

# 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
<b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	<b>J. MADINAVEITIA</b> Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
<b>V. CORTEZO</b> Profesor del Instituto Alfonso XIII.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>A. MEDINA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Médico del Hospital General de Madrid.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>B. NAVARRO CÁNOVAS</b> Profesor de Radiología del Hospital Militar.
<b>A. FERNÁNDEZ</b> Alumno de Medicina.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>J. ORTIZ DE LA TORRE</b> Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
<b>M. GAYARRE</b> Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.	<b>S. PASCUAL Y RÍOS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		<b>A. PULIDO MARTÍN</b> Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		<b>P. DEL RÍO HORTEGA</b> Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		<b>JOSÉ SANCHIS BANÚS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		<b>F. TELLO</b> Sub-Inspector General de Sanidad
		<b>L. URRUTIA</b> 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: Anatomía Patológica Ocular, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Seborrea concreta de los viejos, por el Dr. Sicilia.— Intoxicación estriónica, por Dionisio Gómez Repiso.—Sobre las meningitis agudas atípicas, por Bernardo Gil y Ortega.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La Asamblea de Jerez, por Un congresista rural.—Sociedades Científicas: Real Academia Nacional de Medicina.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Anatomía Patológica Ocular

Curso del Profesor Fuchs, de Viena

Madrid, enero-febrero, 1920

POR EL

DOCTOR MANUEL MARIN AMAT,  
 oculista del Hospital Provincial de Almería

CURSO TEÓRICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA OCULAR CON PROYECCIONES, EXPLICADO POR EL PROFESOR FUCHS, DE VIENA, EN MADRID DESDE EL DÍA 12 DE ENERO HASTA FIN DE FEBRERO DE 1920

1.ª Sesión, día 12 de enero de 1920, 7 tarde.

Presentación y explicación de 34 preparaciones de lesiones de la conjuntiva, siendo notabilísimas todas y destacando:

1.ª Lesiones conjuntivales en oftalmía blenorragi-

ca del recién nacido, con el epitelio destruido y presencia de hipertrofia folicular, con gonococos contenidos dentro de las células del epitelio y de los leucocitos (células de pus). Ha visto un caso de metástasis en la articulación del hombro de los gonococos de la conjuntiva.

2.ª Lesiones conjuntivales en la difteria, también muy expresivas.

3.ª Lesiones en el tracoma; granulación rodeada de cápsula conjuntiva, de la que arrancan tabiques que llevan vasos, colocados debajo del epitelio al cual levantan. Admite como nosotros, además del tipo neoplásico, la «infiltración granulosa» y nos enseña y explica una preparación muy demostrativa. Admite, como Raelhman, el modo de terminar las granulaciones por necrosis del epitelio y eliminación del contenido. Dice que las lesiones llegan, en los casos graves, hasta invadir el tarso, especialmente las capas superficiales y producen una especie de paresia del elevador del párpado, que suele persistir aún después de curadas las granulaciones.

4.ª Lesiones de la conjuntivitis folicular; folículo formado por montones de células linfáticas, sin cubierta, ni trabéculas conjuntivas, ni vasos.

5.ª Lesiones de la conjuntivitis primaveral, eminencias aplanadas, duras, poligonales en sus contornos, formadas por la hipertrofia papilar con hundi-



mientos del epitelio en forma de cuñas o cilindros de 25 a 30 capas o más, de células epiteliales y la hipertrofia papilar.

6.<sup>a</sup> Lesiones de la *conjunctivitis contagiosa aguda* de bacilo de Koch-Weeks.

7.<sup>a</sup> Tuberculosis de la conjuntiva, forma ulcerosa.

8.<sup>a</sup> *Pterigion*. Una preparación representando un corte de pterigion con la conjuntiva y córnea horizontalmente (todo el globo ocular). En ella se veía la cabeza del pterigion pasar por debajo del epitelio y de la membrana de Bowman e ir a continuarse con las láminas corneales. La membrana de Bowman estaba destruida y el epitelio de la cabeza del pterigion se continuaba sin solución de continuidad con el de la córnea. El tejido conjuntivo en degeneración hialina que formaba el armazón del pterigion, se continuaba con las membranas corneanas.

9.<sup>a</sup> *Xerosis*. Una preparación teñida en negro por el ácido ósmico en la porción más superficial del epitelio corneal y descamándose en varios sitios (parecida a la de Axenfeld, pág. 382).

*Tumores de la conjuntiva*.—Varias preparaciones interesantísimas.—*Primeras, de quistes* (1).

10.<sup>a</sup> Una de quiste «transparente» formado por la obliteración del conducto excretor de un lóbulo perteneciente a una glándula acinosa lagrimal de la conjuntiva (Krause o Ciaccio), que se ha hecho independiente y aislado del resto de la misma, viéndose su epitelio de recubrimiento.

11.<sup>a</sup> Otra de «quiste linfático», formado por el ensanchamiento de un conducto linfático de esta membrana, cuyo aspecto es el de una vesícula limpia, de contenido claro como el agua y algunas veces con dilataciones y estrecheces como un collar de perlas.

12.<sup>a</sup> Otra de un quiste de «cisticercos», muy interesante: la sección lo había dividido a lo largo y se veía la vesícula caudal del entozoario y fuera de ella la cabeza con sus seis ganchos característicos.

#### *Segundas de tumores* (2).

13.<sup>a</sup> Una de *papiloma* muy expresiva. Radica a nivel de la carúncula próximo al limbo (parte interna conjuntiva) y formada como las verrugas por salientes mamelonados, cuyo epitelio hipertrofiado rodea a las papilas de la conjuntiva hipertrofiadas.

14.<sup>a</sup> *Nœvi congénito*.—Una preparación de *nœvi* congénito no pigmentado y otra de *nœvi* congénito pigmentado.

Nos dijo que normalmente la conjuntiva humana, contiene algunas células pigmentadas en el limbo, exclusivamente.

La preparación de *nœvi* no pigmentado, estaba for-

(1) Dentro de los quistes están el «dermoideo» que es congénito, existiendo al borde de la córnea, con su contenido y caracteres propios. Todos los quistes son benignos.

(2) Los tumores de la conjuntiva son benignos (angioma, papiloma o verruga y *nœvi* congénito) y malignos (epitelioma y sarcoma)

mada por elementos amarillentos, y la pigmentada por células con pigmento negro. El *nœvi* nos dijo—es un tumor sospechoso, y la conducta de Fuchs es observarlo: si crece lo extirpa, antes de que dé lugar (como bien puede ser) a un sarcoma; y si no crece no le toca.

15.<sup>a</sup> Una preparación de «epitelioma» pavimentoso de la conjuntiva bulbar próxima al limbo. En el corte se ve la tendencia a profundizar en la conjuntiva y en la córnea. Por eso lo extirpa enseguida y cauteriza el sitio de implantación, y en caso de reproducción hace la enucleación. Nosotros añadimos se podrán hacer aplicaciones de radio por si bastasen. Igual que lámina Axenfeld, pág. 387.

NOTA.—Entre los tumores malignos además del epiteloma, está el sarcoma de la conjuntiva. Suelen ser epibulbares y tener por origen un *nœvi*, siendo por lo tanto melánicos y tienen tanta tendencia a la reproducción in situ, que se puede desde el momento enucleo. Igual figura que Axenfeld, pág. 388.

#### Segunda sesión, día 14 de enero de 1920, 7 tarde.

Presentación y explicación de preparaciones de córnea normal y patológica, muy interesantes (18 ó 20).

1.<sup>a</sup> Corte de córnea normal humana. Preparación muy interesante y demostrativa. Se ve más delgada por el centro que por la periferia. Se ven las células del epitelio anterior continuarse con el de la conjuntiva. La membrana de Bowman nos dice (como Cajal) que no es basal, sino una condensación de las láminas propias más superficiales de la córnea. Las láminas de la córnea se ven bien, así, como los corpúsculos o células fijas, de forma estrellada y anastomosándose por sus prolongaciones unas con otras, teñidas en amarillo por el cloruro de oro. Se ven algunas células emigrantes más pequeñas y redondas. Se observa perfectamente la membrana de Descemet, verdadera basal, y el epitelio posterior.

2.<sup>a</sup> Un corte de córnea normal de conejo. En ella las células fijas de la córnea apenas si tienen prolongaciones; son casi cilíndricas o alargadas.

3.<sup>a</sup> Preparación de *úlceras epitelial* aguda de la córnea. En la preparación se ve una infiltración leucocitaria debajo del epitelio, el cual se encuentra levantado en dicho sitio y después se desintegran, vacuolizan y eliminan sus células, quedando la úlcera constituida, que se tiñe entonces por los colorantes. Si la marcha es favorable una vez la úlcera «detergida», inmediatamente se recubre de epitelio, desapareciendo en el acto el dolor y los síntomas reaccionales, obteniéndose así la curación. Otras veces se extiende la infiltración subepitelial, «úlceras» progresiva y hasta llega a destruir todas las láminas corneanas, observándose entonces la membrana de Descemet (muy resistente) que empujada por el humor acuoso, hace prolapso entre los labios de la pérdida de substancia a mayor o menor altura, según la extensión de la destrucción y la presión del humor acuoso (queratocele o descematocele). Cuando se rompe, el iris hace hernia y se

observa infiltrado, muy grueso unas veces, inflamado si ya existía iritis y otras sin verdadera flogosis, que es recubierto en el momento por un barniz fibrinoso y a poco, por el epitelio de la córnea, que ha de recubrirle en adelante; el tejido del iris sufre la transformación cicatricial (leucoma adherente), y queda englobado entre las fibras conjuntivas, observándose después restos de vasos y de pigmento iridiano.

4.<sup>a</sup> Preparación de *pannus escrofuloso*. Formado por haces conjuntivos y vasos superficiales, asentando «encima, entre y debajo» del epitelio y hasta debajo y en la misma membrana de Bowman, pronta a destruirse en todas ocasiones y a no repararse. Propio de los sujetos escrofulosos niños y adultos, consérvanse restos conjuntivos y vasculares en dichos sitios que impiden la vuelta a la transparencia absoluta de la córnea.

