flora más o menos abundante de espiroquetas en el jugo gástrico extraído estando el enfermo en ayunas; en cambio, de 65 casos de pacientes no cancerosos (de úlcera gástrica o del duodeno, de aquilia y de estómago normal), sólo pudieron encontrarse tras minuciosas investigaciones espiroquetas en cinco casos.

Aún más significativos fueron los resultados del análisis de los tejidos extraídos por raspado del fondo de la lesión, pues de mientras cinco casos de cáncer en todos existía enorme cantidad de espiroquetas, de veinte casos de úlcera no se encontró en ninguno.

Parece, pues, fuera de duda que los espiroquetes hallados en el jugo gástrico de los cancerosos provienen realmente de las capas superficiales de la lesión. Respecto a la primitiva procedencia de los espiroquetes, es de creer que, principalmente provengan de la boca, pues la forma de los encontrados recuerda la de la cavidad bucal, aunque sobre su proceso morfológico son precisos más detallados estudios.

No existe relación directa entre las cantidades de espiroquetas bucales y gástricas: así en un caso de piórrrea alveolar en que era grandísimo el número de aquéllos en la boca, no se encontró ninguno en el estómago. El número de los que en éste se encuentran dependen, no de que se deglutan más o menos de los de la boca, sino de las más o menos favorables condiciones que encuentran para su proliferación, como lo prueban los resultados negativos del análisis en los no cancerosos.

Contribuyen a preparar el terreno para el desarrollo del espiroquete, aparte de la destrucción celular cancerosa, el éxtasis sanguíneo, la disminución de acidez gástrica, la aquilia y las hemorragias: en general requieren las mismas condiciones que el bacilo de Boas-Oppler, del que se encuentra acompañado casi siempre: sólo en tres casos había espiroquetas sin bacilos lácticos. También se ha encontrado al espiroquete acompañado de bacilos fusiformes, como ocurría en las observaciones de Latzel respecto al cáncer del intestino; pero precisamente era menor el número de éstos en los casos en que era mayor el de espiroquetas.

La presencia del espiroquete tiene, pues, la misma importancia diagnóstica que la del bacilo Boas-Oppler, y, por lo tanto, debe ser investigado siempre que se sospeche la existencia de cáncer gástrico: fuera de la iluminación en campo oscuro, el método de investigación más rápido es el de Fontana.

Para precisar las relaciones entre la abundancia de la flora de espiroquetas y el curso de la enfermedad, son precisos ulteriores estudios; se puede afirmar, sin embargo, que cuando la flora es rica, hay en el carcinoma tendencia a las hemorragias. (*Wiener Med. Woch.*, número 28 de 1920.) L. P.



# EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

## PROGRAMA PROFESIONAL



*La función sanitaria 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

#### Una vez más.—Otra comisión

La situación de Zaragoza que tanto, y con tanta razón preocupa y debe preocupar a los españoles, se ha complicado o se ha querido complicar con una aflicción más: la aflicción de su estado sanitario.

Las autoridades de aquella ciudad, de cuya conducta no queremos juzgar porque no nos gusta ser desagradables y menos en los asuntos que especialmente no nos incumben, advierten ahora que el descuido de los servicios municipales podría ser nocivo a la salud pública, hasta el punto de dar origen al desarrollo de una epidemia. Esta bien y no negamos el *posset*, como antes se decía, pero séanos lícito consignar una vez más este hecho cómico, si no resultara desconsolador: la higiene y la sanidad constituyen dos argumentos de los que nadie se acuerda hasta que no sirven en apoyo de fines políticos y de complicaciones sociales. El advertir ahora un municipio español que el mal servicio del alcantarillado y de las aguas puede dar lugar a que sobrevenga una epidemia o que al menos sufra la salud pública, nos produce el mismo efecto ético y de equidad que el que experimentamos cuando niños, leyendo en Samaniego la conocida fábula de Micifús y Zapiron.

Con efecto, no negamos que el descuido de la limpieza de las alcantarillas, impuesto por los acontecimientos políticos sociales durante quince, veinte o más días sea nocivo a la salud pública ¡cómo vamos a negar eso! pero lo que nos hace gracia es que las autoridades adviertan esto solamente cuando los servicios se interrumpen por motivos políticos sociales, por huelgas de funcionarios sindicados o temerosos o por cualquiera otro motivo transitorio. Si estos servicios estuviesen fundamental y convenientemente instalados; si la red de las alcantarillas estuviese bien construida y su dotación de aguas de limpieza automáticamente concebida y ejecutada ¿importaría mucho que unos empleados se negaran a desempeñar durante un mes los trabajos que les están concedidos?

¡Cuántas veces no dejarán de hacerlo por incumplimiento, por propia voluntad, por fiestas de guardar y por tantos otros motivos y entonces nadie se acuerda de la sanidad, que parece destinada a no ser argumento ni tapadera sino cuando sirve a los fines de los mismos que habitualmente la menosprecian y la olvidan! Sucede con ella lo que cuentan de aquel reo que habiendo asesinado a su padre y a su madre y siendo por ello condenado a muerte, como fuese preguntado en la capilla si tenía algo que alegar, contestó muy contrito: «que tengan compasión de este pobre huérfano.»

—o—

Una nueva comisión ha sido nombrada para combatir el paludismo. Procede ésta del Ministerio de la Guerra y tiene por objeto, a lo que parece, el sanear los territorios de Africa en que ejercemos nuestro protectorado. Está muy bien, pues al fin los marroquies hombres son y hermanos nuestros y además los soldados españoles que en su territorio acampan, hijos nuestros son y sangre de nuestra sangre; pero, ¿no podría convenir, pues el problema es el mismo, que la comisión militar y la civil antes nombrada para la Península, constituyeran una misma y utilizaran de este modo los mermados medios con que podemos contar? ¿Es que por ventura el anofele de Africa lleva ros y cartuchera y el de Cáceres es de un carácter civil que no merece que sobre él se enfoquen los medios que *nuestra acción civilizadora* lleva a territorios tan palúdicos como los nuestros y por causas iguales a las que aquí merman nuestra población? ¿Qué ventajas puede tener esta multiplicidad diseminadora de actividades? La sanidad militar tiene funciones absolutamente especiales y privativas que nadie puede discutirle; pero en este caso particular no creemos que la ciencia militar sanitaria pueda decir cosas diferentes de las que la ciencia civil diga. ni podrá proponer otros medios la una que no proponga la otra, ni acabarán ambas por hacer más que facilitar y distribuir la quinina y encauzar o desecar las aguas estancadas y para esto no se necesitan tantas comisiones especiales; con una en que todo se sintetizara bastaría y sobraría.

DEJO CARLAN



## Esperanzas del médico rural

Las igualas y los partidos médicos, tal como hoy se rigen aquellas y como están estos organizados, constituyen dos formas extrañas de persecución del proletariado médico rural.

Decía yo en el prólogo de mi «Agenda Médica» en 1917: «Las mismas cosas ocurren con la *igual* a cuyos bajos fondos, perdida el arma de las titulares, vuelven la vista los jefezuelos de pandillas rurales para desprestigiar y perseguir a los médicos de partido que no se los humillan incondicionalmente o no se los someten cuando lo han menester. De malos pagadores de igualas van estando llenos los expedientes de separación de los médicos titulares, como testigos sin tacha. Entre los *morosos* recluta el caciquismo lugareño su guardia amarilla; y esas mismas gentes de solana y de taberna, podridos de bolsa y de espíritu, son los mantenedores de la opinión pública rural, no sólo contra el médico, el farmacéutico y el veterinario (carne de iguala y víctimas propiciatorias de tramposos y caciques), sino contra el maestro de escuela y el sacerdote. El remedio lo contienen estas tres santas palabras: *Asociación, Mutualidad, Solidaridad*».

Pensemos ahora solamente en el caso de un médico que, por *fas* o por *nefas*, casi siempre por *nefas*, necesita trasladarse de uno a otro partido. Pues, ya se sabe, o se traslada sin cobrar lo que se le debe o no se traslada.

Algunas veces ocurre que el médico desea trasladarse porque se ha hecho incompatible con su clientela, o porque el cacique le ha puesto la proa y no quiere descender al terreno de miserias y ruindades en que la lucha se desarrolla. Entonces podría decir el cacique: a enemigo que huye puente de plata; paguémosle cuanto antes para que se vaya enseguida. Pero no, que se vaya si quiere, pero que se vaya sin cobrar de añadidura.

Esto que parece tan duro, que contiene un enorme fondo de injusticia y de perversidad, es el caso más corriente en los traslados del médico rural. Lo sabe todo el mundo, y nadie se escandaliza; el gobierno hace oídos de mercader y la clase médica, como organismo colectivo, se queda tan fresca, no le importan esos robos.

Y luego hay *compañeros*, mimados por la fortuna, que hacen *chistes* de la cultura del médico rural. Dijo Francos Rodríguez, que la clase médica es la clase más culta de España, la que más lee según el testimonio de los libreros. Yo no sé si es verdad eso que dijo Francos Rodríguez, pero de lo que no me cabe duda es de que la clase médica rural, es la más culta y la que más lee de todas las clases rurales. Esto lo puede comprobar cualquiera visitando al azar media docena de pueblos.

Y en Santander se nos pide, desde lo alto, que no abandonemos el cumplimiento de nuestro deber. Los médicos rurales por lo visto, aunque nos arrastren o nos asesinen, no tenemos más que deberes.

Decía Schmoller en 1875, ratificando palabras de Banberger de 1868: «El Estado que dice al individuo: dame tu sangre porque estoy en peligro, ¿podrá decirle en otro momento: muérete de hambre, no te conozco?».

Pues eso es precisamente lo que hace mucho tiempo nos ocurre a los médicos rurales. El Estado que nos recuerda constantemente nuestros deberes, no nos paga nunca los servicios que le prestamos, ni protege nuestros derechos. La Sociedad imita al Estado.

Y cuando el hambre llama a las puertas del médico rural, la Sociedad, contra las deudas que el médico la reclama, puestas las manos en los bolsillos, alega la prescripción y el Estado se desentiende de la obligación de mejorar la condición económica del proletariado médico.

¡Ah! la huelga de médicos es inhumana porque peligra la vida de los enfermos. Es cierto, pero si al médico no se le paga, si no se le da lo suficiente para vivir, también peligra la vida del médico, ¿es que esto no es inhumano?

Pues la *huelga* en todo caso será la consecuencia del hambre. Evitad ésta y nadie pensará en aquella. ¡Pero si esto es tan claro!

La huelga de médicos no es una huelga política; es una huelga de santas reivindicaciones.