5.<sup>a</sup> Preparación de *pannus tracomatoso*. Se ven nvar desde el limbo los vasos de nueva formación arrastrando haces conjuntivos y colocarse entre el epitelio y la membrana de Bowmann, en el espesor de esta membrana y debajo de ella. Esto le hace pensar a Fuchs lo que la realidad comprueba, que en estos últimos casos han de quedar siempre restos cicatriciales (y vasos atrofiados) que han de impedir la completa transparencia de la córnea. Claro es, que además de los vasos, la histología ha demostrado los elementos constitutivos del folículo granuloso, que en la preparación se ven (montones de células linfáticas que acompañan a los vasos). Algunas veces estos restos cicatriciales del espesor de la córnea se acompañan de adelgazamiento de la misma y ectasia consecutiva, que en ocasiones llega hasta originar accesos de glaucoma secundario.

6.<sup>a</sup> *Úlcera marginal de la córnea*.—Erosión superficial de la córnea asentando sobre una zona infiltrada y localizada a 1 ó 2 m/m del limbo, afectando la forma de una media luna más o menos irregular y cuya anchura es de 1 á 2 m/m, y cuya extensión puede ocupar gran parte de la periferia de la córnea. Afección de los viejos y producida por el bacilo de Zur Neuden (delgado, unido por sus extremidades y Gram negativo). ¿No pudiera ser este bacilo el de Morax-Axenfeld, no completamente desarrollado, para vivir en un medio apto para él, como sería la conjuntiva?

7.<sup>a</sup> *Queratitis vesicular simple* o impetiginosa o flictenular. Bonita preparación demostrando las aserciones de Ivanoff: montones de células linfáticas, debajo de la membrana de Bowmann que elevan el epitelio primero y lo desagregan después, eliminándose y constituyendo la úlcera. Estas pueden ser (es lo frecuente) de repetición y pueden profundizar y perforar toda la córnea, determinando descematoceles y hasta hernias de iris, y hasta pueden infectarse y hacerse serpiginosas.

8.<sup>a</sup> Muchas preparaciones a cual más demostrativa de *úlceras serpiginosas de la córnea*. (Esta cree, es la designación más aceptable).

Dice que tienen la particularidad de avanzar por

unos sitios mientras que curan por otros. En el primer período se observa la infiltración de las capas debajo del epitelio, por células linfáticas de una parte y procedentes de las proliferadas de las fijas de la córnea por otra. Se ve en la preparación la infiltración celular (leucocitaria especialmente) debajo de los bordes de la úlcera en los sitios en que ésta progresa y además otra infiltración profunda delante de la membrana de Descemet, infiltración ésta última que unas veces es muy grande y otras mínima, sin que corra parejas con la intensidad de la infiltración anterior. Entre ambas infiltraciones superficial y profunda, las láminas corneanas son pobres en elementos celulares y han sufrido la transformación hialina. Algunas veces avanza la infiltración debajo del epitelio, el cual apenas si se exfolia y se constituye el «absceso corneal». A medida que las partes mortificadas se eliminan, el epitelio prolifera y cubre la pérdida de substancia por el extremo opuesto al que continúa la propagación del proceso, hasta que éste se agota y queda cubierta toda la pérdida de substancia por el epitelio neoformado. Después, las células corneanas de las inmediaciones proliferadas se agrupan estirándose poco a poco para convertirse en fibras conjuntivas, entre el epitelio, al cual levantan y las láminas propias de la córnea, de disposición más o menos irregular, pero nunca con la disposición ordenada del tejido corneal normal; quedando cicatrices definitivas con restos de vasos (obliterados o con alguno permeable).

La úlcera serpigínosa es más rara en el niño y cuando existe puede ser debida a la infección por el pneumococo de una queratitis flictenular. También la retina se afecta en la úlcera serpigínosa, lo cual explica muchos de los fracasos de la iridectomia en estos casos.

9.<sup>a</sup> Úlceras extensísimas serpigínosas que han destruido la córnea, incluso la membrana de Descemet y dan lugar a enclavamientos de iris.

10.<sup>a</sup> Otras muy expresivas con hipopión e iritis (ésta última la tienen todas).

11.<sup>a</sup> *Absceso anular de la córnea*; un corte de todo un segmento anterior del ojo, muy expresivo. Admite la misma etiología clásica: traumatismo o metástasis. Se ve la infiltración purulenta en forma de anillo en la periferia de la córnea que avanza tanto debajo del epitelio, cuanto delante de la membrana de Descemet, hasta las partes centrales, hasta invadirla toda y producir el esfacelo del epitelio y tejido propio en mayor menor extensión y evacuar el contenido purulento del ojo que se ve ya que ha invadido la cámara anterior en la preparación.

12.<sup>a</sup> Una preparación muy expresiva de *queratomycosis aspergilar*, con su secuestro, sus bastones largos de micelium (*aspergillus fumigatus*), su hipopion y su iritis.

(Concluirá.)

## Seborrea concreta de los viejos

POR EL

DR. SICILIA

del Hospital de San Juan de Dios.

El calificativo último no es perfecto, pues no recae sólo en la senectud o fase caduca de la piel, sino que también se presenta en proporción menor, pasados los cuarenta años en aquellas pieles muy trabajadas y avejentadas prematuramente, bien por la irritación de agentes atmosféricos en exceso, o por dermatosis crónicas de las cuales su congénere la seborrea o hiperfunción glandular sebácea, es la fundamental. Citaremos un caso.

Mujer de pueblo, de poco más de cuarenta años, tiene seborrea oleosa con barnizado melicérico amarillento facial, poros visibles y punteados, sobre todo en la nariz, en cuya pared lateral izquierda y sitio del surco naso-lobular se encuentra concreción como costra grasa monticular formando saliente en sentido antero-posterior muy adherida, como un lomo cristalino de un amarillento grisiento que deja subyacente una exulceración sangrante del dermis y una eminencia algo perlada; hay zonas eritematosas como primer grado del eczema o congestión seborrética, sobre todo labial superior y periorbitaria, teniendo además trastornos de conjuntiva en tratamiento por notable oculista.

La dispuse una pomada de ictiol y azufre precipitado y otra de tigenol, así como lavados de éter y alcohol alcanforados, llevando una tercera parte del primero; toque de solución acuosa al décimo del ácido pirogálico en la ulceracioncita que queda al levantarse la postilla o costra, donde debe cubrirse tres veces al día con la pomada azufrada más fuerte, a fin de evitar en lo posible la formación de epitelomas que subsiguen a estos estados que corroen y atrofian los epitelios de la piel por la compresión que ejercen sobre los mismos, ya que aún parece tiempo por no haber aparecido el ganglio indicador y no ser típica la perla que aparece más bien como un saliente epidérmico por la retracción cicatricial de un surco especial adherido, como es el de concavidad inferior que hay a cada lado de la nariz.

El tratamiento fundamental, con leves variantes, según los casos, en un tipo bastante acentuado es el siguiente: 1.º Jabonados mañana y tarde o, por lo menos, una vez diaria, friccionando vigorosamente puntos atacados, con jabón blando de potasa, de naftol o de ácido salicílico en agua hervida alcalinizada con bicarbonato o borato sódico. 2.º Pomada azufrada o con resorcina y alcanfor a dosis progresivas si el caso es rebelde o piel resistente recubriendo de un tafetán transparente o de pastas de zinc salicílica por día, llegando al raspado, toque solución concentrada de clorato de potasa o con alcohol alcanforado y polvos aristol. Generalmente las lesiones son múltiples en las caras de piel curtida de los viejos campesinos, notándose el engrosamiento, oscuridad, acartonamiento o falta de elasticidad con suavidad especial que contrasta con la aspereza de los puntos invadidos cuyas secas costras se

engastan deprimiendo hasta la usura con un color rosado blanquecino especial la capa cutánea inmediata, contrastando mucho con el moreno o pardo de la hiperpigmentación de estas regiones, siendo muy conveniente tener engrasadas continuamente estas epidérmicas partes, como en todas las dermatosis escamosas para limpieza de estos productos e impedir el grieteamiento o fisuración de pliegues cutáneos muy secos, así como el estimular secreciones cutáneas, teniendo además el primero medio de protegerla contra los agentes cósmicos, papel muy indispensable ya que es un factor causal de primera fuerza.

Conviene tocar los puntos escoriados que quedan al descubierto con toques de arsenicales, argénticos, etc., para poder epitelizar rápidamente las pérdidas de sustancia antes de que ahonden o se cubran de nueva costra, sangrando y formando perlas en bordes, dado forma de *ulcus rodens* o *cancroide*, *espino-celular* o *baso-celular*, variedades interminables que exigen mutilaciones importantes o gastos especiales por los medios físicos extraordinarios que requieren.

La diferencia esencial que hay entre estas seborreides o seborreas concretas de los viejos y las formas análogas descritas por Sabouraud en las seborreas juveniles de mediano grado está en que éstas vienen de las glándulas principalmente y la participación de la piel y superficie epidérmica es secundaria y de poca monta o pasajera, siendo el color más claro como el de miel, con gran lisura y aspecto exterior y de factura cristalina siendo menor la adherencia; en tanto que las de estados seniles de piel son más bien por degeneración de las células y elementos de tejido, siendo más córneas o escamosas, de predominio e importancia mayor córneo epidérmica transformada, que no secretoria y glandular, color más oscuro, pardo o morenuzco, más ásperas y rugosas más empotradas en piel que corroen y con menor adherencia.

## Intoxicación estrícnica

POR

DIONISIO GÓMEZ REPISO

Jefe de Redacción de *Regeneración Médica*.

De un caso de intoxicación por el sulfato de estricnina vamos a dar cuenta en estas columnas de EL SIGLO MÉDICO que, por lo curioso y extraordinario, creemos bien merece los honores de la publicidad, pues aun dando de barato la circunstancia de ser el propio intoxicado el relator de los hechos, siempre resultará portentoso haber salvado la vida, no obstante la ingestión de ¡diez centigramos! de tan activísimo veneno.

Siendo de lo más pobre y escaso el arsenal de mis recursos literarios y científicos, no esperéis primores de estilo, profundidad de pensamientos, ni lucubraciones de altos vuelos; espontaneidad y sencillez será lo único que hallaréis en el relato, lo que me apresuro a hacer constar a fin de que nadie pueda llamarse a engaño.

El drama (porque lo hubo, no obstante mi salvación providencial), ocurrió en cierto Balneario (que venía yo usufructuando en calidad de arrendatario desde el año anterior) situado a pocas leguas de esta capital de Salamanca y enclavado en terrenos que, a semejanza de todos o casi todos los demás de la provincia, bien por lo dados a la formación de charcas y pantanos, efecto de lo bajo del lugar en que brotan sus manantiales salutíferos, bien por la torpe y censurable conducta de los indígenas de abrir hoyos y pozas para facilitar la abreviación del ganado donde les viene en gana, o por ambas cosas a la vez, el desarrollo de la «malaria» es de rigor, y el hematozoario de Laveran halla grato acomodo en la sangre de gran número de individuos.