Y vuelvo a Schmoller, cuando escribe en su «Política social y Economía política»: «Un pueblo tiene derecho para hacer la guerra a otro pueblo que atenta a sus bienes más sagrados; del mismo modo una clase de la sociedad, que puede demostrar que se la oprime, tiene derecho a usar de la fuerza para poner término a su miseria».

Los médicos no pedimos más que esto: *Pan, cultura, independencia*. Todo ello es humano, justo, absolutamente indispensable.

Cierto es que lo que pedimos de rodillas a una Sociedad y a un Estado sordos y sin entrañas, lo podemos realizar nosotros mismos, sin la ayuda de nadie, unidos como lo estamos ya, solidarizados como lo estaremos pronto, poniendo en vigor esta organización previsor: *El Socorro a parados*; que impedirá las maniobras que puedan intentarse para hacernos caer de nuevo en una existencia miserable, consecuencia de un salario ínfimo, pagado tarde y mal o no pagado nunca.

D. MARTIN HURTADO.

### Discurso leído en el Paraninfo de la Universidad Central <sup>(1)</sup>

POR EL DOCTOR DON AMALIO GIMENO CABAÑAS, EN EL ACTO DE SU HOMENAJE CON MOTIVO DE SU JUBILACIÓN COMO CATEDRÁTICO

Los operadores actuales no hubieran podido atreverse a intervenciones tan arriesgadas hace cincuenta años, cuando aquel maligno genio, oculto, del pus y de la gangrena, de la infección y de la muerte, cerraba el

(1) Véase el número anterior.



paso a la pericia. Por esa causa, el balance de sus felices gestas operatorias de ahora les hará mirar con satisfacción el cambio y recordar con veneración al hombre a quien lo deben, así como mi relato llenará de asombro a los profanos. Los unos habrán visto que no recuerdo sin motivo y que no enaltezco exagerando: los otros me creerán, bajo palabra; que los tiempos actuales han hecho huir a la duda ante la invasión de tanto nuevo; ¿por qué no creer ya lo que parecía antes increíble? ¿Es que se puede oír la voz humana por el teléfono sin hilos, a 1.000 kilómetros de distancia, y no se ha de poder vivir un estómago o sin lazo, cuando no falta quien, desde antiguo, parece vivir bien la vida del espíritu sin corazón o sin cabeza?

Pero ni los prodigios de la Cirugía ni los progresos más relevantes de la Medicina hubieran sido posibles, lo dije antes, sin un instrumento y sin un método. El instrumento ha sido el microscopio y el método el que puso en manos de un hombre admirable y excepcional el dominio de lo invisible, vivo y peligroso. Un hecho insignificante es engendradora de toda una época. Muy difícil es ver en la semilla al árbol y en el huevo al ave, y, sin embargo, de la semilla puede salir el bosque futuro y del hueso una copiosa bandada. El tenaz empeño de un estudio cristalográfico, perseguido por un modesto profesor de la Escuela Normal de París, nos ha dado toda la microbiología moderna. Pasteur, en busca del que parecía fantástico ácido racémico, por algunas fábricas alemanas, estaba muy lejos de creer que tras de estos afanes se ocultaba un mundo que había él de descubrir.

¡Qué epopeya luego luego la suya! De lo sencillo a lo complejo, ¡qué ascensión a través de las dificultades de la Naturaleza resistiéndose a ser forzada por la violencia del experimento! ¡Qué rudas fatigas, en lucha con la envidia que despierta la suerte del hallazgo y contra la inercia que ofrece lo que es frente a lo que ha de ser! Sin ser médico fué, por ironía de los hechos, más médico que todos. Estudiaba enfermedades de gusanos y en ellas, y en ellas debían otros, más tarde, estudiar enfermedades del hombre; la pebrina iluminó todas nuestras infecciones y contagios. Probó, con sus trabajos, que unas mismas leyes rigen, por triste paradoja, todo lo anormal en el mundo; y que de igual modo que se tuerce el vino, y se enturbia la cerveza, y la leche se agria, podemos morir nosotros; y, al probarlo, hundió en la fermentación las fórmulas de los más oscuros problemas de la vida y de la muerte. Inventó una técnica y convirtió en campos de experiencia los caldos de sus matraces: fué el primer cultivador de vegetales microscópicos; cuidó una flora prodigiosa y terrible por sus sutiles venenos, y así descubrió una especie de agricultura de laboratorio que ha dado prodigiosas cosechas. Fué el higienista de las bodegas, el mejorador de la raza de los bómbrices que dan la seda, la providencia de los ganaderos y el apóstol de una cruzada contra enemigos pequeños, que le hicieron grande. Encontró las causas responsables de enfermedades que desesperaban por su

obscuridad y mostró el camino para evitarlas o curarlas.

Sus obras engendraron a Lister y a Guérin y sus salvadoras ideas han sido el tronco robusto de la Cirugía moderna. La asepsia y la antisepsia son hijas legítimas suyas, la estatua de oro anunciada por Nelaton, nadie más que él la mereció. De un cultivo viejo del diplococo de las gallinas hizo la primera vacuna animada; tras de ella una lista de vacunas análogas nos ha dado defensas inesperadas contra pestilencias mortales. Su camino fué el camino de los hechos, por el que le guió siempre la idea *a priori*, indispensable a todo descubridor de genio; y los hechos positivos, tangibles, fueron el fundamento de su doctrina; con hechos razonaba y los hechos le servían de fuerte mazza para aplastar al error; y su palabra, fortalecida por ellos, rechazaba la duda y hacía ineficaz la réplica. Derribó con la ruda piqueta de sus hechos también la fantástica generación espontánea de Pouchet. Unas gallinas dentro de una jaula, convenientemente dispuestas al experimento, hicieron enmudecer en la Academia a Colin; y cuando en otra sesión célebre negaban algunos de sus colegas que la infección puerperal pudiera ser debida a un microbio, y él sereno, salió a dibujar en la pizarra las cadenas del *ostreotococo*, aún desconocido para los otros, exclamando: *Tenez, Messieurs: voila sa figure*, nadie debió atreverse a contradecirle; de tal modo había crecido, gigante, su autoridad.