Mediaba el mes de Septiembre, época como es sabido altamente favorable y propicia a la adquisición del «paludismo», y, como tal, habíamos contraído las malhadadas fiebres una porción de personas, entre ellas una camarera del Establecimiento y yo.

El tipo de las fiebres en ambos era el de «diarias», y para combatir las, no disponiendo en el momento mas que de una caja con algunos sellos de diez centigramos de lo que suponíamos valerianato de quinina que acababan de llevar de la farmacia con destino a un niño de nueve años afecto de «tercianas», comenzamos a hacer uso de ellos por indicación del joven y cultísimo doctor Carlos Blanco Soler, de Madrid, médico director del Balneario.

Serían próximamente las siete de la mañana cuando, tras una noche de sueño tranquilo y apacible (de lo que deduzco que la fiebre que comenzó a manifestarse en mí a eso de las ocho de la tarde anterior abandonándose al amanecer, no debió ser muy intensa), desperté, y, de acuerdo con lo dispuesto por el referido doctor Blanco, tomé el primer sello y ordené a la camarera enferma tomase otro, cosa que habíamos de repetir varias veces al día de hora en hora.

Diez minutos serían pasados cuando comencé a sentir un prurito especial, un intenso y fugaz picor en la cara dorsal de las manos e interna de los dedos, algo así «como si la picazón se hallase diluida en la misma sangre», del que apenas hice caso, aun juzgándole hartamente extraño, por desaparecer al cabo de unos instantes. Pasados uno o dos minutos repitióse el hecho en idénticas condiciones, y de allí a poco un singularísimo malestar acompañado de ligeras ráfagas de sofocación, rápidos y fugaces centelleos en la vista (fosforescencias) y mareos no muy pronunciados, lo que me movió a demandar el auxilio del doctor Blanco.

El malestar aumentaba por momentos, sufriendo algún estremecimiento del cuerpo, vagas contracturas y acusando a la par algo de contracción laríngea que exigía un superior esfuerzo para emitir la palabra dando a esta una especie de acento «explosivo».

Nada sentía, aparte de lo dicho, que me hiciera pensar en lo terrible del percance porque pasaba, pues ni me molestaba dolor de ninguna especie, ni esos síntomas propios de las ingestiones nocivas (pirosis, erup-

tos, regurgitaciones, etc.), cuando penetró en mi habitación llorando acongojadamente la camarera que a la par que yo hizo uso de los mortíferos sellos, diciéndome que no sabía lo que la pasaba, pero que se sentía muy mal.

Aquello fué para mí un rayo de luz, e indicándola la conveniencia de irse a la cama, envié por conducto de otra camarera nuevo recado al doctor Blanco reclamando su presencia urgentemente. No habría llegado ésta al cuarto del doctor cuando sentí un agudo grito de mujer y de allí a poco carreras y confusas voces que me impresionaron bastante.

De pronto irrumpió en mis habitaciones como una tromba el doctor Blanco, que, con el semblante completamente demudado, me interrogó:—¿Qué han tomado «ustedes»?—El sello de quinina únicamente, conforme ordenara—le respondí— y dejándome con la palabra en la boca, como suele decirse, salió con la misma presteza que había entrado, volviendo poco después y poniéndome una inyección hipodérmica (supongo que de cafeína o de aceite alcanforado).

Por lo que luego he sabido, aquel grito que oyerá fué el postrero de la joven doncella (contaba diecinueve años y era de complexión sana y robusta, si bien en el momento del suceso hallábase bastante delicada por encontrarse en la convalecencia de una «colibacilosis»), muriendo algunos momentos más tarde en plena convulsión.

La escena que acabo de referir se desarrolló en un breve espacio de tiempo (quince a veinte minutos). La cosa, pues, no ofrecía duda; los sellos, por lamentable equivocación del farmacéutico, contenían «sulfato de estricnina» en lugar del valerianato de quinina solicitado.

Muerta la muchacha, el doctor Blanco Soler, a quien nunca agradeceré bastante la solicitud, cariño y celo con que en tan apurado trance me atendiera, se dedicó por entero a mi cuidado, intentando hacerme tomar café, lo que resultaba altamente difícil, sino imposible, por impedirlo las contracturas laringo-faríngeas ya indicadas, que, naturalmente, habían ido aumentando de intensidad.

Mi estado, ahora, era de una lucidez perfecta; habiendo desaparecido todos los fenómenos descritos, a excepción de los estremecimientos del cuerpo, convertidos ya en verdaderas contracciones tónicas, poco molestas al principio, pero que rápidamente fueron creciendo en potencia y duración, y haciéndose dolorosas hasta perder el conocimiento. La exudación entre tanto era copiosísima.

Cuatro o cinco paroxismos de estos sufrí, con intervalos breves, de los que me repuse merced a los inteligentes esfuerzos del ya mencionado compañero que, en la algidez de los accesos, viéndome sin respiración ni movimiento alguno de la caja torácica y el rostro completamente cianótico, hizome, en tantas ocasiones como las circunstancias lo demandaron, la respiración artificial, volviéndome a la vida.

El momento de recuperar los sentidos era para mí de

una delicia incomparable. Circulaba por todo mi ser una a modo de aura de tan deleitosa placidez que parecíame como flotar en una nube de soberano encanto, de exquisita y serena voluptuosidad, semejante al dulce «nirvana» de que nos hablan los poetas indios.

A la media hora proximamente de ser avisado llegó el doctor Villoria, del Ledesma, con algunos farmacos y el doctor Blanco me puso un enema de hidrato de cloral.

A partir de aquí, y aun cuando el estado de excitación nerviosa continuó durante casi todo el día, el inminente peligro de muerte desapareció por completo, sin que con posterioridad acusara otra anomalía digna de mención que presentar la lengua teñida de negro por su cara superior, fenómeno que desapareció al cabo de unas cuarenta y ocho a setenta y dos horas.

*Comentarios.*—Siendo el sulfato de estriquina un alcaloide que, por su gran toxicidad, no debe administrarse más que a dosis miligrámicas, resultando altamente peligroso y expuesto para la vida del individuo, según todos los tratados de Terapéutica, rebasar la cantidad de tres centigramos, ¿cómo se explica que yo haya tomado ¡diez centigramos! de una vez y aún pueda contarlos? ¿Porque no será cosa de negar los dictados de aquella importantísima rama de la Medicina!

Varias han sido las razones aducidas por algunos compañeros para explicar tan excepcional suceso, más tan livianas y poco consistentes que, sin negarlas posibilidad, no es posible aceptarlas como buenas.

Juzgo sobrado ingenuo, en efecto, aquello de que «el farmacéutico no aquilatará bien la cantidad o distribución de la funesta sal estricínica, máxime que el suponía hallarse manejando una quínica, y pusiera en los sellos menor cantidad que la que la fórmula expresaba o en unos pusiera más y en otros menos, correspondiéndome a mí uno de estos», puesto que, para los efectos, lo mismo era que en lugar de los diez centigramos contuvieran ocho, siete o seis, y, por otro lado, la muerte casi fulminante de la camarera prueba harto suficientemente el poder tóxico de aquellos.

La explicación más racional, la única que verosimilmente es aceptable, a mi juicio, es la que me dí a mí mismo a raíz de los acontecimientos; es decir, que yo, sin saberlo, porque ninguno de los compañeros que me han visto (que han sido muchos y algunos de una reputación profesional envidiable) lo han manifestado, ni yo llegué a sospecharlo nunca, esté enfermo de la médula (conviene advertir aquí que me encuentro paralítico de las extremidades inferiores y que como consecuencia de una afección sufrida en mi juventud, diagnosticada por unos de reumatismo articular y por otros de artritis tuberculosas, tengo anquilosadas las articulaciones coxo-femorales y de las rodillas) y como la estriquina es el tóxico medular por excelencia, exaltando su poder reflejo por su acción electiva sobre la substancia gris de médula y bulbo, enferma, lesionada aquélla, no «respondió» al espolazo del veneno con la fuerza que lo hubiera hecho en estado sano, conforme sucedió en la muchacha.

Tal es el caso que, por lo que tiene de interesante, me ha parecido conveniente sacar a luz, aportando a la literatura médica de los envenenamientos esa modesta y fiel relación de tan raro suceso, del que superiores inteligencias o espíritus sagaces pudieran obtener quizá inesperadas enseñanzas.

Salamanca, Agosto, 920.

## Sobre las meningitis agudas atípicas <sup>(1)</sup>

POR

BERNARDO GIL Y ORTEGA

2.º Existen por el contrario casos de afasia de Broca, en los que se comprueba una integridad absoluta de dicha circunvolución, resultados que, como ya queda dicho, han sido confirmados en otros servicios por otros autores y que conducen directamente a la conclusión de que la tercera circunvolución frontal izquierda, no desempeña ningún papel especial en la función del lenguaje articulado.

Verdad es que el mismo P. Marie, confiesa que en muchos casos de afasia de Broca, se encuentra una lesión de la frontal izquierda como ha podido comprobar en su servicio de Bicêtre; pero es preciso, en primer término, darles la interpretación debida, y en segundo, tener en cuenta que siendo debida la afasia muy frecuentemente a un reblandecimiento cerebral, siempre que la obliteración de la arteria silviana tenga lugar antes del sitio en que da origen a la rama que irriga la tercera frontal, tendrá lugar necesariamente un reblandecimiento de dicha circunvolución al mismo tiempo que de las otras circunvoluciones perisilvianas, cosa que, según él, no tiene otra importancia que la de una pura coincidencia.

No hemos de seguir a P. Marie, en la descripción de toda la serie de razones que aduce, para demostrar la falsa interpretación de los hechos que sirvieron a Broca para crear su doctrina de la afasia, y que llevan el convencimiento al ánimo de todo aquel que no tenga sobre el particular apasionamientos e ideas preconcebidas; bástenos saber que reconocidos minuciosamente por él los dos cerebros de dos asilados afásicos que sirvieron de fundamento a la doctrina de Broca, y que se encuentran todavía en el museo Dupuytren donde fueron depositados entonces, si bien es cierto que por lo menos en uno de ellos se encuentra lesionada la tercera circunvolución frontal izquierda, también lo es, que existe una importante lesión en la silviana que interesa la zona de Wernicke, y en la profundidad del cerebro, la zona lenticular, como ha podido ver también en muchas de sus observaciones personales de afasia de Broca, debiendo, por tanto, atribuirse a estas últimas lesiones y no a la de la tercera frontal, que no es más que un hecho sobreañadido y depen-

(1) Véase el número anterior.

diente de la especial distribución de la silviana, la afasia de ese nombre.

En resumen, si se cometió y se ha sostenido por tantos años el error que atribuía a la lesión de la tercera circunvolución frontal izquierda la afasia de Broca, ha dependido de la insuficiencia de los medios de investigación en aquella época y de que el examen de las lesiones se limitaba a la corteza, sin llegar a la profundidad del cerebro, donde se encuentran los núcleos centrales y entre ellos el lenticular, cuya lesión origina la anartria, ni haber dado la importancia debida a la zona de Wernicke, de la que depende la afasia con el déficit intelectual consiguiente.

Provistos de los elementos necesarios de juicio, mediante esta digresión que habrá parecido interminable a los lectores de EL SIGLO, pero que no es más que un ligero y deficiente bosquejo de los trabajos de Marie sobre la «Revisión de las afasias», veamos si nos es posible interpretar la naturaleza y la localización de la causa que produjo el mutismo absoluto, que se presentó en nuestro enfermo en el curso de una meningitis atípica, que duró una porción de días, y que desapareció al cabo de ellos espontáneamente, sin dejar huellas de su paso.

Quedamos por las razones en su lugar expuestas, en que se trató de una meningitis serosa, en el curso de la cual, se presentó inopinadamente un fenómeno de foco que dió lugar al raro síntoma del mutismo.

No habiéndose dado el caso, que yo sepa, de que en las meningitis serosas se haya presentado dicho fenómeno, al menos con el carácter transitorio que aquí adoptó, ¿qué causa pudo producir tan extraño trastorno funcional?

¿Habrá sido un exudado seroso circunscrito que ejerciendo la suficiente presión sobre el centro del lenguaje articulado produjera su anulación funcional? ¿Habrá sido un fenómeno de histerismo que aunque raro en los niños, no ha dejado de observarse alguna vez, sobre todo en los casos de herencia neuropática y cuando el ambiente en que han nacido y vivido, a ello les predispone? ¿Habrá sido efecto de la obstrucción trombótica o embólica de las ramas arteriales que irrigan el centro en cuestión?

¿Habrá sido, por fin, un fenómeno inhibitorio que suspendiese la función de los nervios que rigen el complicado mecanismo de la articulación de la palabra?

Confieso paladinamente que me he metido sin darme de ello cuenta en un atolladero del que no veo medio de salir airoso, pero ya no es tiempo de retroceder, sino de cumplir de la mejor manera posible el compromiso contraído, dejando amplísimo margen a los lectores, si los tengo, para que hagan por su parte las reflexiones que sus conocimientos sobre estos particulares les sugieran, en la seguridad de que por modestas que sean, tendrán más autoridad que las mías.

No debió ser en nuestro concepto un fenómeno de histerismo, porque después de no existir ningún ante-

cedente hereditario, ni el ambiente de que antes nos ocupamos, no pudo comprobarse ningún estigma propio o al menos habitual de dicha neurosis, ni había modificaciones en el campo visual ni en los reflejos faníngeos. Además, en los diferentes casos de mutismo histérico que hemos tenido ocasión de ver, la anartria ha aparecido y desaparecido repentinamente, cosa que no ocurrió en nuestro enfermo en el que se presentó y desapareció de una manera gradual y progresiva, no siendo tampoco de desdeñar en el acerbo probatorio, la incompatibilidad, tradicionalmente admitida entre los fenómenos histéricos y febriles coexistiendo simultáneamente en un mismo individuo.

Tampoco debió ser un reblandecimiento de dicho centro ni una hemorragia, porque sobre no ser frecuentes dichos procesos a la edad que tenía nuestro enfermo, a no tratarse de sífilis o hemofilia hereditarias o de una hiperinosis anormalmente extraordinaria que no tendría explicación posible por su origen y por su localización, la circunstancia de la presentación gradual y progresiva del mutismo y de su total desaparición en la misma forma, en un tiempo relativamente muy corto, nos hacen desechar por completo la idea de tales lesiones.

Respecto a la posibilidad de un fenómeno inhibitorio dependiente de una impresión violenta (miedo, terror, furor, etc.) que pudiera haber suspendido la función del lenguaje articulado, no creo que merezca ser ampliamente discutida, porque sobre no haber existido tal causa, cuando existe y produce el fenómeno en cuestión, tiene por característica la repentinidad en presentarse y la prontitud de su desaparición, cuando el histerismo no interviene para nada en su génesis.

Aun cuando no satisfaga por completo a nuestros escrúpulos científicos la conclusión que ha de derivarse de la discusión que precede, relativa a las causas más o menos probables que pudieron dar lugar al absoluto mutismo en las condiciones ya enunciadas, nos inclinamos a creer que debió tratarse de un exudado seroso en el curso de una meningitis del mismo nombre, que debió ejercer una presión suficiente y transitoria, exclusivamente sobre el núcleo lenticular, y que desapareció completamente en los días indicados, quizá los absolutamente necesarios para su reabsorción completa, porque sería en nuestro concepto muy aventurado y poco científico, suponer que pudo muy bien organizarse el exudado y permanecer en el sitio definitivamente, encargándose de la suplencia el otro órgano simétrico del cerebro, pues sabemos que esas suplencias necesitan mucho tiempo, como que tienen que ser efecto de una reeducación siempre lenta y difícil.



## Periódicos médicos

### PIEL

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**I. Alopecias peladoides seborreicas.**—El doctor Sicilia dice que hay muchas peladas que ocupan extensas áreas, bastando pocos focos para invadir el casi total cuero cabelludo con la hipotonía marcada, signo capital que señaló Jacquet, del cual depende la deficiente circulación y atrofia de bulbos pilosos, en las cuales, como en un enfermo que estoy viendo, hay algún punto oscuro de comedón, distinguiéndose de la pelada pura en la participación, a veces excesivamente grasa y brillante que toma la cara, con cicatrices de foliculitis pasadas, enrojecimiento dérmico, algunos comedones de cabeza negra marcados más en los sitios más secos y hasta quistes sebáceos que pueden supurar y abrirse; en suma, las principales características de la hipersecreción grasa: flujo libre, dilatación poral, filamentos y comedones, lobanillos y lupias. En estos casos, que ocurren en épocas más tardías de la vida, las zonas denudadas son más extensas, más untuosas, más punteadas en algún poro, el pelo inmediato o intermedio es más brillante, delgado, de poca adherencia y hay participación mayor o menor de los centros seborreicos.

De nada sirven aquí las aplicaciones exclusivas de excitantes y alcohólicos, fénico; canela, iodo, acético, crisarobina (ésta algo más por ser activa contra la seborrea), etc., si no se da buena y proporcional entrada en el plan a los preparados de azufre y sulfurosos, a las lociones y pomadas antiseborreicas, así como a tratamiento interno.

Pueden calificarse de alopecias seborreicas peladoides de áreas grandes, exigiendo tratar a la par los trastornos secretorios de la piel lampiña inmediata. Buenas fórmulas son en estos casos los alcoholados de espliego, romero, vulneraria, benjuí, mirra, quilaya y completar por la siguiente: tintura de cantáridas, 1 á 3 grs.; tintura de benjuí y de capsicum aa. 5 grs.; unguento populeón, 30 grs.; manteca de cacao y aceite de enebro aa., 15 grs.; turbith mineral, 3 grs., cuya acción mixta antiséborreica, revulsiva y sobre la latitud, es muy conveniente.

En otros casos se ven grandes invasiones de folículos glandulares sebáceos, marcados por infinitos puntos finos, negros u oscuros de los filamentos grasos desecados, viéndose algunas foliculitis rojo-inflamatorias y en sitios grandes de roce, ulceraciones, como en franjas, cuando es por confluencia lineal de los forúnculos abscedados que aquí llegan a adquirir el máximo de desarrollo y profundidad, dando pérdidas que se hacen más superficiales al repararse rojizas, semisecas, como tórpidas y córneas. En estos casos de seborreopatías difusas suele dar buen resultado jabonado de ácido salicílico para reblandecer y desca- bezar comedones, baño permanganato, toque del mis-

mo y del azul, pasta de Lassar con 50 por 100 de ictiol.

En otros casos de personas muy congestivas y gruesas se ve que la causa de picores que tienen, por ejemplo, en la espalda, son, no sólo las foliculitis y trastornos sebáceos, sino el desarrollo de infinitos pelos cortos y oblicuos que apenas sobresalen escasamente un centímetro, tan cercanos y rígidos para dar a la mano sensación de rásca y que agarrándose a la ropa interior con sus tracciones, excita el delicado dermis, siendo lo más seguro aquí depilación manual o electrolítica, o las radiaciones radio o roentgen, alta frecuencia o ultra-violeta.

En otros seborreicos marcados se ven eritemas persistentes, de intensidad marcada en cara con telangiectasias, el picor y molestia consiguiente que traen consigo estos estados congestivos y en sitios de surco, calor y humedad, como el gémito crural, he visto producirse foliculitis de gran infiltración, plana, numular ligeramente y otras lesiones foliculo-glandulares, no imputable a otra causa.

Así sucesivamente la apreciación de una seborrea marcada y de sus estigmas, da la clave diagnóstica, pronóstica y terapéutica de infinitos procesos de piel distintos a los que modifica, o sui generis, bajo su influencia poderosa.—(*Archivos Dermo sifiligráficos*, junio de 1920).

.....