Así fué, de invento en invento, sentando las bases científicas de la panspermia y de la microbiología, de modo incommovible: porque pudo discutirse el humorismo hipocrático, rebatir el arqueo de Van Helmont o echar abajo el animismo de Barthez, pero lo que será difícil negar es que el virgula da el cólera y el estafilococo el pus. La ciencia experimental consagró ya estas verdades. Yo no sé que la Medicina, en su larga historia, haya tenido más firme y sólido asiento.

Después de Pasteur, la marea de los descubrimientos sigue sin cesar: suspende el ánimo una visión atormentadora de visibles cocos, de finos bacilos, de inquietos espirilos, de protozoarios multiformes que el aire lleva, que el agua arrastra o que asquerosos animales dejan en nuestra sangre cuando la sorben, envenenándola. Como los árboles de aquel bosque movable que asustaba a Macbeth, anunciándole el peligro, avanza hacia nosotros de continuo la turba de los seres invisibles, heraldos de la enfermedad. La suprema y divina inteligencia que encendió en la muestra su destello, nos enseñó a dominar tantos riesgos de muerte. Yo no me cansaré de agradecer a Dios que me haya prestado vida bastante larga para medir con ella la sorprendente marcha de la ciencia moderna a través de lo desconocido. Vivir mucho tiene sus ventajas, y una de ellas es la que da la sensación a veces del apetito atendido. Con razón dijo el Petrarca en su libro *De vera sapientia*: «*Si quis, toto die currens, pervenit ad vesperam, satis est.*» «Si quien, después de correr todo el día, pudo llegar a la tarde, debe sen-



tirse satisfecho.» Y yo, en la tarde tranquila de mi vida, al contemplar los progresos de la Medicina actual, me siento orgulloso de ser médico y maestro.

He dicho.

#### SEÑORES:

Cuantos siguen el movimiento intelectual de España han reconocido y declarado que el catedrático, académico y estadista, don Amalio Gimeno, figura con títulos irrecusables entre los representantes más selectos de la mentalidad de nuestra patria, resaltando por la amplitud de sus conocimientos y por la brillantez de su exposición. El propagandista elocuente de las más discutidas novedades científicas; el profesor que, despojando las enseñanzas técnicas de toda su aridez, infunde en los discípulos el amor al saber; el académico que, con profundidad y agudeza, discurre sobre temas biológicos y artísticos; el parlamentario que, con la fuerza de los razonamientos y la belleza de las imágenes, alcanza ruidosos aplausos, y el gobernante que, en los más diversos ramos de la administración pública y ante pavorosos conflictos, nacionales e internacionales, encuentran soluciones que aquietan los ánimos de los enardecidos por contrapuestos intereses; honró, durante cuarenta y cinco años, el escalafón de los catedráticos numerarios de las Universidades del Reino, y en el cual, por rigurosa antigüedad, ocupaba el primer puesto al cumplir la edad legal de su jubilación.

Es ésta, no el término definitivo e inexorable de la labor docente del catedrático, sino una línea divisoria que separa la tarea periódicamente repetida de la enseñanza de las asignaturas sugetas a programas en que se desarrollan vastos conjuntos de conocimientos y la exenta de toda pauta oficial dictada por la espontánea iniciativa del que ofrece a su voluntario auditorio los frutos más sazonados de una larga vida de magisterio. Nombres gloriosos del profesorado solicitan su inscripción, después de jubilados, como colaboradores en enseñanzas especiales de la obra universitaria, demostrando con su solicitud que el título de catedrático honorario no es sinónimo forzoso de inactivo; basta la manifestación del deseo, para que el *alma mater* siga albergando en su seno y vivificando con amoroso estímulo a quienes en todo tiempo quieran contribuir con sus luces al mayor esplendor de la más alta institución de la cultura nacional. El catedrático en cuyo honor se celebra esta solemnidad será uno de los testimonios de que el jubilado, si administrativamente se le considera como clase pasiva, intelectualmente es elemento activo para despertar entusiasmos por las nuevas orientaciones del progreso científico. Yo veo al señor Gimeno en nuestra Facultad de Medicina exponiendo, en conferencias exubergantes de doctrina y espléndidas de forma, los conceptos biológicos, reformadores de las clásicas ciencias médicas, tomando, como punto de partida, las enseñanzas de su cátedra de Patología general, como modalidades de los estu-

dios fisiológicos que por el análisis de la vida celular en último término a las sutiles disquisiciones de la biofísica y de la bioquímica. Libre de las trabas de las disciplinas profesionales, su pensamiento y su imaginación, en fecundo consorcio, producirán magníficas lecciones excitadoras de las facultades discursivas del auditorio.