### MEDICINA INTERNA EN LENGUA EXTRANJERA

**I. Tratamiento de la gangrena pulmonar con neosalvarsán, por el doctor J. Alsberg.**—Recientemente se ha hablado bastante del tratamiento del absceso y de la gangrena pulmonares por el salvarsán. Hay que tener en cuenta que se trata de procesos que muy a menudo curan espontáneamente y no puede apreciarse bien el valor terapéutico de los tratamientos que se empleen. El autor cita cuatro casos, de los cuales dos curaron espontáneamente; el tercero, fué tratado por neosalvarsán y curó también; y el cuarto, fué tratado por el neosalvarsán, pero en vista de que no curaba fué preciso enviarle al cirujano. Supone el autor que en los dos casos primeros el foco de gangrena no era muy grande, y además existía una fístula que le hacía comunicar con un bronquio bastante ancho, lo que permitió la expulsión por vómica de las porciones pulmonares necrosadas. En el tercer caso se ve una evidente influencia del neosalvarsán sobre la curación, después que el cirujano se había mostrado contrario a la operación. Fué notable la rápida disminución de la expectoración después de la primera inyección. Varias veces investigó el autor la presencia de arsénico en la expectoración emitida al día siguiente de una inyección; el resultado de la investigación fué siempre negativo. No se puede explicar de un modo evidente como obra el salvarsán en el absceso pulmonar, puesto que la investigación de espiroquetas resultó negativa y lo mismo la reacción de Warsermánn. Es probable que algunos otros complejos moleculares del medicamento, aparte del arsénico, sean los que motiven la curación. También ha em-

pleado el autor el neosalvarsán en dos casos de bronquiectasias, pero sin resultado. El cuarto caso es muy interesante porque se desarrolló la gangrena en el hospital mismo y tardó mucho en dar síntomas, de modo que cuando ya era abundante la expectoración todavía no se podía determinar el foco por percusión ni auscultación. Después pareció que se iba a curar espontáneamente, pero no fué así, y hubo que recurrir al neosalvarsán. Este en vez de mejorar el proceso le agravó y tuvo necesidad de intervenir el cirujano. De lo expuesto resultó que no es el neosalvarsán un medicamento específico para el tratamiento de las gangrenas pulmonares como parece deducirse de las aseveraciones de diversos autores y que se deben elegir muy bien los casos antes de someterlos a este remedio que no es del todo inocuo. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 15-VII-1920.)

.....

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**2. Efectos inmediatos del cigarrillo en los sanos y en los casos de "corazón de soldado".**—En el *Lancet* (18 de agosto de 1917), Perkinson y Koefod estudiaban los que tragan y los que no tragan el humo.

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

2.º Se observó un efecto demostrable en 17 de los 20 enfermos; los tres que no lo presentaron no tragaban el humo. Nueve de los 10 escogidos como testigos, todos que tragaban el humo, fueron influidos de la misma manera, aunque no en igual grado.

3.º El número de pulsaciones entre los enfermos, durante el período de fumar, eran nueve pulsaciones más que antes de fumar.

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

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

5.º La presión sanguínea en el sistole aumentó en 5 a 10 mm. Hg., y la diastólica en 5, lo mismo en los sanos que en los enfermos.

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

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

8.º Estas observaciones demuestran que en la sa-

lud, fumar un solo cigarrillo aumenta el número de pulsaciones y la presión sanguínea de un modo perceptible, y que estos efectos se acentúan un poco en los casos llamados de «corazón de soldado». Además, el fumar varios cigarrillos puede hacer a un hombre sano más fágioso el ejercicio, y así ocurre en gran proporción en muchos de estos enfermos.

9.º El fumar de un modo excesivo no es la causa de la mayor parte de los casos de «corazón de soldado», pero es un factor importante que contribuye a la falta de respiración y al dolor precordial en muchos de ellos. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 19-8-920.)

.....

### PEDIATRIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

##### I. Un caso de reumatismo, corea y endocarditis.

El doctor F. Viñals refiere la siguiente interesante nota clínica:

F. G., de tres años y medio, con pésimos antecedentes familiares: padre tuberculoso, madre reumática y de familia también tuberculosa los hermanos escrófulo-tuberculosos.

Nació de peso normal, 3.500 gramos; criado primero con lactancia mixta, después se continuó con artificial, por lo que perdía el niño, que llegó a pesar 3.000 gramos. Ganó de peso; pero empezó una época mala con enfermedades graves: infección intestinal, bronquitis difusa, y una alteración de las llamadas intoxicaciones alimenticias por Finkelstein. De todo esto pasó gracias a la pericia y cuidados del médico que le asistía entonces, doctor García del Diestro. A los tres años padeció sarampión, a consecuencia del cual, tuvo una conjuntivitis.

En octubre próximo pasado, en ocasión en que no estábamos en Madrid, sufrió una afección dolorosa en las articulaciones tibio-tarsianas, primero el lado izquierdo y luego el derecho, con inflamación y temperaturas subfebriles. Solamente fué tratado por medios externos, tintura de iodo y alcohol alcanforado, con lo que parece que fué quitándose el dolor y la inflamación. A mediados de noviembre empezó a quejarse de que no podía andar, se fatigaba, tenía disnea de esfuerzo, y se tenía peor sobre la pierna derecha primero y más tarde el niño no quería ponerse en pie porque notaba la sensación de claudicación, al mismo tiempo empezó a encontrar dificultad al comer, se le caían de la mano todos los objetos, cubiertos vasos, juguetes, etc., y la palabra era entrecortada.

En este momento fuimos llamados para ver al enfermito. El examen nos dió el resultado siguiente:

Movimientos coreicos más acentuados en el lado derecho, miembros superior e inferior, hemicorea muy ligera de la cara, con tic palpebral, acentuación de los reflejos, sensibilidad táctil normal.

Estos movimientos no eran muy violentos, con el sueño desaparecían y aumentaban con los movimientos voluntarios. Es decir, que siendo la corea una enfermedad siempre interesante no llenaba el cuadro sindrómico que aquel niño presentaba, y nos dirigimos a la exploración metódica de órganos y aparatos, sin encontrar nada digno de mención hasta explorar corazón.

Latido de la punta en situación normal y sin modificación palpable.

**Auscultación.**—Soplo sistólico en foco mitral, limpio y único con propagación a axila y con menos intensidad hacia la base. Soplo orgánico (se hicieron las pruebas para diferenciarle de los inorgánicos). En restantes focos nada de anormal, más que le refuerzo del segundo tono pulmonar.

**Percusión.**—Area casi normal, un poco dilatada al lado derecho. Pulso: taquicardia, 90 pulsaciones en el momento de la exploración, pero muy variable en otras ocasiones. No se midió la presión sanguínea, cosa muy interesante.]

Ligeros edemas en maleolos, el análisis de orina dió por resultado encontrar indicios de albúmina y ligera retención clorurada.

**Diagnóstico.**—Reumatismo, corea y endocarditis, consecutivas las dos últimas al primero.

**Pronóstico.**—Muy reservado, tratándose de un niño débil, con tan malos antecedentes y una lesión endocárdica tan importante.

**Tratamiento.**—Ajustándonos al concepto etiológico-patogénico que teníamos de esta afección fué sencillo el tratamiento. Reposo absoluto en cama, dieta láctea al principio y luego alternando con vegetariana. Salicilato de sosa en solución, de gramo y medio a dos gramos cada día, tolerado perfectamente.

Con este tratamiento inicial conseguimos que el soplo se fuera amortiguando, y algunas veces era muy difícil oírle, al mismo tiempo que las molestias generales desaparecían.

A las tres semanas de medicación salicilada se suspendió y empezamos la cura arsenical, con licor de Fowler; empezando por una gota dos veces al día y aumentando una cada dos días llegamos hasta diez diarias, continuando en esta dosis hasta el final del tratamiento. Hubo al principio un poco de intolerancia al arsénico, que se corrigió con un descanso de cuatro en cuatro días y volver a empezar por una gota; sin más incidente duró el tratamiento arsenical un mes, al cabo del cual, los movimientos coreicos habían desaparecido del todo, el soplo de endocarditis no se oía en absoluto y el niño libre de los demás trastornos podía hacer su vida ordinaria y alimentarse con el régimen de costumbre.

Algunas reflexiones nos sugiere este caso. Etiológicamente vemos que no aparece el origen neurósico y en cambio sí el reumático de su madre. El reumatismo agudo articular fué la primera manifestación de este enfermo y, por tanto, la patogenia es clarísima tanto de la corea como de la endocarditis.

La afección cardíaca curada por la medicación anti-reumática salicilada desmiente a los que dicen que las lesiones cardíacas están fuera del alcance de esta medicación (Heubner).

Establezcamos una vez más la correlación de reumatismo, corea y endocarditis.

Por la edad del enfermo es un caso raro, dándose este grupo de enfermedades la mayor parte de las veces en niños de más edad.

Y, por último, el tratamiento arsenical de la corea ha triunfado considerándole nosotros el más eficaz de todos los conocidos.—(*Archivos Españoles de Pediatría* Junio de 1920.)

**2. Megacolon congénito.**—El Dr. Velasco Blanco ha presentado a la Sociedad Argentina de Pediatría dos casos de megacolon congénito:

El primero, un niño de veinte días presenta constipación acentuada desde el nacimiento y vientre grande. Tenía fiebre y el examen del recto no revelaba particularidades. Después de varios días de estado tóxico falleció. Se encuentra en la autopsia exudado purulento aglutinado en el colon, el cual estaba muy distendido y dispuesto como una pierna flexionada en el muslo. La mucosa del colon estaba engrosada, pálida y con ulceraciones. El intestino delgado normal, píloro engrosado. El estudio histológico del colon permite hablar de colitis ulcerosa y peritonitis aguda.

El segundo, un niño de trece meses, nacido a término, fué criado a pecho los primeros meses. Tuvo constipación pertinaz que se acentuó en los últimos meses en que hubo que alimentarlo artificialmente. Estaba demacrado, desnutrido, muy pálido, con vientre enorme y ligera hidrocefalia. Se observaba peristaltismo acentuado. Los cirujanos consultados no se atrevieron a practicar la intervención quirúrgica.

En el primer caso se trata de megacolon congénito propiamente dicho. El segundo pudiera llamarse adquirido, si bien en realidad debe considerarse congénito; confirma la opinión de Marfan que existen causas congénitas que determinan la aparición del megacolon llamado adquirido.

**Tratamiento.**—El cree que debe recurrirse a los lavajes, a las aplicaciones eléctricas y a la estricnina, en las formas menos voluminosas y progresivas. Si no se obtiene éxito debe practicarse la intervención quirúrgica.

En cuanto a la operación difieren las opiniones. Algunos la prefieren en un tiempo. Distinguidos cirujanos de niños concuerdan en aceptar que es más segura la operación en varios tiempos: Primer tiempo: paliativo de fijación del colon. Segundo: anastomosis de una porción final del ileon con el recto. Tercero: colectomía. Es una intervención, a juicio de todos de mucha gravedad. (*Semana Médica*, Buenos Aires, 1 junio 1920.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**3. La sopa y el pan como galactogogos en la alimentación de las amas de cría, por G. Variot y L. Malet.**—Del examen de 10.000 lactantes, y de experiencias practicadas sobre la cuestión, concluyen los autores que las mujeres cuya secreción láctea es abundante, tienen una alimentación cuya base es el pan y la sopa, y que se consigue mejorar una secreción mediocre, aumentando la cantidad de pan ingerida al día, en forma de sopa, o en el café con leche por la mañana. Además, conocido es el hecho de que en Inglaterra, donde se consume poco pan, las mujeres son medianas criadoras, y se ayudan con el biberón desde el segundo mes, mientras que en España, en donde se come mayor cantidad de pan, existen lactantes consideradas entre las mejores. Por tanto, las substancias alimenticias que constituyen el pan tienen un papel galactogogo indiscutible.—(*Journ. de Med. y Chirurg. Pratiques*, núm. 16, 25 agosto 1920).—*E. Luengo.*

# 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

#### La verdad en su punto.—Éxito inverosímil

Cuando en nuestro número anterior dábamos cuenta, por referencias hechas públicas por los periódicos de noticias, de la epidemia de viruela desarrollada durante la travesía en un navío trasatlántico, tuvimos buen cuidado de expresarnos en términos dubitativos, pues no podíamos comprender que el abandono de las poderosas Compañías navieras llegase en materia sanitaria hasta el punto de no tener prevención de vacuna para el caso necesario, o que su desdén respecto a estos asuntos llegase hasta el extremo que de aquellas noticias se deducía. Hoy podemos afirmar que nuestra incredulidad fué muy discreta, pues resulta que la viruela no fué tal viruela, sino sarampión, contra el cual claro está que no cabía, por ahora al menos, inoculación preventiva. Se nos asegura que los enfermos desembarcados en Barcelona fueron conducidos al hospital de infecciosos en parte, y en parte a sus domicilios, vigilados y aislados por las autoridades sanitarias. Quede, pues, la verdad en su lugar y lamentemos que nuestra franca rectificación no sea imitada por los periódicos propaladores de estas noticias alarmantes, que se diría que tienen algún interés en que siempre resultase censurable la sanidad oficial, como si a ella no le bastara con las propias deficiencias y las que las circunstancias le imponen para que aún se le cuelguen milagros y culpas a los que es ajena.

Pero ya que de este punto de la navegación nos ocupamos, no estará demás que por las autoridades sanitarias marítimas se inspeccione con verdadera eficacia el estado de ciertos barcos (y de los pertenecientes a Compañías más poderosas), en los cuales, a pesar de los consejos de la ciencia, y suponemos que de las disposiciones de la Administración, se desdeña la persecución de los roedores, que, como es sabido, son el principal medio de propagación de la peste; y si se duda de nuestra aserción, citare-

mos algún caso completamente demostrativo y de no lejana fecha.

—0—

En la tarde del jueves 30 se firmó ante el notario Sr. Gimeno Bayón la escritura de adquisición por la Junta del respectivo Patronato, del edificio en que se encuentra instalado el Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, situado en el núm. 45 de la calle del Pilar, de esta corte, barrio de la Guindalera.

El hecho, modesto en sí, tiene una considerable y consoladora importancia, pues demuestra que cuando el propósito es bueno, la voluntad firme y la acción perseverante y desinteresada, la clase médica española sabe responder al cumplimiento de sus deberes éticos y humanitarios, como cumple en la ocasión necesaria con sus deberes sociales de abnegación y sacrificio.

El Colegio de Huérfanos, que tan dura y solapadamente fué combatido por las maniobras inconfesables de unos cuantos más desgraciados que miserables, abrió, a pesar de todo, sus puertas a los niños desvalidos el día 15 de julio de 1919; hoy, 1.º de octubre de 1920, ha vivido con sus cien alumnos sanos, bien alimentados, bien educados y bien vestidos, tienen en caja elementos suficientes para continuar su marcha próspera y adquiere en propiedad el edificio que alquiló en un principio creyendo no poder cumplir su compromiso de inquilinato.

Está visto, lo que hay que tener en este mundo, ante todo, es razón y después, perseverancia. Si cada uno de nuestros lectores supiera lo que representa de actividad, de esfuerzo, de ingenioso convencimiento y de desdén a las dificultades pecaminosas, lo que es hoy un hecho del que pueden envanecerse los médicos españoles, comprenderían que aplicado este sistema a los demás problemas profesionales, la situación de la clase médica española sería muy diferente de lo que es hoy.

Ahora no resta más que prevenirse contra los que, consciente o inconscientemente, so pretexto de imitación y mejoramiento intentan dirigir contra la santa institución que todos hemos realiza-

do, golpes criminales que por otros caminos les han resultado ineficaces.

Parece mentira, pero... así es la vida.

DECIO CARLAN.

## LA ASAMBLEA DE JEREZ

En la hermosa ciudad del Guadalete y durante varios días del pasado mes de septiembre, se celebró la sexta asamblea de la Federación regional andaluza. A ella concurrieron en números redondos unos trescientos entre médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes, de cuantos ejercen las respectivas profesiones en las ocho provincias andaluzas. La provincia en que verificóse la reunión dió el contingente considerable. Hubo de Cádiz unos cien médicos, treinta farmacéuticos, veinte veterinarios y veinte practicantes asambleístas, es decir, más de la mitad de cuantos se interesaron por la reunión. Sólo de Jerez de la Frontera, hubo unos treinta profesores, incluyendo el elemento militar, que en esta, como en todas las ocasiones, prestó su valioso concurso a lo que redundó en provecho de la ciencia y del ejercicio profesional de la medicina, prescindiendo de bullangas y comiqueñas.

De Sevilla hubo unos treinta médicos, seis farmacéuticos, cuatro veterinarios y seis practicantes. De Málaga siete médicos, de Córdoba ocho, de Jaén tres, de Huelva dos y de Almería uno. Entre los asambleístas se contaron catorce estudiantes del último curso de la carrera. De las tres facultades de Medicina de la región andaluza (Cádiz, Sevilla y Granada), sólo concurrieron dos catedráticos, por cierto distinguidísimos de la escuela gaditana. De Madrid acudieron entre otros médicos el señor Francos Rodríguez, nuestro querido amigo, el doctor Decref y el doctor Durán, quien hizo alarde de su maestría, practicando varias operaciones de cirugía de huesos con éxito felicísimo.

El alma de la asamblea fué el notable médico de Jerez don Fermín Aranda, quien goza de muchas y merecidas simpatías, no sólo por su valer profesional y sus rectas intenciones, sino por que defiende con entusiasmo y desinterés la causa de los médicos. Realmente el doctor Aranda es como suele decirse, trigo limpio. Gracias a él, Jerez de la Frontera ha dado a la asamblea un apoyo extraordinario. ¡Qué manera de coadyuvar al buen éxito del concurso sanitario! ¡Qué modo de darle lustre y enaltecimiento! No para la modestísima reunión de médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes, para un congreso científico numeroso y trascendental hubieran parecido magníficos los agasajos dispuestos. El alcalde, don Dionisio García Pelayo, un joven culto e inteligentísimo, los dos jueces de instrucción, las autoridades militares, el ilustre sarcedote que regenta la colegiata, el director del Instituto, donde se celebraron las reuniones de la Asamblea, todos esforzaronse en atender a los visitan-

tes, y algunas personalidades como los señores don Manuel Guerrero y marqueses del Mérito y Domecq ofrecieron fiestas soberbias, propias de la esplendidez de sus opulentos organizadores.

En cuanto a los trabajos realizados por los asambleístas, por lo general, fueron inferiores a las fiestas con que se les atendió. En la sesión inaugural hubo un buen discurso del doctor Ventin, que pertenece a la Facultad de Cádiz, y es un orador de palabra fácil, correcta y galanísima. Hizo atinadas consideraciones acerca del problema sanitario nacional. En la sesión de clausura habló el señor Francos Rodríguez, reproduciendo felizmente las manifestaciones que tantos aplausos le han valido en sus fervorosas propagandas.

Entre las sesiones inaugural y de clausura y aun después de la segunda, trataronse en las secciones temas de carácter profesional y científicos. Respecto de los segundos, hubo trabajos muy discretos y atendibles. En cuanto a los primeros, algunas veces resonaron estridencias que no favorecen, sino que realmente perjudican a la causa legítima de los médicos. No es de ciudadanos como el Nerón de *La Marsellesa*, de lo que necesitan los médicos, sino de acciones enérgicas encarnadas en hombres con autoridad y absoluta solvencia general. Echarlo enseguida todo a barato, meter bulla, enseñar los dientes, acudir a las posturas belicosas; alucina de momento a los candidos y a los ingenuos, y conviene además a todos aquellos concedores de la comedia, y quien sabe si partícipes de los derechos de representación, pero no es eficaz para el fin perseguido. Es tan evidente la razón de la clase médica, que no es preciso para mantenerla proceder con bravuconerías impropias, además, de ciertos elementos. Las clases intelectuales no tienen por que prescindir del entendimiento en las luchas que sostienen.

Como expresión de los acuerdos de la Asamblea, recogeremos los principales de la sección de Medicina; se aprobaron entre otros los puntos siguientes:

Creación del cuerpo de sanidad Civil sobre la base de inspecciones municipales de la Sanidad, que recaerá en los actuales titulares.

Como aspiración máxima ideal «Creación del Ministerio de Sanidad».

En relación con este tema, la Asamblea acuerda que sea tomado en consideración y se imprima para su más perfecto conocimiento y estudio, sin que esta dilación que se impone, suponga atenuante al acuerdo que se estima urgente de creación del Cuerpo de Sanidad Civil.

Afirmación de la autonomía universitaria en toda la amplitud y esencia del concepto autonomía.

Creación del profesorado libre con un programa mínimo de enseñanza para evitar la estéril labor enciclopedista de hoy y que todas las facultades puedan conferir el grado de doctor.

Que el título de doctor no se entienda como superioridad académica a los efectos de concursos ni oposiciones para proveer plazas, sino en el caso de identidad o equivalencia.

Reciprocidad de títulos.

Para explicar las asignaturas, cuyo fondo total o parcial entre de lleno en el campo de la medicina y que sean cursadas en centro oficial como Institutos, Escuelas Normales, etc., deberá exigirse como condición principal, el título de Licenciado en Medicina y Cirugía, a más de los que se exijan como especialidad.