De quien tan fundadamente tanto esperamos, siendo su deseo explícito continuar enseñando en las condiciones en que la ley le autoriza, no puede decirse que se le rinde este homenaje como despedida de la Universidad; para servirla y honrarla a ella queda adscrito, aunque, ciertamente, en otra situación legal que, por determinaría la fatalidad del transcurso del tiempo, tiene para el jubilado el carácter, no enteramente grato, de una supervivencia de la vida común universitaria; pero de todos nosotros demanda el homenaje, más que de consideración, de veneración a quien dedicó los mejores años de su actividad mental a formar las generaciones que han de servir a la Patria en los puestos donde las dificultades y las responsabilidades alcanzan su grado máximo.

A este momento crítico del cambio de situación legal ha llegado nuestro eximio compañero el doctor don Amalio Gimeno; y, asociándonos con todo el fervor de nuestros sentimientos a los que hoy puedan contristar su siempre animoso espíritu, ¡cuán grato nos sería, en debida correspondencia a sus grandes méritos, confortar su alma con una ofrenda que fuese preciado galardón a los servicios prestados a la Patria en los múltiples aspectos de su actividad social!

El que en la presente ocasión lleva la voz de la Universidad, y se conceptúa intérprete del deseo de las ilustres personalidades y Corporaciones que, con su asistencia, dan esplendor a este acto, lamenta que la falta de prácticas tradicionales y la de atribuciones legalmente otorgadas, no permitan que la Universidad, por sí misma, confiera honores excepcionales a los maestros que, con el prestigio de su nombre, han acrecentado el de la Institución a cuyo servicio pusieron su gran valía personal; pero supliendo tal carencia de medios, como en la mente de todos está registrada con el merecido aprecio la magna obra realizada por el señor Gimeno en el decurso de su gloriosa vida, del corazón de todos brotará el homenaje de las alabanzas; y la Universidad, las Corporaciones académicas y la opinión pública, en concierto unísono, ensalzarán al catedrático, al académico y al estadista.

JOSÉ R. CARRACIDO.





## Proyecto de Reglamento <sup>(1)</sup>

DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE MADRID, LEÍDO Y TOMADO EN CONSIDERACIÓN EN LA JUNTA GENERAL EXTRAORDINARIA CELEBRADA EL DÍA 8 DE JUNIO DE 1920.

4.º Llevar además los libros necesarios para el mejor y más ordenado servicio, debiendo existir necesariamente, en el que se anoten las correcciones que se impongan a los Colegiados.

5.º Recibir y dar cuenta al Presidente de todas las comunicaciones que se remitan al Colegio.

6.º Expedir las certificaciones que se soliciten, colocando en cada una de ellas el correspondiente sello, previo el pago que ha de hacer la persona interesada.

7.º Formar cada año la lista de médicos colegiados con expresión de sus domicilios.

8.º Redactar anualmente la Memoria que ha de leerse en la Junta general ordinaria del mes de enero.

9.º Llevar un Registro de clientes morosos.

Art. 39. Corresponde al Tesorero:

1.º Recibir y pagar las cantidades que correspondan al Colegio, bajo los debidos documentos, firmados por el Secretario y el contador y visados por el Presidente.

2.º Firmar la cuenta general de Tesorería y los proyectos de presupuesto que deberá presentar cada año la Junta de Gobierno a la general, convocada en Junta extraordinaria antes del día 15 de enero.

3.º En los ocho días siguientes a la terminación de cada trimestre, deberá pasar al Presidente para conocimiento de la Junta de Gobierno, un balance de estado de fondos del Colegio.

4.º Tener en la caja del Colegio y custodiar los sellos de que este dispone.

5.º Llevar, cuando se tenga, la cuenta corriente con el Banco de España, custodiar los cuadernos de talones y cheques y firmar con el Presidente y Contador.

6.º No tener en la caja del Colegio cantidad superior a 1.000 pesetas.

7.º Observar las mismas disposiciones con el «Capital de Reserva.»

(Concluirá.)

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 13 DE MARZO DE 1920

#### Extractor de leche de mujer

EL DOCTOR RODRÍGUEZ DEL CASTILLO, de San Sebastián, presenta a la Academia un aparato de su invención que lo titula extractor de leche de la mujer y propulsor de aquélla fuera del mismo.

(1) Véase el número anterior.

Se compone de una pezonera, un pequeño cuerpo central que aloja una válvula, el depósito de la cantidad de leche que se extrae en cada recorrido del émbolo y que es propulsada y el cuerpo de bomba encargado de verificar la absorción análoga a los movimientos de succión del niño.

Su manejo es sencillo, y su empleo es indispensable en los casos de retención y en el de pezón prominente. Acelera la curación cuando existen grietas, puesto que se evita la acción perniciosa de la boca del niño sobre el pezón. Debe emplearse, además, cuando el niño por motivos varios, carece de energía para mamar; en los casos de coriza intensa, labio leporino, separación congénita del velo del paladar, niños sifilíticos y en los casos de complacencia de que la madre no quiere esclavizarse o no puede amamantar a su hijo con regularidad por tener que trabajar y verse obligada a recurrir a la lactancia mixta, y en este caso, mediante el extractor, la madre antes de abandonar a su hijo, recoge la leche correspondiente a una tetada, que la calienta a la temperatura del cuerpo en el momento de administrarla.

#### Encefalitis letárgica

EL DOCTOR FERNÁNDEZ SANZ se ocupa de este importante asunto, exponiendo sólo hechos personales con interpretaciones prácticas que de ellos se deduzcan.

Dice, que desde mediados de diciembre de 1919, hasta fin de febrero último, ha observado con frecuencia inusitada una serie numerosa de síndromes evidentemente meningíticos y encefalíticos, que a pesar de su notoria diferencia de aspecto, presentaban en el fondo una analogía fundamental. Además estos síndromes ofrecían la particularidad de no encajar en ninguno de los cuadros clínicos clásicos conocidos y descritos, como tampoco las complicaciones y secuelas neuropáticas de la gripe, que no tienen nada que ver con los síndromes meningíticos y encefalíticos.

Fundamenta sus observaciones en 25 casos que provisionalmente llama síndromes meningo-encefalítico-epidémicos, y para su objeto descarta ocho por pertenecer a la forma que denomina «difusa leve», ya que sus caracteres son un poco ambiguos y se prestan a interpretaciones equívocas en su patogenia.

El doctor Fernández Sanz estudia los diez y siete casos restantes. Dice que los franceses, al definir la encefalitis letárgica le han atribuido cuatro síntomas fundamentales: «fiebre, parálisis oculares, letargo y ausencia de alteración en el líquido cefalorraquídeo», que se encuentra en condiciones normales. Que no le satisface esta agrupación porque no en todos los casos se manifiestan y, por consiguiente, de examinar uno a uno los observados por él, en los cuales encuentran caracteres comunes, como son: «cefalalgia, apatía,

**PAPELES YHOMAR**

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



facies especial, falta de sueño natural y ausencia de hallazgos en el líquido cefalorraquídeo». Describe cada uno de éstos cinco caracteres.

Luego entra en las diversas denominaciones que ha recibido el proceso de que se trata y se fija en las de «encefalitis letárgica, encefalitis oftalmopléjica, poli- o meso-encefalitis epidémica, poliencefalitis superior aguda y encefalitis epidémica», de todas las cuales cree que la denominación más aceptable es la de intitular el síndrome de «meningoencefalitis epidémica».

Dice que también se ha llamado «encefalitis gripal», puesto que sus relaciones son evidentes por presentarse la epidemia a la par, cuyas coincidencias no pasan de ser de tiempo y de lugar. Que en vista de estas dificultades en designar un nombre preciso, algunos autores la han llamado enfermedad de Netter, pero que les parece más acertado titularla de Ecónomo, puesto que en realidad fué el primero en describirla en Viena.

El doctor Fernández Sanz fijándose en sus 25 observaciones las clasifica en cuatro formas clínicas fundamentadas en dos caracteres: en la malignidad o benignidad del proceso y en los síntomas según sean, difusos o focales, y así hay una forma «difusa leve», otra «difusa grave», una forma «focal leve» y otra «focal grave». De la primera son los ocho casos que manifestó al principio, quedaban eliminados y sólo de los 17 restantes manifiesta que siete pertenecen a la forma difusa grave, entre los que hubo tres fallecimientos; seis, a la focal leve; y cuatro, a la grave; los cuales han terminado por curación.

Entra en algunas consideraciones etiológicas, citándose a las relaciones que sus casos hayan podido tener con la gripe y halla que unos son primitivos y otros consecutivos a procesos gripales padecidos por el sujeto antes de haber comenzado el proceso meningoencefáltico, pero aún en los casos de apariencia primitiva, hace constar que existían casos de gripe en la familia o en la vecindad del sujeto, de modo que sus relaciones con la gripe son evidentes en todos sus diez y siete casos, de los cuales, trece los considera primitivos, y cuatro consecutivos.

Examina estos últimos casos y dice que uno era enfermo de encefalitis difusa, muy grave, que curó y sobrevino inmediatamente después de una neumonía gripal gravísima; otro era de tipo focal leve y ocurrió después de una neumonía gripal; otro era de tipo focal grave, de evolución larga y síntomas difusos y también focales, muy graves, acentuados, y el otro caso era focal leve, pero con síntomas persistentes después de una gripe de forma general, con fiebre y algunos trastornos gastro-intestinales. De modo que de estas breves consideraciones de la relación con la gripe se saca la deducción de que en todos, lo mismo en los primitivos que en los consecutivos había coincidencia con la epidemia gripal.

El doctor Fernández Sanz al fiarse en las condiciones de los 17 sujetos de que se ocupa, dice que 11 eran hombres y seis mujeres, habiendo observado que en los primeros su edad oscilaba: uno de veinte a treinta años; tres de treinta a cuarenta; cuatro, de cuarenta a cincuenta; y tres de cincuenta a sesenta; y que en las mujeres, una menor de veinte años; una, de veinte a treinta; una, de treinta a cuarenta; y tres de cuarenta a cincuenta, para deducir que las diferencias de ambos sexos son escasas. En cambio, la residencia de dichos enfermos, ya reviste verdadera importancia desde el punto de vista de la distribución epidémica, resultando que diez pertenecen a Madrid y los otros a las provincias de Almería, Avila, Cáceres, Ciudad Real, Granada, Murcia y Toledo, lo que supone que la epidemia se halla bastante difundida.