La Asamblea acuerda aceptar la Federación.

La sección de Veterinaria aceptó los acuerdos siguientes:

1.º La vacunación contra el Carhunco Bacteridiano será obligatoria por el Estado, previa formación del censo pecuario por los inspectores municipales.

2.º Recabar de los Poderes públicos que las Escuelas de Veterinaria sean elevadas a Facultades. Que se les conceda a los veterinarios las mismas prerrogativas oficiales que se dan a la clase médica,

3.º a) Siendo la tuberculosis la enfermedad más extendida en la especie bovina y demostrada como está su transmisibilidad por la leche a la especie humana, se procederá a la tuberculización de las hembras destinadas a la producción de leche, sacrificándose las de reacción positiva e indemnizando a su dueño el valor del animal, para lo cual los Poderes públicos consignarán en sus presupuestos la cantidad necesaria,

b) A las cabras se les someterá a la sero-aglutinación, procediendo lo mismo que con las vacas tuberculosas, las que su suero aglutinen el 1 por 100 en una o dos horas. No se permitirá circulen por las calles.

c) Es de absoluta necesidad proceder al censo pecuario del ganado productor de leche.

d) Proponer a la superioridad que en las ciudades de más de 50.000 habitantes rija un reglamento igual al existente en Zaragoza.

e) El cumplimiento del nuevo reglamento general en mataderos en toda España, por peligrar la salud pública donde no está en vigor.

4.º Dotar a los Laboratorios de todos los elementos necesarios para la diferenciación de carnes y obligar a los expendedores a presentar los certificados de origen en el que conste la mezcla o clase de carnes empleadas.

5.º Que se apruebe el reglamento sobre decomisos en los mataderos presentado en la IV Asamblea Nacional Veterinaria por D. Benigno García Neira.

La sección de Practicantes dió como resumen de sus trabajos las conclusiones siguientes:

1.º Ampliación de la carrera de practicantes, conforme el proyecto presentado por el Colegio de Madrid.

2.º Que sea ley a la mayor brevedad la implantación de los practicantes militares en el Ejército.

3.º Que el beneficio alcanzado por los titulares sanitarios garantizando el cobro de sus haberes, se haga extensivo a los no incluidos en este beneficio como son Odontólogos, Matronas y Practicantes.

4.º Hacerse solidaria a las conclusiones acordadas en el mitin sanitario de Almería celebrado el 12 del actual cuyas conclusiones fueron enviadas al Excelen-

tísimo Sr. Ministro de la Gobernación por el Colegio de Practicantes de aquella capital.

5.º Interesar del Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación ordene al Sr. Gobernador de la provincia de Huelva depure responsabilidades, en el caso concreto de intrusismo denunciado por la Asociación Sanitaria del Distrito de Ayamonte.

Por último, se convino en que la próxima Asamblea se verifique en Badajoz y al cabo de una semana en que hubo divertimientos y espectáculos tan hermosos como el de una verbena en la Plaza de Toros, donde las jerezanas hicieron alardes de sus encantos, salimos de la bella ciudad camino de nuestros respectivos lares, agobiados por los discursos—oí cerca de doscientos—y en situación análoga a la del celeberrimo negro del sermón.

UN CONGRESISTA RURAL

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 20 DE MARZO DE 1920

#### Caso curioso de enfermedad de Graves.

El DR. ESPINA expone el siguiente caso clínico: enferma vista por primera vez en mayo de 1907, por segunda en el mismo mes de 1908 y últimamente hace unos días. Considera el caso, en conjunto, de un verdadero tipo de evolución a través del tiempo y de las edades de la mujer, de un caso de pluriglandulismo, desarrollándose los síndromes a medida que van tomando parte en el desarrollo los diversos jugos glandulares de la tan prodigiosa cadena glandular y de sus relaciones con el nervio vago y el gran simpático. Se trata de una joven que a los quince años (en 1907), a consecuencia de un gran susto, tuvo metrorragia abundante, esputos sanginolentos, taquicardia dolorosa y tumor tiroideo; diagnóstico: enfermedad de Graves o Basedow. Vista la benignidad del caso, se limitó por de pronto, a someter a la enferma a un régimen alimenticio e higiénico, vida al aire libre y no llegar por nada al cansancio; sulfato de quinina y suero Murillo. Mejoró la enferma, pero abandonos de tratamiento produjeron aumento del tumor que se había convertido en retroesternal; lo estirpó el doctor Ribera Sans y quedó bien, pero a medida que avanzaba la pubertad se iniciaron los síndromes utero-ováricos, con metrorragias, que obligaron al conde de San Diego y a Gálvez a practicar legrados uterinos. Al cabo de doce años, el doctor Espina vió nuevamente a la enferma, y después del síndrome tiroideo y utero-ovárico, acusa otro tipo: el piluitario, el descrito por Fleury, y lo notable del caso es que ni tuvo en 1907 ni tiene ahora lesión alguna de parénquima; todo ello es puramente funcional y de origen vasomotor por función perturbada del neumogástrico y simpático de tronco más o

# SIL-AL

Silicato de aluminio purísimo  
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid

menos alto, pero siempre con manifestaciones sindrómicas de freno o desenfreno exagerado de los centros respiratorios o circulatorios.

El doctor Espina explica el por qué de la evolución en el proceso de esta enferma cuyos síndromes obedecen a modificaciones del riego, de la calidad, más que de la cantidad, de la crisis sanguínea. y que bien por alteraciones de una sola glándula, lo que no cree nunca, o por alteraciones pluriglandulares, van apareciendo síndromes distintos y con apariencias de formas orgánicas, lo cual supone que bajo el aspecto de la endocrina hay un campo muy amplio para investigar todos esos síndromes.

No siendo posible proceder a la extirpación utero-ovárica, el doctor Espina se ha concretado a implantar en la enferma un tratamiento mixto pluriglandular, con preparados ferruginosos y esperar sus resultados.

#### La anestesia raquidiana en cirugía urinaria.

El DR. MOLLÁ continúa su interrumpida comunicación iniciada hace unas cuantas semanas. Se refiere ahora a puntos de controversia entre los que son entusiastas del procedimiento, algunos indiferentes y otros, no menos, que lo combaten, porque realmente, los que han podido seguir de cerca sus inmensas ventajas no pueden ser enemigos de él, ya que ante la realidad todos deben rendirse. Por consecuencia, dice, que va a decir algunas palabras sobre los inconvenientes y ventajas del procedimiento.

Los inconvenientes y peligros, las molestias de la anestesia raquidiana se refieren, lo mismo que en lo general, al momento operatorio, durante la anestesia y después de ella; en el primer instante los hechos se reducen a vómitos, cierto malestar, palidez, hasta lipotimia, fenómenos de escasa importancia, que como se sabe, abedecen a funcionamiento de los nervios de la cola de caballo, sobre todo si se opera con jeringuilla perfectamente aséptica. Si ocurre algún percance funesto, se debe a exceso de dosis, la cual no debe pasar de diez centigramos, empleando la estovaina, y para más seguridad, no debe rebasar de siete centigramos. No cabe duda que la cocaína y la novocaína son peligrosas.

Habla después de las ventajas de la anestesia raquidiana; evita el *shock* post-operatorio en amputaciones de uno o de los dos miembros en que no es posible, por sus condiciones, recurrir a otras formas de anestesia local, por ejemplo, la arterial y venosa, que son procedimientos poco prácticos; evita también la lesión del riñón, cosa fundamental especialmente para la cirugía urinaria, y sirve sobre todo la inmensa ventaja, de determinar la insensibilidad, es decir, la abolición absoluta cuando la dosis es suficiente de la sensibilidad y la motilidad de la vejiga. Estas tres ventajas en relación con la cirugía urinaria, fueron reconocidas, aun por los indiferentes, en la última Asociación internacional de Urología celebrada en Berlín en 1914.

Aparte de estas ventajas, dice el doctor Molla, hay otras de menor cuantía como la de que el enfermo no necesita preparación, porque mientras se esperan los

ocho o diez minutos para que el analgésico surta sus efectos, se prepara el acto operatorio sin necesidad de purgar al enfermo; puede alimentársele hasta durante la operación, por más que como medida preventiva no conviene; el individuo puede estar acompañado de su familia, distrayéndole y hablándole, incluso consultarle, si hay necesidad de tomar alguna determinación.

El doctor Mollá, después de exponer la técnica, dedica breves momentos a la parte clínica. y dice que empleando tal procedimiento ha practicado en estos últimos meses amputaciones de pene, hernias inguinales, desbridamiento amplio de un absceso, pero sobre todo en vejiga ha practicado la talla corriente, la litotricia, un tumor muy voluminoso y la prostatectomía. El resultado ha sido satisfactorio en todos los casos, y sólo en dos enfermos, en el de la litotricia y en el prostático, se presentaron vómitos. La anestesia desaparece a la hora y media y la parálisis consecutiva a la inyección, no dura más allá de cinco horas.

Relata dos casos de mucho interés: uno de talla y otro de litotricia. El primero es un enfermo con un tumor muy voluminoso, del tamaño de una naranja, de amplio pedículo, implantado en el lado izquierdo entre el meato uretral y el cuello de la vejiga; fué imposible introducir la valva; con la mano se separó el tumor y con una tijera curva se seccionó el pedículo; las paredes vesicales fueron ampliamente abiertas para dar paso a la mano y practicar todas estas maniobras, extirpando el tumor. No hubo hemorragias y salió curado de la Clínica de San Carlos al mes y medio. Al ocuparse del caso de la litotricia dice que para la trituración del cálculo se necesita la resolución completa de la vejiga, no sólo por la insensibilidad, sino para que se mantenga llena de agua, y para la extracción del cálculo movilizado debe prescindirse de la anestesia, con objeto de que la vejiga recobre su contractibilidad, recobra en parte su sensibilidad y las contracciones de la vejiga ayudan a los movimientos de aspiración que ha de extraer el cálculo. Teniendo esto presente, temía no poder practicar los dos tiempos de la litotricia con la anestesia, porque la vejiga estaba completamente paralizada; y sin embargo, la aspiración se realizó perfectamente, y la operación en conjunto no duró más allá de diez y ocho minutos.

El doctor Mollá refiere otro caso a cuyo enfermo practicó la anestesia raquidiana (solución de antipirina al 4 por 100 con estovaina). Se trataba de un hombre que desde los cinco años tenía un cálculo en la vejiga, que cuando endaba mucho o montaba a caballo aparecía sangre en la orina; tenía crisis vesicales, hematuria, seguida de periodos de reposo. No pudo explorar al enfermo porque el cálculo por su peso y por sus años había formado, no un divertículo, sino una segunda vejiga pequeña del tamaño de un huevo.