Luego entra en la sintomatología del mal y se fija en la cefalea, apatía, facies atónica, falta de sueño natural; en los síntomas irritativos como accesos convulsivos, temblor y delirio; en la confusión mental; en la fiebre, con sus categorías de alta (más de 40°), moderada (entre 38°,5 a 40° y baja cuando no pasa de 38°,5) en los síntomas encefálticos (unos de mesocéfalo y otros de corteza-cerebral), pertenecían a los primeros las parálisis oculares, que son más bien paresias de carácter de bilateralidad, afectando a todos los nervios motores oculares, pero de preferencia al tercer par, más a la musculatura extrínseca que a la intrínseca, revelándose por la caída de los párpados superiores y por la diplopia.

Al ocuparse de los caracteres analíticos del líquido cefalorraquídeo, dice que sólo lo ha examinado en diez casos, pues los otros siete no fué posible por negativa de la familia, encontrando en todos ellos limpio y claro el referido líquido, si bien la tensión presentaba caracteres diversos; acentuada en dos casos, moderadamente aumentada en otros dos, y normal en el resto.

Al ocuparse de la evolución del proceso distingue dos fases: una de agudeza máxima de los síntomas, de gran intensidad, con fiebre algunas veces muy alta y otros trastornos generales que duran de uno a dos septenarios, y otra segunda fase de declinación de los síntomas, de desaparición de los trastornos generales, incluso de la fiebre y de persistencia de algunos de los síntomas encefálticos que pueden calificarse de residuales y suelen prolongarse mucho tiempo, aún dentro de la convalecencia. Sin embargo, puede decirse que ésta es lenta, difícil, penosa para el enfermo que no experimenta bienestar, prolongándose este estado más allá de dos meses. La fiebre dura poco; las parálisis oculares son fugaces, a excepción del elevador del párpado que se prolonga algo más.

Al hablar el doctor Fernández Sanz del pronóstico, afirma que la terminación habitual es la curación, pues de los diez y siete casos observados sólo han fallecido

**TOLUDEN**  
Pelrid's C.<sup>o</sup>, New-York

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

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



tres, alcanzando una mortalidad de 17,64 por 100. Pero hay una diferencia enorme entre la forma difusa y la forma focal, porque los tres casos de muerte han correspondido a la forma difusa, de modo que para esta forma la mortalidad es de 42,85 por 100, y nula en la focal.

El doctor Fernández Sanz, al estudiar la fase diagnóstica se limita a hacer un diagnóstico diferencial en lo que se refiere a la meningitis tuberculosa, pues en los primeros casos así lo creía, por los caracteres negativos del líquido cefalorraquídeo, o sea la ausencia de gérmenes, etc.; pero debe desecharse este diagnóstico, porque no solamente ha sido negativo el examen del líquido, sino que la inoculación en los animales ha resultado completamente negativa, sin dar muestra de tuberculosis. Por otra parte, la curación sobrevenida en estos casos sin dejar huella alguna obliga a desechar el diagnóstico de la tuberculosis, además de la falta de antecedentes personales, hereditarios o de familia.

El doctor Fernández Sanz termina su notable comunicación ocupándose del tratamiento, y dice que lo mismo en la forma difusa que en la focal, debe emplearse sistemáticamente la punción lumbar, y debe emplearse cuantas veces sea necesaria, siempre que se encuentre aumentada la tensión, y hasta que ésta vuelva a su grado de normalidad y remitan los síntomas graves. Ha empleado también con satisfactorio resultado la urotropina, con resultados favorables, a la dosis de cuatro a seis gramos diarios, sin limitación de tiempo mientras ha sido necesario usarla. No es partidario de las inyecciones intramusculares de leche esterilizada o de metales coloidales, por el resultado poco satisfactorio. Respecto al empleo de la estricnina, que algunos preconizan, hay que metodizar mucho las reglas de su empleo, sobre todo cuando existen fenómenos bulbares, pero esto al principio del mal, relegándole para la convalecencia, como tónico general nervioso. Nunca debe usarse la estricnina cuando se observen síntomas irritativos, violentos accesos convulsivos, delirio, etc. Otros medicamentos se han empleado; la esparteína, el aceite alcanforado, la adrenalina y los sedantes. Los hipnóticos veronal, cloral, etcétera, desempeñan un gran papel en la convalecencia, sin dejar la psicoterapéutica de gran efecto en aquellos casos de abatimiento moral.

DOCTOR CESALDO.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,4; id. mínima, 704,4; temperatura máxima, 27°,5; id. mínima, 14°,2; vientos dominantes, NE. NNE.

Las variaciones de los estados patológicos agudos han sido muy escasas en esta semana: siguen presentándose en crecido número los reumatismos poliarticulares y musculares, las angiocolitis catarrales, los cólicos nefríticos y hepáticos.

En los niños abundan las anginas catarrales benignas

### Mortalidad de Madrid en agosto de 1920, comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior

#### Comparación por grandes grupos de edades

	Promedio anterior	Agosto de 1920
Menores de un año.....	237	215
De uno a cuatro años.....	184	158
De cinco a diez y nueve años.....	87	113
De veinte a treinta y nueve años.....	171	189
De cuarenta a cincuenta y nueve años.....	194	180
De sesenta en adelante.....	255	228
Sin clasificación.....	1	6
TOTAL.....	1.129	1.089

#### Comparación por diagnósticos de mayor importancia médicosocial

	Promedio anterior.	Agosto de 1920
Fiebre tifoidea.....	21	45
Tifus exantemático.....	1	2
Viruela.....	11	2
Sarampión.....	17	3
Escarlatina.....	6	3
Coqueluche.....	7	13
Difteria.....	10	6
Gripe.....	6	3
Otras epidemias.....	4	2
Tuberculosis pulmonar.....	129	141
Idem meníngea.....	16	19
Otras tuberculosis.....	23	27
Cancerosas.....	51	46
Meningitis.....	77	46
Congestión, hemorragia y reblanecimiento cerebrales.....	50	50
Orgánicas del corazón.....	65	56
Bronquitis aguda.....	25	24
Idem crónica.....	13	11
Pulmonía.....	15	7
Bronconeumonía y otras.....	64	57
Enteritis infantil (menores de dos años).....	147	127
Apendicitis y tifitis.....	2	3
Hernias y obstrucciones.....	12	16
Cirrosis hepática.....	9	13
Nefritis.....	31	28
Septicemia puerperal.....	6	5
Debilidad conjunta y vicios de conformación.....	32	47
Senectud.....	27	17
Otras enfermedades.....	252	274
TOTAL.....	1.129	1.089

## LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

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

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25. \* San Sebastián.



Varones.....	548
Hembras.....	541

Promedio diario de agosto en el quinquenio anterior.	36,42
Idem id. de agosto en 1920.....	35,13
Idem id. de julio de 1920.....	40,16
Idem id. de junio de 1920.....	50,60

#### Observaciones.

La cifra total de mortalidad ha sido una de las más bajas registradas los últimos años en el mes de agosto.

Respecto a los meses anteriores sigue disminuyendo el número de fallecidos menores de cinco años.

Las fiebres tifoideas han causado 21 defunciones más que en julio anterior.

De los 45 muertos por fiebre eberthiana, 22 eran de cinco a 20 años de edad

## Crónicas

**Colegio de Médicos de Córdoba.**—Ha sido constituida la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Córdoba en la forma siguiente:

Presidente, D. Francisco Bueno Roldán; vicepresidente, D. José Navarro Moreno; contador, D. Baldomero Castellano Sánchez; tesorero, D. Julián Ruiz Martín; vocales, don Arcadio J. Rodríguez Camacho, don Rafael Jiménez Ruiz, don Ricardo Pérez Jiménez, don Manuel Luanco Lacasa, don José Maldonado Fernández, don Rafael Garrido Zamora, don Manuel Paniagua Melero, don Apolinar Rodríguez Romero, don Enrique Cabello Plá, don Eugenio Díaz Burgos, don José Marín Martín, don Juan Carrasco Ballesteros, don Alejandro Yun Torralbo, don Eduardo Tello Amador; secretario, don Joaquín Gómez Aguado.

**Por las Clínicas de Europa.**—Se pone en concimiento de los señores médicos que tienen pedido el tomo II del formulario crítico *Por las clínicas de Europa* que el día 14 les fué remitido; rogamos nos comuniquen si han sido en su poder, pues las peticiones que nos hacen de *Por las Clínicas de Europa*, son numerosas y sentimos que por cualquier causa dejen de recibirlo y no poderles servir después.

Su importe de cinco pesetas pueden remitirlo por Giro Postal o sellos de correo a esta administración.

**Junta directiva de la Asociación Dermatológica Americana.**—En la reunión anual de la asociación dermatológica americana, el doctor Jay F. Schamber, de Philadelphia, fué elegido presidente; el doctor Oliver S. Ormsby de Chicago, vice presidente, y el doctor Udo S. Wile, de Ann Arbor, Mich secretario tesorero.

**Damas enfermeras de la Cruz Roja.**—Queda abierta la matrícula para esta clase de estudios en las oficinas de la Asamblea central de señoras, calle de Recoletos, 6, de tres a siete de la tarde, y en el Hospital del Patronato de aquella Asamblea.

Son condiciones precisas para poder matricularse, ser asociada de la Cruz Roja o hacerse en el momento de matricularse, no exceder la solicitante de cuarenta y cinco años de edad y no padecer de sordera ni miopía.

Las religiosas no necesitan hacerse asociadas.

**Rectificación.**—Habiéndose comprobado el pago de los

señores García Rico y Fiscer Barbeyto, después de publicados sus nombres entre las bajas por falta no advertida de éste, se hace notar que siguen siendo altas entre nuestros suscriptores.

Nos complace hacer esta rectificación para satisfacción de los interesados.

**Cruz de Beneficencia.**—Por R. O. de 11 del pasado mes, le ha sido concedida la Cruz de primera clase de Beneficencia, con distintivo morado y negro a don Luis Torralba Medina, médico titular y forense que ejerce en Escalona (Toledo).

Dicha distinción la ha merecido por los relevantes trabajos realizados durante la epidemia gripal desarrollada hace dos años.

Reciba nuestro compañero la más cordial enhorabuena.

**Estudiantes de Medicina.**—La Escuela-Ateneo de los mismos, fundada el año 1914 en Magdalena, 30, se trasladó a la calle de los Señores de Luzón, 4, duplicado.—Teléfono 1898 M. Este Centro es el primero y único fundado en España para la enseñanza exclusiva y perfecta de la carrera de Medicina con inclusión del período preparatorio. Dispone de completa instalación de Laboratorios, y para la enseñanza clínica cuenta con salas de hospitalización, consultorio y gran sala de operaciones, todo ello anejo en el mismo local de la Escuela. Tiene también instalado un gran internado, único en su género, con una perfecta organización para el estudio vigilado.

El director de este Centro, doctor Gascuñana Hernando, remite reglamentos a cuantos lo soliciten.

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

#### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización, conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.