Intentó explorar con anestesia local y no bastó, y en su consecuencia empleó la fórmula de siete centigramos de estovaina y un miligramo de esticnina por vía raquidiana y pudo movilizar el cálculo; intentó

**TOLUDEN**  
Pelrid's C.º, New-York

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals. Peruriano, etc. El más moderoso 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).

Ayuntamiento de Madrid

una cistoscopia que no consiguió por falta de capacidad de la vejiga. En vista de no poder triturar el cálculo practicó la talla.

Cita últimamente otro caso: un prostático de bastante edad, grueso, de gran abdomen. La anestesia raquidiana permitió extirpar la graslotia en una sola reunión y quedó restablecido.

Termina su importante comunicación haciendo algunas reflexiones, recomendando la anestesia raquidiana en todos aquellos casos de cirugía urinaria que exijan el reposo absoluto de la vejiga.

El DR. SOCKER, al intervenir se basa en su experiencia, en la de su ayudante doctor Becerra, que lleva practicadas más de 1.050 anestésias raquidianas, en la del doctor Ulla, del Cuerpo de Sanidad Militar, y en la del doctor Sagarra, de Valladolid.

Se fija en dos accidentes que se observan en la anestesia raquidiana: los vómitos y la cefalgia, la cual desaparece cuando quiere; no hay forma de quitarla. Después habla de la impresión que le produjo la primera muerte consecutiva al parecer, por la anestesia raquidiana. Se trataba de un enfermo que tenía una úlcera de estómago, y en el momento que le operaba sufrió una relajación de esfínteres y un síncope, del cual no se le pudo sacar, ni con la paradización, ni con la respiración artificial, ni con el masaje directo del corazón.

Cita otro caso operado en su sanatorio por de hernias, que a la media hora después de llevado el enfermo a su cama, sufrió un síncope y murió; que ha tenido unos veinte enfermos que han podido morir, y esta desagradable sensación le ha producido la posibilidad de que en una anestesia, unas veces con cinco centigramos, otras con dosis pequeñas, se obtiene una anestesia maravillosa; el enfermo puede estar anestesiado durante dos horas sin sufrir síncope, y en cambio en otros casos, con dosis mayores, el enfermo ha tenido que sufrir una nueva punción o un complemento de anestesia general, para terminar una intervención que no había durado más de un cuarto de hora.

Habla después del sitio de elección y escoge el sacro-lumbar; que antes esteriliza la solución; que cuanto más rápida es la aparición de la anestesia y la desaparición de los fenómenos reflejos, hay que temer en los enfermos vómitos y síncope graves.

Añade que los enfermos pusilánimes que tienen miedo a cualquier anestesia, lo tienen también de las grandes o pequeñas frases que se le pronuncian durante la intervención, y en cuanto que le puede consultar, no le parece bien.

Dice que los accidentes no son por defectos de técnica; que ocurren a pesar de la esterilización en seco de la aguja y no se ha podido evitar las cefalalgias, los vómitos y los síncope; que las indicaciones de la punción lumbar en intervenciones de vías urinarias pueden quedar un poco restringidas; que en la pequeña cirugía ordinaria puede prescindirse de la punción lumbar; que no es indiferente la edad del individuo,

porque ha visto en la mayoría de los enfermos de menos de veinte años, que la anestesia falla y provoca vómitos y síncope, y hasta la muerte. (Queda en el uso de la palabra).

DOCTOR CESALDO.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,4; id. mínima, 704,8; temperatura máxima, 24°,3; id. mínima, 6°,7; vientos dominantes, NE. NNE.

La reaparición de los estados catarrales agudos de las vías respiratorias, debida a las bruscas oscilaciones de la temperatura ha constituido el hecho más culminante de nuestro cuadro sanitario. También las angicolicas catarrales se han hecho frecuentes y ha reproducido algún tanto la coqueluche.

La mortalidad no ha aumentado.

### Crónicas

Al "Medical Record".—En el número 24 de este periódico de New York, correspondiente al 12 de junio de 1920, leemos:

"Huelga de médicos en Madrid.—Los despachos de Prensa nos informan que los médicos de la capital de España que prestan sus servicios en las Sociedades mutuas para obreros, de acuerdo con la labor de los Colegios médicos, han declarado la huelga, solicitando sueldos más elevados. La huelga deja miles de obreros sin asistencia médica."

Está mal informado nuestro colega; pues si bien se intentó hacer la huelga a que se refiere, por fortuna, no llegó a realizarse.

Reglamentación de las consultas públicas.—Con el fin de evitar los diariamente repetidos abusos de personas que sin estar especialmente autorizadas para ello por la ley de asistencia pública, concurren a las consultas gratuitas oficiales y privadas con grave perjuicio del verdadero necesitado que no puede ser atendido en sus dolencias escrupulosamente a causa de la gran aglomeración de público, el Sindicato Médico de Madrid y su provincia ha acordado lo siguiente:

Consultas gratuitas oficiales y sostenidas por entidades privadas.—Los enfermos concurrentes a estas consultas están obligados a acreditar su calidad de pobres por medio del contrato de inquilinato y la cédula personal o, en su defecto, un volante del alcalde de barrio los vecinos de Madrid. Los procedentes de otras localidades acreditarán su calidad de pobres con un volante expedido por el alcalde de su localidad visado por el médico titular.

No serán admitidos en estas consultas quienes no vayan provistos de los requisitos anunciados.

Consultas remuneradas.—En lo sucesivo la cantidad mínima a percibir por los profesores en sus consultas será la de 2,50 pesetas.

# 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.

Ayuntamiento de Madrid

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

**Consultas inmorales.**—El Sindicato Médico está decidido a perseguir y castigar por todos los medios legales a los que valiéndose de procedimientos fuera de las leyes vigentes ejerzan la profesión con menoscabo de la moral médica y con grave peligro de la salubridad pública.

De igual modo perseguirá a quienes sin título oficial para ello ejerzan funciones que no les competen. Sirva este anuncio de leal, pero única advertencia.

**Oposiciones a médicos de Sanidad exterior.**—Para estas oposiciones recientemente convocadas se recomienda la obra antigua del doctor Palvin, médico del Cuerpo por oposición. Única completa de la que se han agotado dos ediciones. Adoptada al último programa por medio de un Apéndice revisado y corregido personalmente por el autor. Razón editorial: Campos, Princesa, 14.—Madrid.

**Un tributo a un higienista italiano.**—El profesor Luigi Pagliani, de la cátedra de Higiene de la Unirversidad de Turín, ha alcanzado la edad de retiro este año y al mismo tiempo, ha cumplido el quincuagésimo aniversario de su carrera profesional. Fué un leader en la organización del servicio de Sanidad pública en Italia y en la legislación sobre el dominio de las enfermedades prevenibles.

Se ha formado un comité, compuesto de los profesores de las cátedras de Higiene de todo el país, y se reunirá un fondo para establecer un premio anual, que se denominará el premio Pagliani.

El tesorero del fondo es el profesor Pablo Desderi.—via Bidone, 37 Turín.

**Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia de Madrid (Tutor, 26).**—Este Dispensario reanudará, el 1.º de octubre sus consultas para tuberculosos pobres.

Los niños enfermos que permanecen desde hace tres meses en los Sanatorios marítimos regresarán el día 1.º de octubre, en los trenes correos de Santander y Coruña.

**Asamblea médica gallega.**—En esta Asamblea, que tuvo lugar en Santiago de Compostela, el Dr. Feijóo, presidente del Colegio Médico de Orense, al discutirse la constitución de un capital para invalidez, viudedad, etc., refiriéndose al Colegio de huérfanos, dijo: El Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos, organismo impuesto por los organismos oficiales de Colegios de médicos, debido a la caridad de los Dres. Cortezo y Pan Valle, en donde son acogidos los niños huérfanos de nuestros compañeros con toda la solicitud y esmero en su educación, cuyo Centro en su día creará otros iguales en provincias, y que, por lo tanto, habrá que tener en cuenta, auxiliándolo con alguna cuota, aparte de la obligación contraída por toda la clase médica en fomentar los ingresos con la imposición de los sellos de defunción y de certificaciones de complacencia. Se acordó tomar estas consideraciones en cuenta, por ser de justicia y equidad.

En nombre de los huérfanos enviamos las gracias más expresivas al Dr. Feijóo, por la feliz idea en beneficio de nuestra querida institución.

Con una peseta mensual de cada médico español podrá sostenerse el Colegio con verdadero desahogo y aumentar el número de los alumnos con 50 más de hasta quince años.

Estamos autorizados para hacer esta consoladora afirmación.

**Movimiento de población en las capitales de España durante el mes de mayo de 1920.**—La *Gaceta*, en su número correspondiente al 28 de septiembre, publica los datos estadísticos referentes al movimiento de población en las capitales de España. Los más interesantes son los siguientes:

La población calculada en 31 de diciembre de 1919 en las 48 capitales, era de 3.662.447; los nacimientos registrados en su totalidad, ascienden a la cifra de 8.590; las defunciones, a 8.336 y los matrimonios, a 3.705.

De los nacidos, 4.505 fueron varones, y 4.505 hembras; legítimos, 7.414; ilegítimos, 862, y expósitos, 314. Nacieron muertos, 404; murieron en el momento de nacer, 37, y antes de las veinticuatro horas, 55; total: 496.

De los fallecidos, 4.301 lo fueron varones, y 4.035 hembras; 5.152 mayores de cinco años, y 3.184 menores de esta edad; en los establecimientos penitenciarios, siete, y en los establecimientos de beneficencia, 1.675.

**Anuncio de huelga.**—Los médicos de Coín (Málaga), han enviado al gobernador de aquella capital un escrito, en el que dicen que si para el 20 de octubre próximo no les son abonados los atrasos que se les adeudan, se declararán en huelga.

Al presente número se acompaña una circular informativa, cuya lectura recomendamos, sobre **NUEVOS REMEDIOS**. Efectos beneficiosos que el práctico, no especialista, puede proporcionar a los enfermos del aparato urinario, por el doctor D. José Fuentes de Zaragoza.

**LABORATORIO IBERO, Tolosa (Gulpúzcoa).**

**CASA METZGER**, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el 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, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid,