

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.—Arhivo 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, premias y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Sobre la obliteración del pericardio, por el Catedrático Dr. M. Gil-Casares.—Algunas anotaciones sobre la operación Barraquer y sus brillantes resultados, por el Dr. Enrique Llamas.—Anatomía Patológica Ocular, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Obreros y médicos, por Juan Guixé.—Proyecto de Reglamento del Colegio de médicos.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalido.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Sobre la obliteración del pericardio

POR EL

CATEDRÁTICO DR. M. GIL-CASARES

De la Universidad de Santiago de Galicia

(Estudio dedicado al doctor Cortezo, con el mayor respeto y afecto, en la fecha solemne de sus bodas de oro con la Medicina.)

Al hacer la autopsia de personas muertas de pericarditis agudas se sorprende a menudo el anatómico de la intensidad de las lesiones. Recubriendo interiormente toda la serosa en sus porciones parietal y cardíaca hay una gruesa capa de fibrina blanco-rosada, de superficie trabecular, granulosa o yelosa. Algunos filamentos, bridas o masas blandujas y húmedas cruzan la cavidad enlazando sus dos paredes. En aquella existen exudados líquidos serofibrinosos, turbios, algo sanguinolentos y grumosos, o pus espeso, con copos de fibrina. La envoltura de esta índole que rodea y constriñe al corazón, y del cual apenas es posible desprenderla, es seguida hacia la profundidad de una capa adiposa (la grasa epicardiaca) que por zonas parece reemplazar al miocardio, pues en el ventrículo derecho, adelgazado, puede el estrato muscular re-

ducirse a pocos milímetros de espesor. Por lo demás, si el caso es reciente, no varía gran cosa el color del miocardio, y las válvulas, como el endocardio, pueden conservarse intactas.

La inflamación, al través del pericardio, se extiende al mediastino. Masas de apariencia gelatinosa lo rodean, y algunos haces o adherencias robustas de fibrina pueden fijarlo a las partes esqueléticas. Las pleuras mediastínicas están inflamadas, encontrándose adherencias con el pulmón fáciles de desgarrar; o bien existe un copioso derrame pleural, seroso o purulento, envuelto en falsas membranas de formidable espesor. Puede suceder que el empiema pleural coincida con pericarditis serosa (1), sin duda porque la brevedad del curso no dió tiempo a la transformación purulenta. Los pulmones, dilatados en sus partes altas, presentan hipostasis y bronquitis en las bases. Por fin, la inflamación cunde al través del diafragma y afecta a la serosa hepática, víscera que, muy hinchada, sangra abundantemente al corte. En el peritoneo hay líquido seroso de trasudación y exudación. Los riñones, aumentados de volumen, pueden presentar fenómenos de éxtasis sanguíneo, o, por el contrario, aspecto más pálido del normal, notándose que la

(1) Así ocurrió en el último caso observado por mí, y cuyas lesiones son las que me sirven de guía en esta descripción.

corteza de la viscera está ensanchada al corte (nefritis glomerular).

* * *

Per incompatibles con la vida que parezcan las lesiones antes apuntadas, no hay duda de que pueden curar totalmente, sobre todo si la intervención médica es temprana y eficaz. Reabsorbidos o eliminados los productos líquidos (supuesto que existan) se desintegran y desaparecen los exudados de fibrina, reparándose, *ad integrum*, las lesiones, o quedan como residuo algunas bridas fibrosas o algunas manchas opalescentes. En ello influye también poderosamente la índole del proceso y su pertinacia. Pero semanas después de un curso agudo y penoso de pericarditis inequívoca, o a seguida de meses o de años de un padecimiento crónico marasmódico y mal definido clínicamente, puede encontrarse en la autopsia una adherencia tan íntima y completa de las hojas de la serosa cardíaca, que los antiguos anatómicos pudieron atribuirle a «ausencia del pericardio» cuando, entre las dos hojas, no son ostensibles los residuos de la inflamación. Es lo general, no obstante, en estos casos, que sea otro el aspecto: cada una de las dos hojas serosas, en su totalidad o en la mayor parte de su extensión, está recubierta de estratos de tejido fibroso vascularizado y de capas de fibrina sin organizar. Masas análogas ocupan los senos del pericardio. Entre las hojas de la serosa quedan lagunas o espacios trabeculados con restos líquidos serosanguinolentos, o hay interpuesta una capa de aspecto caseoso, que hasta puede hallarse calcificadas parcialmente (la llamada *osificación del corazón*.) El miocardio es lacio y pardusco, y muestra mucha grasa; su hipertrofia no es considerable. Lo que predomina es la dilatación de las partes cardíacas, no dificultada por el revestimiento constrictor anormal. Por fuera del saco pericardiaco hay también gruesas adherencias, en superficie o en bridas, con partes esqueléticas (esternón, cartílagos y costillas, raquis) y con las vísceras, especialmente con los pulmones y pleuras, con las grandes venas y con la aorta.

Las pleuritis residuales son frecuentes compañeras de este estado; hay sínfisis de una o de las dos serosas, costras de fibrina, exudados serosanguinolentos. Los pulmones son grandes, crujen algo al corte y contienen mucha sangre en sus vasos (*pulmón cardíaco*.) Pueden ser notables las adenopatías intratorácicas.

El hígado es grande, duro y cianótico; también cruje al corte (*hígado cardíaco*.) Su superficie alta está envuelta en capas blanquizeas, que le dan lejana analogía con las frutas conservadas en azúcar cristalizado (*hígado con baño de azúcar*, CURSCHMANN.) Parecidas envolturas pueden presentar el bazo y el estómago; pero es sobre todo común la peritonitis exudativa con las apariencias de la forma tuberculosa.

Así, pues, la inflamación crónica afecta en más o en menos a las tres mayores serosas del cuerpo, curioso estado que fué descrito por F. PICK, con el título de

PSEUDO-CIRROSIS HEPÁTICA PERICARDÍACA (1), mereciendo posteriormente los nombres de *poliserositis* o *panserositis* y también los de *poliorrimentitis* y *enfermedad de BAMBERGER*.

* * *

La afección puede ser consecuencia de una pericarditis aguda no diagnosticada, pues, aunque parezca inverosímil, es la verdad que muchos prácticos no aciertan siempre a reconocer la fase aguda inicial. Así, por ejemplo, confunden los rones del pericardio con los ruidos endocárdiales, o encuentran la pleuritis izquierda, que tantas veces coincide, y no reparan en la pericarditis; o diagnostican dilatación cardíaca con albuminuria y fenómenos de éxtasis circulatorio general, etc. Si el enfermo no se muere en la fase aguda, puede pasar directamente, o tras un intervalo de alivio, al estado crónico, que luego describiré, y la interpretación clínica seguirá siendo dosificada con mayor motivo que antes. Pero no hay duda de que las lesiones pueden desenvolverse insidiosamente sin un manifiesto período de agudeza inicial.

Preciso es advertir expresamente que el cuadro clínico de la obliteración del pericardio, no es tan ostensible como el de la llamada *mediastino-pericarditis callosa*, con la cual, por otra parte, siempre se asocia, aunque en grado variable. Las adherencias externas del pericardio acompañadas de obliteración de la serosa, pueden a veces descubrirse con relativa facilidad gracias a las retracciones cardiosistólicas de algunas zonas de la pared del pecho, seguidas de una brusca dilatación de las mismas en la diástole y acompañadas, en los casos más típicos, de colapso diastólico de las venas del cuello y de disminución inspirativa del volumen del pulso arterial; pero los síntomas retráctiles sistólicos requieren cierto grado de energía cardíaca y adherencias parciales a zonas depresibles. Me inclino a creer que estas circunstancias existen en muy pocos casos. No por ello, sin embargo, es menos característico el cuadro clínico de la obliteración del pericardio, sobre el cual no insisten lo que debieran los libros clásicos.

Se trata, por lo general, de personas jóvenes, cuyo aspecto externo conviene con el de tuberculosos. Si ante esta sospecha procedemos al examen del pecho, saltará a la vista la configuración del mismo, buena en apariencia. El torax es alto y lleno, y se continúa insensiblemente con un abdomen abultado, como el de personas gordas o el de enfermos con ascitis moderada. La sonoridad perentoria por debajo de la clavícula es excesiva (enfisema), tornándose ligeramente timpanítica hacia el área cardíaca. El examen detenido de ésta descubre moderada dilatación uniforme (*voussure*). Faltan, ordinariamente, ya lo he dicho, las retracciones sistólicas, y hasta es posible que no pueda verse ni palparse el choque de la punta del cora-

(1) F. Pick Ueber crhonische unter dem Bilde der Leberzirrhose verlanfende Perikarditis. Zeitschrift für Klin. Medizin. Bd. 29, Heft 5 und 6,

ción. El área de la matidez cardíaca ofrece analoga disposición que en las pericarditis con derrame. (Véanse las



FIGURA 1.ª—Obliteración del pericardio en un joven con pseudocirrosis hepática. (Clínica médica Universitaria de Santiago. Observación propia.)

figuras 1, 2 y 3.) El ángulo cardiohepático no es recto, ni anguloso y penetrante como normalmente, sino que

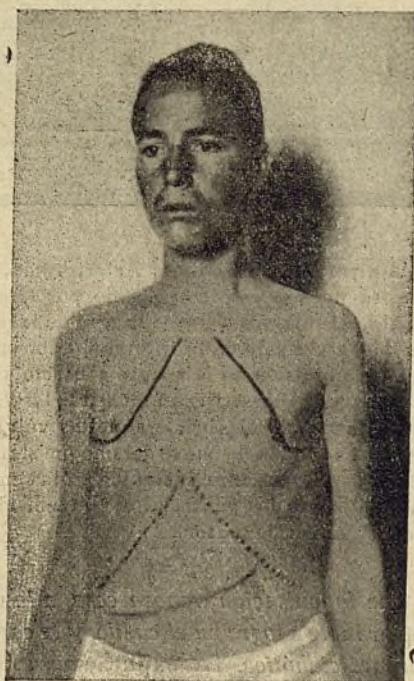


FIGURA 2.ª—Otro caso de obliteración del pericardio con pseudocirrosis hepática. (Clínica médica Universitaria de Santiago. Observación propia.)

el tránsito entre la matidez del hígado y la cardíaca

se limita por una línea curva, cuya concavidad mira al hombro derecho. La silueta cardíaca se asemeja a un triángulo isósceles de base inferior y vértice truncado. No se oyen rones pericardíacos, ni ordinariamente ruidos endocárdicos anormales, sino un tic-tac continuo indicador de la precipitación y debilidad del trabajo del corazón (*embriocardia, ritmo de péndula*).

Los límites pulmonares posteroinferiores pueden hallarse elevados y acostumbran a ser de diferente altura. La movilidad respiratoria es allí escasa (rigidez marginal por adherencias), y muy a menudo hay en los senos frénicocostales zonas de matidez originadas por masas costrosas o por colecciones líquidas, que acaso sean el motivo de la consulta médica. La auscultación pulmonar descubre apagamiento general del murmullo y algunos estertores mucosos dispersos de



FIGURA 3.ª—El mismo enfermo de la figura 2.ª Se percibe la prominencia de la región precordial.

bronquitis; no suelen encontrarse focos de respiración bronquial ni de estertores consonantes.

La röntgenoscopia torácica confirma los resultados de la percusión cardíaca. Los contornos de este órgano son imprecisos; no se perciben los cambios de volumen sistólico-diafólicos. Las bases pulmonares son poco transparentes; el perfil diafragmático no se destaca bien y sus excursiones respiratorias son breves y asimétricas.

El hígado está hinchado; su borde libre descende hasta las cercanías del ombligo; su superficie es lisa y tensa. La víscera está algo sensible a la presión. El bazo no es tangible. Los intestinos están algo meteorizados. A veces hay ascitis moderada. La orina puede hallarse exenta de albúmina,

Los enfermos son flacos en la cara, cuello y

miembros; pero no, aparentemente, en el tronco. El color es pálido, con livideces en las partes salientes y distantes del centro (*acrocianosis*). El aspecto, ansioso y disneico. No hay apenas tos ni expectoración. La temperatura suele mantenerse en límites normales; pero muestra fácil inestabilidad y tendencia a las elevaciones febriles fugaces. El apetito es malo. Predomina el estreñimiento. Los pacientes se encuentran medianamente en cama; pero no fuera de ella, pues sus energías son escasas y tienden, además, a la disnea. A

tos en pie se ven amplias ondulaciones pulsátiles, que pudieran confundirse con el latido de las carótidas si la tactación del pulso de éstas no demostrara lo inexacto de la suposición. Se trata, en efecto, de las ondulaciones venosas que FRIEDREICH llamó *colapso venoso diastólico*; aquel autor las vió coincidir con la retracción sistólica de la punta del corazón cuando hay adherencias del pericardio. *Las venas se llenan en la sístole y se vacían bruscamente en la diástole ventricular. Si hacemos que el enfermo se eche en posición supina,*

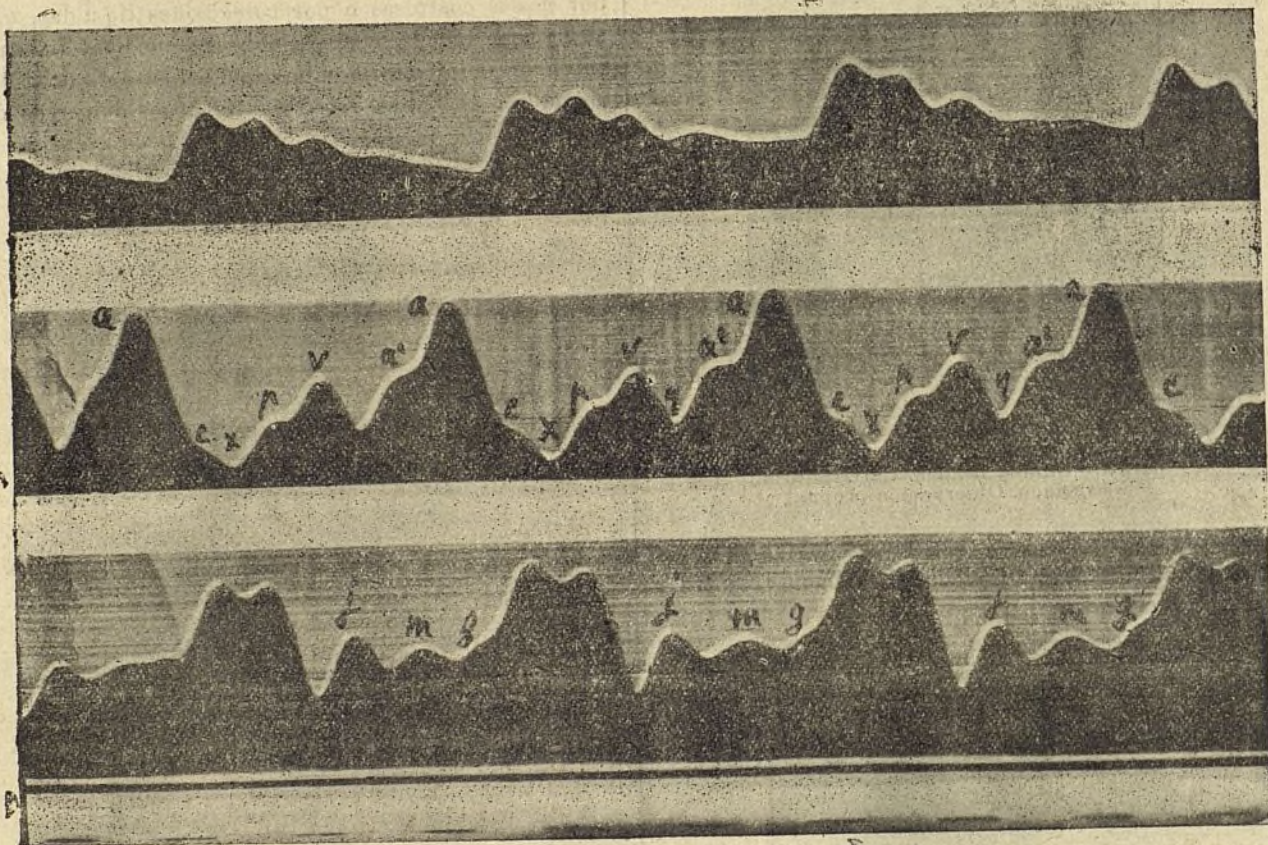


FIGURA 4.^a—Palogramas de un caso de estrechez mitral con probable hipertrofia auricular. Arteriograma, arriba; flebograma, en medio; cardiograma, abajo. Aquí y siempre el flebograma normal está constituido por tres ondas fundamentales, a saber: la onda *a* que depende de contracción de la aurícula. Al relajarse ésta, la sangre de la yugular se precipita hacia el corazón, y el gráfico venoso desciende; pero antes de llegar al fondo *x*, lo interrumpe la onda *c* o carotídea, que coincide verticalmente en el palograma con el comienzo de la expulsión de la sangre ventricular y con la iniciación del pulso en la carótida. Por fin, a medida que la aurícula y la yugular se llenan mientras las válvulas atrioventriculares están cerradas, se produce la ondulación pasiva o de éxtasis *v*, y al abrirse aquellas válvulas, la corriente venosa vuelve a precipitarse y el flebograma desciende al fondo *y* (*p* = a onda de cierre del choque sigmoideo; *a'*, primera onda auricular. En el cardiograma: *j*, onda producida por el paso de la sangre detenida en las aurículas durante la sístole ventricular; *m*, efecto del esfuerzo contráctil auricular *a'* sobre los ventrículos; *g*, ídem id. de la onda *a*. Esta notación y explicación son, en parte, originales del autor).

poco que permanezcan en pie, se presenta hinchazón edematosa de los tobillos.

Conviene estudiar con mayor detalle los fenómenos circulatorios, pues no hay duda que el estado cardíaco es el principal determinante del curso del proceso.

Observando la base del cuello de los enfermos pue-

notaremos que la pulsación venosa cesa; a la vez, estos vasos se llenarán de sangre en el cuello, y la cara del enfermo se tornará cianótica. La explicación de estos fenómenos me parece fácil: siendo escaso el volumen sistólico-ventricular, lo es también el diastólico. Mientras el enfermo se halla en pie gravita sobre las aurículas una columna de sangre venosa que espera acceso y sólo en parte lo encuentra. Al contraerse los ventrículos sufre el resto de aquella sangre una sacudida

retrograda, rápidamente seguidas de la depleción vascular venosa que acompaña a la diástole y a la abertura de las válvulas atrioventriculares. En cambio, si el enfermo se echa horizontalmente, se moviliza hacia el corazón una gran masa de sangre venosa del territorio de la cava inferior, dificultando aun más el acceso hacia el corazón de la que desciende por la cava superior. Recuérdese que el movimiento de la sangre venosa no es uniforme, como el de la arterial, en los vasos de la gran circulación, y en particular, que si el corazón desfallece, la sangre venosa forma remansos en

torácica que precipitaría el desagüe venoso, dando origen al colapso diastólico. Con advertir que en el caso de mi observación palográfica (y no creo que existe ejemplo conocido de esta forma de pulso tan típico como el que presento) no existían retracciones sistólicas en la pared del pecho, se comprenderá que el mecanismo de producción imaginado por FRIEDREICH no es admisible, a lo menos en todos los casos.

En el palograma de referencia falta la onda *a*, esto es, la que indica actividad contráctil de las aurículas. Podría, por tanto, ponerse en duda la exactitud de mi

ciertas grandes venas o en las vísceras (hígado), gracias a los cuales puede el corazón continuar su trabajo impelente, pues aquéllos remansos hacen que disminuya la tensión arterial y es menor el volumen de contracción sistólica.

Ya he indicado la explicación que yo doy del colapso venoso diastólico. El lector se formará de ella clara idea estudiando detenida y sucesivamente las leyendas de la figura 4 (que corresponde a un palograma de estrechez mitral con probable hipertrofia auricular), en que las ondas venosas están muy exageradas; de la figura 5, que corresponde al colapso venoso diastólico de FRIEDREICH, y de la figura 6, que es un precioso ejemplo de pulso venoso positivo por insuficiencia de la válvula tricúspide. Presento esta última figura para que salte bien a la vista la diferencia existente entre el llamado pulso venoso de aspecto ventricular de (MACKENZIE), en el cual incluyo al colapso venoso diastólico, y el pulso venoso positivo o penetrante.

FRIEDREICH suponía que al volver a su lugar las partes torácicas retraídas por la sístole en la mediastino pericarditis adhesiva; ejercerían una aspiración intra-

interpretación patogénica, pues ordinariamente la ausencia de la onda *a* indica lesión de la aurícula, y en este caso suele existir arritmia, de la cual no hay aquí el menor vestigio. A este propósito deseo exponer algo que estimo interesante.

Un inteligente colaborador mío en los trabajos palográficos, mi discípulo JOSÉ HERMIDA fué el primero en advertir la *coinciden del pulso arterial dicrótico* (como el del palograma) con la *biondulación del pulso venoso*. Pensé durante muchos meses que el fenómeno podría consistir sencillamente en que la rapidez en la sucesión de los fenómenos ondulatorios no permitiría el registro aislado de las tres ondas fundamentales del pulso venoso, la *a*, la *c* y la *v*; pero esta explicación, que en algún caso podrá ser verdadera (de ello he publicado un gráfico demostrativo (1)), no sirve en la mayoría de las veces, pues por mucho que se aumente la velocidad del palógrafo, muestran los flebogrames pulso de dos ondulaciones. Me incli-

(1) Véase «Policlínica», de Valencia, mayo de 1918; figuras 14 y 15.

no hoy a pensar que la *biondulación sin desorden en el ritmo, expresa tan sólo ingurgitación sanguínea de la aurícula que entorpece su función contráctil, pero no la conductiva de las excitaciones* iniciadas en el seno venoso de KERTH-FLACK.

Por fin, examinando el conjunto de los flebogramas de la figura 5, puede verse claramente que sus cimas forman series onduladas regulares: son las oscilaciones respiratorias, pues mi método palográfico no exige pausa respiratoria del paciente para su realización. Los flebogramas más bajos corresponden al auge inspirativo, y los más elevados al espirativo. Pues bien; examinando el arteriograma subyacente, se ve con

podría ser simple consecuencia de la influencia dilatadora inspirativa sobre el corazón, pues dadas las *si-nequias pleuropulmonares concomitantes*, la dilatación de los bordes pulmonares no es proporcionada al enrarecimiento gaseoso del interior del pecho en la inspiración, y las *sístoles cardíacas*, ya poco eficientes, se dificultan por dilatación inspirativa del saco envolvente,

La rigidez que a las paredes cardíacas imprime su soldadura con el pericardio engrosado es motivo cons-

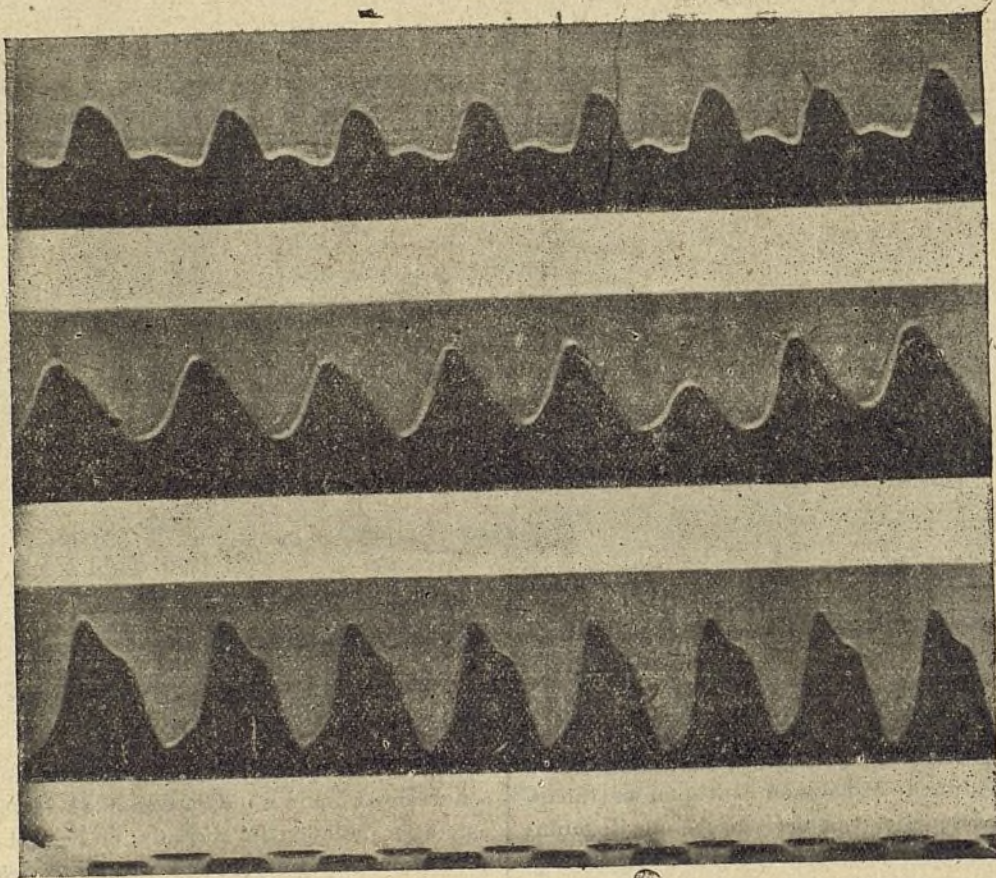


FIGURA 6.ª.—Pulso venoso positivo (el de en medio) en una mujer tuberculosa (tisis fibrosa crónica), con fatiga cardíaca e insuficiencia tricúspide relativa. Las respectivas ondulaciones se inician con el trabajo ventricular (gráfico inferior), en el cual falta la onda *j*, porque el paso de la sangre auricular al ventrículo se inicia ya en la fase de persistencia. Pulso arterial dicrotónico (arriba); sus cimas se retrasan con relación al pulso venoso, pues para éste, dada la insuficiencia tricúspide, no hay período de oclusión sistólica o de retardo esencial.

toda evidencia que *las pulsaciones más altas corresponden al apogeo de la inspiración, y las menores al de la espiración*. GRIESINGER y KUSSMAUL describieron este fenómeno como síntoma constante de la mediastinitis callosa, explicándolo el segundo de los expresados autores por la tracción que ejercen sobre las grandes venas los productos inflamatorios al dilatarse el pecho. Si el fenómeno se exagera hasta el extremo de faltar en la inspiración algunas pulsaciones, se denomina *paradójico al pulso*. La disminución del volumen de éste

tante de *fatiga del corazón* y suele ser causa de la muerte cuando ésta no es consecuencia temprana de la enfermedad fundamental. El *miocardio*, acaso resentido desde el principio del proceso, *ni puede reducirse mucho de volumen al contraerse, ni dilatarse en la diástole*. Por hallarse envuelto en membranas rígidas, su fatiga no se manifestará tanto aquí por la dilatación de las cavidades como por la *debilidad y precipitación del pulso arterial* y por los síntomas de *éxtasis en las venas*. El enfermo suele perecer, tras un largo período de lu-

cha, por insuficiencia del corazón. Muere otras veces por marasmo.

Dos palabras sobre el *tratamiento*. Si la poliserositis es de naturaleza tuberculosa, acaso den al principio buen resultado los tratamientos de orden higiénico-dietético (clima de mar o de montaña, helioterapia, alimentación reparadora), y además, el aceite de hígado, el arsénico, las fricciones con jabón de potasa. En los grados avanzados, nuestra intervención se dirigirá a *conservar y reforzar las energías cardíaca* (reposo, régimen dietético adecuado, digital, diuréticos, acaso sangrias moderadas) y a las *punciones de las pleuras o del peritoneo* si la abundancia de los derrames lo hiciera preciso.

La *cardiolisis* de DELORME, es decir, la liberación cruenta de las adherencias pericardioepicardíacas, sería el recurso ideal; pero quienes, como el que esto escribe, hayan tenido ocasión de intentarla alguna vez en el cadáver, dudarán de su posibilidad de realización en los casos que la requieren. Las *cardiolisis* de BRAUER o *toracólisis pericardíaca* (KOCHER) sólo está indicada si predominan los fenómenos de mediastino pericarditis callosa con retracciones sistólicas inequívocas de la pared torácica.

Bibliografía del método palográfico: M. GIL-CASARES. Sobre un nuevo método fotográfico para el examen del pulso. (Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina. Véase en EL SIGLO MEDICO, 1918, números 3.367-70).—El mismo: «Un nuevo método registrador del pulso.» (*Policlínica* de Valencia, 1918, números de Mayo y Junio).—El mismo: «Génesis de las ondas catacróticas del pulso» (EL SIGLO MEDICO, 1918, números 3.372-73).—El mismo: «Morfología de algunos plogramas característicos *Revista Española de Medicina y Cirugía*. Barcelona, Octubre, 1918. El mismo: «Estudio palográfico del esfuerzo ventricular y del pulso arterial» (Comunicación al I Congreso Nacional de Medicina, en Madrid. Impreso en Santiago, Septiembre de 1918).—El mismo: «Sobre algunas particularidades interesantes de los cardiogramas y arteriogramas palográficos» (Santiago, 1919. Reproducido en la *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, en 1920.—El mismo: Palogramas del bloqueo atrioventricular completo» (*Unión Médica*, 1920, número 148). El mismo: «Sobre una nueva forma de arritmia cardíaca» (*Archivos de Cardiología y Hematología*, 1920, número 2).—El mismo: «Eine neue Form von Herzrhythmie *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 1920, número 30).—Consúltese también la discusión que con el título «La Palografía y los palogramas del doctor GIL CASARES» tuve el honor de sostener con el doctor MUT, de Madrid, en la *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas* números de Noviembre y Diciembre de 1918 y de Enero y Marzo de 1919).

Algunas apuntaciones sobre la operación Barraquer y sus brillantes resultados

POR EL

DR. ENRIQUE LLAMAS, de Colombia

A fines del mes pasado tuve el honor de conocer en Barcelona a los doctores Barraquer, padre e hijo, y el último, bondadosamente, colectó doce pacientes de la Universidad de Barcelona, a quienes operó una tarde, para que el doctor Uribe, de Colombia y yo, observásemos la nueva operación de catarata por él ideada y que titula «Facoerisis.»

La buena impresión dejada en mí, por esta original operación, obligame, sinceramente, a escribir estas líneas. El procedimiento consiste, principalmente, en aplicar una cucharilla ventosa regulada por un aparato eléctrico sobre la cápsula anterior del cristalino, para extraer, *in toto*, la catarata.

Confieso que al ver aquella cucharilla ventosa en manos del doctor Barraquer, sentí la penosa impresión de quien va a presenciar algo desagradable: un fiasco.

Y preconcebí la idea de que, en esta operación, sobre todo, habría gran pérdida de vítreo, y por consiguiente, la haría impracticable; mas, grande fué mi asombro cuando al terminar el ilustre colega sus doce operaciones, sólo en una se efectuó la rotura del cuerpo vitreoso; confesaré, sin embargo, en honor a la verdad, que no sólo tenía los ojos pequeños y hondos la paciente, sino que era una de esas personas incapaces de obedecer a lo ordenado; además, hay que añadir que la intensidad del vacío producida por el Erisifaco fué mal regulada de antemano, lo que observé durante la operación, y después me comunicó el colega, pues en la operación Barraquer, según sea la madurez de la catarata así es de mayor o menor la presión negativa puesta a la ventosa; es decir, la presión debe estar en relación con la resistencia de la cápsula, y las vibraciones que se imprimen al vacío, relacionadas con la elasticidad de la zonula, según sea mayor o menor su esclerosis; y una de las ventajas y grande de este procedimiento consiste en que para operar una catarata no hay necesidad de esperar a su completa madurez.

Podría creerse que en esta operación el traumatismo producido en los tejidos oculares es muy grande, mas todo lo contrario pude observar. Con la cucharilla, la presión aplicada al lente es casi nula, y este es el principal motivo, aparte de que no se mutila el iris ni se producen ectopias, porque considero ideal la extracción total por medio de la operación Barraquer.

No creo que haya necesidad de apuntar las ventajas de las extracciones totales; pero no está de más aquí recordar que la iritis y el glaucoma son frecuentes complicaciones de la operación clásica, debidos la mayoría de las veces a la persistencia de la cápsula y

otros residuos de la catarata dejados en el ojo.

Cuatro días después de operados los pacientes les fué hecha la primera cura, y pude observar que con excepción de uno que tenía una ligera queratitis traumática, el resto estaba perfectamente bien, sin inflamación ni dolor alguno, y las pupilas veíanse negras y claras.

Al hábil y experto profesor Ervin Torok, de Nueva York, le he visto extraer la catarata *in toto*, con pinzas especiales, y con muy buenos resultados. El procedimiento empleado por el doctor Smith es de todos conocido; sin embargo, creo que en el futuro la operación Barraquer, por las razones apuntadas se imponga a la profesión. De todos modos me parece digna de estudio y observación para que el tiempo haga justicia.

Anatomía Patológica Ocular ⁽¹⁾

Curso del Profesor Fuchs, de Viena

Madrid, enero-febrero, 1920

POR EL

DOCTOR MANUEL MARIN AMAT

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

Ello es debido a que la lámina cribosa es muy resistente en esta observación y no cede a la presión interna, aunque esté aumentada. Alrededor de la excavación glaucomatosa la retina y coroides están atrofiadas en una zona circular, viéndose por transparencia la esclerótica con su color blanco característico, y es lo que se llama *halo glaucomatoso*. Excéntricamente a éste se suele observar el anillo corioideo (pigmentado). Vemos muchas excavaciones en preparaciones.

Glaucoma hemorrágico.—Dice que no es primitivo, sino secundario a una trombosis de la vena central de la retina. Se ve en la preparación la excavación de la papila y las lagunas de Schnnabel en el nervio óptico.

Glaucoma infantil.—Una magnífica preparación, en la que se observa: La cámara anterior muy grande y muy grande el ángulo de filtración, pero con las lesiones típicas y características de este glaucoma, que son la presencia de un tejido embrionario trabecular, espacios de Fontana fetales, en el ángulo de filtración (raíz del iris y partes inmediatas de la córnea) y ausencia del conducto de Schlemm. Este no se ha formado con el curso del desarrollo y el tejido fetal (que tan bien ha estudiado Rochon-Duvigneaud) ha persistido, lesiones estas dos típicas, y a

(1) Véase el número anterior.

las que cree debido Fuchs el crecimiento anormal del ojo. Además se observa que el cristalino, no sólo no se ha aumentado de volumen, sino que es más pequeño que lo que correspondería a su edad; ha quedado retrasado en su desarrollo, pero, en cambio, la zonula está enormemente distendida. La córnea, lejos de estar adelgazada, como podría parecer, está, por el contrario, grandemente engrosada y engrosada también en bastante grado la membrana de Descement. No hay tampoco ligamento pectíneo.

13.^a conferencia del día 9 de febrero de 1920.

Preparaciones del cuerpo vítreo.—Dice que no hay tal hialitis como entidad independiente, que el papel del cuerpo vítreo es el de reservorio de las exudaciones del cuerpo ciliar y coroides, como las cámaras anterior y posterior lo son del iris.

Primera preparación. *Hemorragia en el vítreo*.—La sangre procede en las hemorragias del vítreo de la retina y región ciliar, es decir, de los sitios donde hay vasos. En este caso se ve una hemorragia limitada de la retina haciendo relieve en el humor vítreo.

Segunda preparación. Otra de *hemorragia en el vítreo*, consecutiva a una irido-ciclitis. Hay una falsa membrana detrás del cristalino, que ha tirado de éste y de la retina, desprendiéndola. Hay tejido trabecular embrionario (espacios de Fontana) en el ángulo irido-corneano. La sangre en el vítreo no produce ninguna reacción inflamatoria a su alrededor, se tolera muy bien y se conservan sin alterar durante bastante tiempo los glóbulos rojos.

La sangre tarda mucho tiempo en reabsorberse: seis u ocho meses, y hasta un año.

Tercera preparación. *Hemorragia en el vítreo* consecutiva a la rotura de los vasos propios de un tumor sarcomatoso. En éste se ve una parte viva y otra necrosada, y de este último sitio procede la hemorragia. La sangre está dispuesta en dos bandas, entre las cuales hay otra banda más clara. Esta banda más clara está formada por las capas más excéntricas del vítreo, que tienen disposición de laminillas finísimas concéntricas superpuestas, y que en la preparación se ven arrugadas, infiltrada de pequeños copúsculos, restos de glóbulos rojos que han sufrido un principio de hemolisis, por lo que se ve más clara que las otras dos bandas de la hemorragia.

No hay tal hialoides como membrana independiente, dice.

Cuarta preparación. *Resto de la arteria hialoidea*. Se ve un trozo muy corto de la misma, que arranca de la papila. Es muy raro en el hombre. Aquí está obliterado su conducto.

Cristalino, normal y patológico.

Primera preparación. Cristalino de niño, de forma casi esférica. Se ven muy bien las cristaloides; más gruesa (el doble) la anterior que la posterior.

El epitelio anterior se ve alargarse a medida que va llegando hacia el ecuador, y al llegar a ésta la línea de núcleos de estas células, se incurva hacia adelante y se va distanciando cada vez más de la periferia. El cristalino, nos dice, es el único órgano del cuerpo que no termina nunca su crecimiento; así se ve que el cristalino de un hombre de setenta años es más grande que uno de un sujeto de treinta, y el de éste más que el de uno de veinte, etc. El cristalino del viejo es demasiado grande con relación al ojo. Con la edad el cristalino pierde agua y se esclerosa, y los núcleos del epitelio anterior (en la región ecuatorial) se hacen más pequeños y no avanzan tan profundamente.

2.^a Una preparación en la que se ve (patológica) que el epitelio anterior casi por completo rodea al cristalino.

3.^a Una preparación del *epitelio anterior*, vista de frente. Ofrecen las células una disposición exagonal muy regular, al revés que en la catarata capsular, que aceptan una disposición muy irregular (en forma de fibras).

4.^a Preparación de *desgarradura de la zonula* en su inserción en la cristaloides a consecuencia de una contusión (sin herida penetrante), pero que ha determinado una catarata traumática. El mecanismo es el siguiente: Cuando un cuerpo romo alcanza la córnea, ésta y el humor acuoso empujan el cristalino hacia atrás en la dirección del vítreo; pero cuando cesa la fuerza contusiva el cristalino toma bruscamente su posición primitiva, echándose hacia adelante y produciendo la desgarradura de las fibras de la zonula en la cristaloides. Estas fibras se insertan por el otro extremo, especialmente en la porción plana del cuerpo ciliar.

5.^a *Catarata*.—La causa es la presencia de vacuolas en el espesor de las fibras del cristalino; se ven muchas y pequeñas en esta preparación, pero en otra contigua se ven las vacuolas más grandes y menos numerosas.

6.^a *Catarata senil*.—Se sobreentiende siempre cortical por ser su sitio preferible. La capa cortical está llena de vacuolas, y entre las porciones opacificadas hay fibras sin opacificar, se ven las *bolas de mielina de Morgagni*.

La catarata pasa primero por el período incipiente, luego intumesciente, madura, y después se licúan las masas periféricas (sobremadura) y el núcleo cae al fondo (catarata mogagniniana o quística, y después se arruga y se retrae, árida silicúosa) se infiltra de sales calcáreas (calcárea), de cristales de tirosina y colessterina y se hace trémula, y por último, se luxa y produce los desperfectos consiguientes.

7.^a *Varias preparaciones de catarata traumática*. Igual muchas a la lámina de Axenfeld. Se ve esferas de Morgagni. Las cataratas traumáticas pueden producir inflamación aguda o crónica o aumento de tensión o ambas a la vez. En una de las prepara-

ciones se ve que el epitelio avanza hasta bastante profundidad en la herida del cristalino. En otras se ve una exudación que cubre la herida que, si es formada tempranamente, puede detener la marcha invasora de la catarata. En otra preparación se ven glóbulos de pus en la herida del cristalino, y este infiltrado en las cercanías de la misma.

8.^a *Preparación de curación espontánea* (por reabsorción de todas las masas), quedando solamente las cristaloides, de la cual sólo la anterior está opacificada por proliferación de su epitelio, en una catarata traumática. El cristalino, cuando se pone en contacto con la córnea, la irrita y produce una irritación en el sitio correspondiente caracterizada por una reacción inflamatoria debajo del endotelio y en la aparición de vasos sanguíneos neoformados.

9.^a *Catarata traumática*, cuya parte central está formada por masas de tejido conjuntivo post-inflamatorio o cicatricial que la une por el iris, que es motivo después de calcificación y hasta de osificación. El cristalino (de origen ectodérmico) no se osifica, patrimonio éste de los tejidos mesodérmicos, así es que se infiltra solamente de sales calcáreas; ahora bien, que ocurre alguna vez (y se observa en esta preparación) que el tejido del cristalino está reemplazado por un tejido conjuntivo con sus vasos correspondientes, tejido este que puede osificarse al igual que las coroides. En la preparación se ven varias formaciones óseas de la coroides (ojo atrófico por irido-ciclitis) con sus conductos de Havers, sus laminillas, células y médula ósea y en el cristalino detrás del iris se ve un trozo de completa y perfecta osificación.

10: Otra preparación de osificación (aparente como en el caso anterior) del cristalino de un enfermo con seclusión pupilar.

11: *Catarata capsular*.—En un caso de extenso estafiloma de la córnea. En la cristaloides humana se observa en estos casos una mancha blanca en la cristaloides y en la preparación se ve que es debida a la proliferación en un punto determinado del epitelio anterior por debajo de la cristaloides, a la que levanta, y haciendo relieve en la cámara anterior, que cuando es más acentuado se llama catarata piramidal. La disposición de las células proliferadas es muy irregular y tienden a presentar la forma de núcleos o fibrillas alargadas que recuerda la disposición del tejido fibroso.

14.^a Conferencia del día 11 de febrero de 1920.

Continuación de las cataratas.—Ectopia y luxaciones del cristalino.

1.^a Preparación de *discisión de una catarata diabética* efectuada por la córnea con el cuchillo de Graefe. La herida corneal está totalmente cicatrizada, masas cristalínianas ocupan la cámara anterior y pupila, el cristalino está arrugado con la cristaloides anterior rasgada y el epitelio posterior del iris

está hinchado y disgregado, alteración que ya ha dicho antes es propia del ojo diabético, alteración que cesa bruscamente al comenzar los procesos ciliares.

2.^a Preparación de *discisión antigua* de la cristaloide. En el campo pupilar se ven las dos cristaloideas unidas y transparentes, pero detrás del iris se observan restos de catarrata entre las dos cristaloideas. La discisión no ha alcanzado detrás del iris y las dos cristaloideas se sueldan en las proximidades de la pupila y no dejan entrar el humor acuoso a que acabe de reabsorber las masas que quedan detrás del iris, formándose unas bolas que se llaman *bolas de Saemering*, que no molestan la visión. Se ven en esta preparación la inserción de las fibras de la zónula en la porción plana del cuerpo ciliar y las capas exteriores (en láminas concéntricas) más densas del vítreo y entre las fibras posteriores de la zónula y las capas más excéntricas del vítreo un espacio (retro-zonular) que en estado normal es casi virtual o capilar.

(Se concluirá.)

Periódicos médicos

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca de algunos saprofitos ácidosresistentes que tienen parentesco con los bacilos tuberculosos, por el doctor B. Lange.**—Las investigaciones sobre los saprofitos ácidosresistentes tienen interés por tres sentidos: Primero por la posibilidad de confundirlos con los verdaderos bacilos tuberculosos al hacer el diagnóstico microscópico de esta enfermedad; segundo, en consideración a la posible transformación del tipo saprofítico en el parasitario; y tercero, cuando el parentesco sea muy estrecho, por la posibilidad de emplear los saprofitos ácidosresistentes con fines de curación e inmunización en la tuberculosis. Los trabajos del autor se iniciaron con los llamados bacilos de las trompetas que se encuentran constantemente en instrumentos musicales de aire cuando llevan bastante tiempo de uso. En el estudio de estas bacterias es muy importante su origen, sus propiedades biológicas y su comportamiento en el organismo animal. Practicó exámenes comparativos empleando, principalmente, un cultivo de bacilo tuberculoso de la tortuga (Schkr), otro de b. tuberculoso de la serpiente de vidrio (Bl) y empleó estos de preferencia porque los b. de las trompetas (Tp) parecen ser muy próximos a los b. tuberculosos de los animales de sangre fría. Más tarde se hicieron también investigaciones con diversas razas obtenidas del agua de las fuentes. Los (Tp) parecen proceder del agua con que se limpian los instrumentos. La pared interna de estos está cubierta de una capa mucosa y correosa a la que se adhieren muchas bacterias y, entre ellas, las ácido resistentes. Las investigaciones morfológicas hechas sobre los bacilos que lle-

vamos mencionados demuestran que al primer golpe de vista y fundándose solamente en su forma, no es posible descubrir las diferencias de especie de uno a otro. Dichos bacilos son pleomorfos. Hay unos que son muy gruesos, y en cambio otros se presentan finos y largos. En los cultivos algo antiguos, el cuerpo de los bacilos se presenta claramente granuloso. Es muy frecuente que al hacer la coloración de fondo con azul de metileno aparezcan en el cuerpo rojo de los bacilos granos azules que también se ponen de manifiesto por medio de la doble coloración de Neisser. Las bacterias son muy resistentes a los ácidos y alcalis, grampositivas e inmóviles. Crecen en todos los medios, pero mejor en los que contienen glicerina; a temperaturas muy variables, desde pocos grados por encima de cero hasta los treinta y siete, pero su temperatura óptima está entre los veinte y los treinta grados. En medios completamente anaerobios no se reproducen, pero sí en concentraciones escasas de oxígeno. Es decir, que por los caracteres de los cultivos, las bacterias que nos ocupan corresponden por completo al b. de Koch. En el organismo animal, el Tp que se inoculaba inyectando el material gleroso recogido de diversos instrumentos musicales no causaba efecto alguno. Los cultivos puros de Tpinoculados por vía subcutánea, dieron lugar a la producción de abscesos, algunas veces con metastasis en el hígado y en el pulmón. La inyección intraperitoneal dió lugar a una peritonitis fibrinopurulenta, pero que solía curar mediante la producción de adherencias. Estos experimentos los hizo en cobayas, inyectando sesenta a cien miligramos de cultivo puro o en ratones blancos, inyectando diez miligramos. Las reacciones orgánicas provocadas por la inyección de cultivos puros de Tp y Schkr recordaban microscópicamente a las de la tuberculosis. Es muy notable que con la inyección de grandes cantidades, no sólo se infartan los ganglios de la región inoculada, sino también los grupos principales de todo el organismo. Si se inoculan cultivos mantenidos por espacio de mucho tiempo a la temperatura de treinta y siete grados, las lesiones que producen tardan mucho tiempo en resolverse; en cambio si eran cultivos mantenidos a veintiocho grados, las lesiones se resolvían en breve plazo. Nunca se pudo probar terminantemente que los bacilos se reprodujesen en el organismo de los animales de sangre caliente. Inyectados el Tp, el Schkr y el Bl a los animales de sangre fría en igual proporción que la señalada para los animales de sangre caliente resultaron poco patógenos, pero a dosis muy fuertes originaron granulomas o inflamaciones exudativas que hicieron sucumbir a los animales en pocas semanas. Las bacterias ácidosresistentes encontradas en el agua tienen un efecto mas marcado. Intentando conferir a los cobayas inmunidad para el b. tuberculoso mediante la inyección de b., Tp., Schkr y Bl, resultó que los animales, previamente tratados por éstos, vivían uno o dos meses más que los testigos. Por lo que se refiere a utilidad práctica, del resultado de sus observaciones estima el autor que todos los

saprofitos acidoresistentes (los del agua y los Tp) así como los bacilos tuberculosos de los animales de sangre fría (Schkr y Bl) pertenecen a la misma especie y que, por lo tanto, la acción que cada raza de estas pueda tener como preventiva o curativa de la tuberculosis humana no puede diferir de la de los demás, si las inoculaciones son en igualdad de condiciones.— (*Deut. Med. Wochschr.*, 8-VII-920).

2. Tratamiento de la tuberculosis con dosis crecientes de vacunas vivas no virulentas, por el doctor Klopstock.—En la cuestión del tratamiento de la tuberculosis humana, con material vivo de inmunización, hay que resolver ante todo la cuestión de si el material más adecuado es el de plena virulencia, el atenuado o el avirulento. Se han empleado bacilos de plena virulencia con buen resultado, tanto en cobayas como en macacos que en la esclavitud adquieren la tuberculosis con suma facilidad como en hijos de padres tuberculosos; en todos estos casos, se ha obtenido buen resultado, pero a nadie se le oculta los peligros de semejante procedimiento. Por otra parte, Klemperer ha hecho experimentos de tratamiento de tuberculosos con los bacilos de la tuberculosis bovina, después de asegurarse que la inoculación de éstos era inofensiva para personas sanas. Trató cuatro tuberculosos y observó que las lesiones locales consecutivas a la inyección eran insignificantes; que las manifestaciones generales eran nulas y que subjetivamente, por lo menos, los enfermos se encontraban mejor. Este método de tratamiento es, por lo tanto, menos expuesto que el anterior; el autor le considera indicado en caso de que el tratamiento con material completamente avirulento fracase. Por lo que se refiere al modo de administrar las dosis, hay autores, y Friedmann con su remedio es uno, que aconsejan practicar una sola inyección con una dosis elevada; es indudable que en ocasiones se consigue con este medio la formación de un número crecido de anticuerpos, pero tiene inconvenientes. En el sitio de la inyección se puede producir una reacción excesiva, reacción de depósito (*Depotreaktion*), que da lugar unas veces a que se engendre un absceso que se abre hacia afuera y se fistuliza, o bien que se forme una muralla inflamatoria alrededor del depósito de la inyección con lo que la absorción de este se retarda. Es decir que la eficacia del remedio dependerá de la reacción de depósito. Otro inconveniente es que la inyección puede dar lugar a una sobrecarga con antígeno, lo cual significa reacción general con trastorno muy considerable del estado general, fiebre, reacciones de foco y muy probablemente movilización de bacilos. Ya el mismo Friedmann hace una transición al tratamiento con dosis crecientes cuando prepara la vacuna a tres concentraciones: fuerte, débil y completamente débil, advirtiendo: «La dosis se elegirá, tanto más débil, cuanto menos reciente menos activo sea el proceso morbooso. En caso de duda se elegirá siempre la dosis más débil». En cambio, el tratamiento con dosis crecientes puede adaptarse a la capacidad de reacción del enfermo, en la que intervienen bastantes

más factores que la duración y actividad del proceso como quiere Friedmann, y constituye un estímulo constantemente repetido para la producción de anticuerpos. Fundado en estas reflexiones, el autor ha empleado para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar una raza avirulenta de bacilos tuberculosos administrada a dosis crecientes. Se ha valido de los bacilos de la tuberculosis de la tortuga, no porque los atribuya acción especial, sino porque es con estos bacilos con los que más experimentos se han hecho, y después de varios tanteos ha llegado a la técnica siguiente: Prepara las diferentes concentraciones de la manera siguiente: Toma diez miligramos de la masa bacteriana húmeda (cultivos en agar glicerinado) y va añadiéndola, gota a gota, solución salina fisiológica, frotando constantemente para que se haga una perfecta emulsión, hasta formar diez centímetros cúbicos de emulsión. Cada centímetro contiene entonces un miligramo de la masa de bacilos tuberculosos de tortuga, que el autor designa con las letras STb. Esta solución madre se diluye con diez, ciento, mil y diez mil veces su volumen de solución fisiológica (la décima parte de un centímetro cúbico de la dilución última; es decir, la de un centímetro de solución madre por diez mil de suero fisiológico, una décima parte de centímetro cúbico de esta dilución, decimos, contiene un cienmiligramo de STb). Para dosificar las inyecciones se comienza por inyectar un cienmiligramo de STb, y luego va haciendo crecer la dosis, según dos procedimientos diferentes: uno, consiste en administrar en cada inyección una dosis, mitad mayor que la vez anterior, y poner una inyección cada cuarenta y ocho horas, o sea 0, 1-0, 15-0, 2-0, 3-0, 45-0, 7 centímetros de cada dilución. O también poner en cada inyección doble dosis que la anterior, dejando de una a otra un intervalo de cinco días, por lo menos. Las dosis serán, pues: 0, 1-0, 2-0, 4-0, 8 centímetros de una dilución; a los cinco días de la última se inyectará 0, 15-0, 3-0, 6 de la dilución siguiente diez veces más concentrada; luego 0, 1-0, 2-0, 4-0, 8 de la solución siguiente diez veces más concentrada que la anterior y cien veces más concentrada que la primera. La última dosis será de un miligramo de STb a lo sumo. Como se trata de material vivo no se puede aprovechar más de tres días. Las inyecciones se harán subcutáneas en cualquier parte del cuerpo. Las dosis señaladas no han de ser terminantes, sino que en cada caso se deben adaptar al estado del enfermo, las reacciones de depósito si existen, el estado general y el estado de los pulmones indicarán en cada caso la marcha que debe seguir el tratamiento. El autor ha tratado veinticinco enfermos. Las reacciones locales de los mismos pueden estimarse nulas a las inyecciones, no se infiltraron los ganglios correspondientes. Por lo que se refiere a la acción del remedio sobre el estado general y sobre los pulmones, viene a ser aproximadamente igual al que ejercen las tuberculinas, principalmente las emulsiones de bacilos. En diez de los casos el remedio pareció aumentar las facultades defensivas del organismo; mejoró el estado general y disminuyeron las lesiones pulmona

res. En doce de los casos mejoró el enfermo subjetivamente, pero las lesiones siguieron en el mismo estado y se explica esto, porque el remedio desarrolló una acción antitóxica, pero no inmunizante, y por fin quedan tres casos en los que el pronóstico era muy desfavorable, gran trastorno del estado general, ligeras elevaciones térmicas por las tardes, catarro abundante, en los que el remedio, lejos de producir mejoría alguna, lo que hizo fué empeorarlos. Es que en estos casos había ya exceso de antígeno y la adición de éste en vez de espolear al organismo para que produjese más anticuerpos lo que hizo fué aumentar la carga que tenía que soportar. Aunque algunas veces se presentaron en el curso del tratamiento ligeras elevaciones térmicas irregulares no se supo de un modo definido si se debían al proceso morbozo o a la terapéutica seguida. Lo que no se presentó nunca fué ninguna elevación térmica brusca como las que se observan en la tuberculinoterapia. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift* 8 de julio de 1920).

SIFILOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La unidad del virus sifilítico, por J. A. Sicard.

La hipótesis de la dualidad de los virus sifilíticos ha sido sostenida nuevamente por Marie y Levaditi, existiendo para estos autores un virus neurotrópico, distinto del virus dermatropo. Sicard, partidario de la doctrina unicista, opone a la dualista las siguientes objeciones: *Objeción de analogía microbiana*. Nadie pone en duda la identidad de los bacilos tuberculosos del lupus, de la tisis pulmonar y de la meningitis tuberculosa; la del bacilo de la lepra cutánea y la de las lepras nerviosas. *Objeción del contagio limitado del virus neurotrópico*. Siendo este germen solamente contagioso en el período del chancre (puesto que las demás manifestaciones cutáneas o mucosas serán excepcionales) está destinado a desaparecer. Y sin embargo, los casos de sífilis nerviosa parecen ser más frecuentes en los tiempos actuales que en los pasados. *Objeción de la inoculación en el hombre*. Las tentativas de Kraft Ebing y las de Sicard más recientemente (inoculación cutánea de virus sifilítico procedente de chancros a parálisis generales) han dado resultado negativo. Los dualistas aportan otros argumentos clínicos; discreción o ausencia de las manifestaciones cutáneas en el curso de la tabes o de la parálisis general; los caracteres mutilantes, únicamente dérmicos o viscerales de la sífilis colonial que no da casi nunca tabes o parálisis general. ¿Por qué no suponer, dice Sicard, que en un organismo no inmunizado, pueden desenvolverse sensibilizaciones de los tejidos en la intimidad de los mismos para el propio virus? En el curso de una sífilis cutánea y mucosa, la sensibilización será tanto más marcada cuanto más importantes y más graves sean las lesiones del dermis. Estos treponemas sensibilizados, quedarán desde entonces mucho me-

nos aptos para colonizar en otros tejidos que no sean los dérmicos o dermo-mucosos. El argumento terapéutico de los dualistas, según el cual, las manifestaciones de la sífilis del virus neurotrópico, no curan por el tratamiento mercurial y arsenical, tan heroico en la sífilis del virus dermatropo, no convence tampoco a Sicard. Según él en el curso de la tabes o de la parálisis general, el treponema está fijado en el seno del parénquima nervioso; se encuentra allí en contacto de una constitución química particular, de un protoplasma nervioso, rico en lecitinas, en grasas fosforadas, en lipoides diversos. Estará por tanto en condiciones de adquirir nuevos caracteres de resistencia, escapando a la terapéutica antiespirilar clásica.—(*Presse Medicale*, núm. 52, 28 julio 1920.)—E. Luengo.

2. La ictericia sifilítica primaria, por G. Millian.

Se conoce bien la ictericia sifilítica secundaria en sus dos formas: benigna y grave; en cambio no se ha descrito la ictericia sifilítica primaria, contemporánea del chancre, y no obstante, es indudable que existe, demostrándolo así las tres observaciones que refiere Millian en este trabajo. Aparece algunos días después, al mismo tiempo, o hasta dos o tres días antes que el chancre, sin fenómenos generales notables, ni trastornos digestivos; el hígado y el bazo presentan un ligero aumento de volumen. Orinas biliosas, dando las reacciones de Gmelin y de Hay. Heces decoloradas. La ictericia comienza antes de que el Wassermann sea positivo y puede curar también antes de ello. La evolución en general es rápida; puede curar espontáneamente con el simple régimen lácteo, siguiendo la evolución del chancre. Muchas veces estas ictericias no se acompañan de prurito, y lo mismo sucede en las ictericias sifilíticas secundarias. Las primarias sobrevienen sobre todo en pacientes cuya sífilis es bastante rebelde, siendo en ellos corriente la reacción de Herxheimer. Las razones que permiten invocar la naturaleza sifilítica de esta ictericia, son aparte de aparecer al mismo tiempo que el chancre la evolución paralela de ambos, la tendencia a la curación espontánea como el chancre, la ausencia de toda otra causa perceptible de ictericia, no existir en particular nada que recuerde la ictericia catarral, puesto que la fiebre es nula y el tubo digestivo está casi normal. Por otra parte, nada se opone teóricamente a la posibilidad de una ictericia sifilítica primaria; por el contrario, ésta es muy probable, dado los datos adquiridos en estos últimos años. Está actualmente comprobado, que ya en el momento del chancre, existen treponemas en circulación en la economía y capaces de fijarse en un lugar cualquiera para determinar en él manifestaciones apreciables.—(*Paris Medical*, núm. 34, 21 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

Distinción honrosa.—Asamblea de Colegios.

El jueves, 28, en el domicilio de nuestro Director, tuvo lugar un acto tan sencillo como solemne, dentro de un aspecto de familiaridad que le hizo más digno de agradecimiento. Una Comisión de la Diputación provincial de Madrid, en representación de ésta, y compuesta del Presidente Sr. Díaz Agero, del diputado secretario, Sr. Sarabia y de Hazas y del Secretario de la Corporación D. Simón Viñals, entregaron al doctor Cortezo el pergamino en que se transcribe el acuerdo unánime de la Corporación que representaban, nombrándole hijo predilecto de la Provincia, honor que, por segunda vez, concede la Diputación, y que tiene el valor inestimable de la absoluta espontaneidad con que ha sido otorgado.

El pergamino de gran tamaño en que el acuerdo de la Corporación está transcrito, se debe al genial y correcto trabajo de D. Miguel Balseiro, antiguo educando de la Corporación y constituye una obra maestra en su género por la originalidad, perfección y carácter clásico que en él resplandecen.

El Sr. Cortezo y el Sr. Díaz Agero, cambiaron frases de agradecimiento el primero, y de bondadoso afecto el segundo, dentro de la mayor intimidad pero de una simpática afectuosidad, que conmovió profundamente al primero, que, hijo de Madrid, tiene en serlo el único orgullo de su vida.

Cuando nuestros lectores reciban este número, estará celebrándose en Valencia la Asamblea allí convocada de los Colegios médicos de España.

Esta reunión convocada con tan acertada intención como escasa pomposidad, tiene a nuestro juicio una importancia inestimable. Los Colegios médicos representan hoy, desde el punto de vista oficial, la única personificación del conjunto profesional de nuestra clase, al propio tiempo que desde el punto de vista de la conve-

niencia, la realización de la aspiración sostenida y constante del nexo de nuestros ideales y de nuestras necesidades de unidad corporativa.

Cuanto en este último sentido se haga y se haya hecho es poco, y el reforzar lo conseguido constituye un interés que solamente la insensatez puede discutir o desconocer.

Reflexionemos y comprendan los médicos todos, y principalmente sus representantes en las Juntas de los Colegios provinciales, que dentro del movimiento crítico que estamos presenciando por parte de todos los intereses sociales que se unen, agrupan y sindicán para defenderse en una lucha por la vida de que ha habido pocos ejemplos históricos, los disgregados e indefensos serán, y son en el hecho, las víctimas de los demás, los olvidados de la protección del Estado y los desdeñados por la sociedad egoísta.

Todos los movimientos de asociación, sindicalismo, agrupación o corporaciones que vienen realizándose, son en el fondo manifestaciones generosas del convencimiento de la necesidad de nuestra unión, de nuestra armonía y de la conveniencia de unificación en nuestro esfuerzo colectivo por obtener lo que tenemos mejor y más lógico derecho para demandar de los Gobiernos y del país entero, si entendiendo sus propios intereses, atienden al propio tiempo a los de la justicia. Pero no debe olvidarse que estas aspiraciones aisladas y diferenciadas se debilitan y determinan un efecto contraproducente, si se da el espectáculo de combatir con ellas a lo que existe todavía en períodos de organización y con carácter oficial desde hace solamente tres años.

Todo lo que estos movimientos significan deben aprovecharse con serena imparcialidad, las demandas de labor propio y las aspiraciones de la originalidad individual, deben por hoy sacrificarse en aras del bien común y colectivo y el reforzar la eficacia y demostrar la absoluta confianza en los Colegios, es una labor de instinto de conservación, si no fuese una necesidad impuesta por la conveniencia y por la lógica.

Esperemos de la Asamblea de Valencia aquellos acuerdos de discreta resolución, que la jus-

ticia de nuestra causa y el espíritu de equidad de nuestros olvidados intereses nos autorizan a suponer que han de ser el resultado de sus deliberaciones.

Todo no podrá conseguirse en esta primera tentativa; pero de la repetición periódica de estas reuniones, tenemos la certeza de que surgirá un programa conciso y firme, a cuya consecución tenemos todos el deber de concurrir.

DECIO CARLAN

OBREROS Y MÉDICOS

Sin comentarios, reproducimos del diario *A B C* el siguiente escrito de su corresponsal en Londres:

«Los mineros ingleses, como llevo expuesto en otras crónicas, son un cuerpo de ciudadanos privilegiados, que piden constantemente, insaciablemente, aumento de jornales. El argumento central de los mineros es que debe haber proporción exacta entre la subida de las subsistencias y los salarios. Pero una cosa es predicar y otra dar trigo. No me anima el más mínimo afán de animosidad contra los obreros, sean éstos los que fueren. Me limitaré a descubrir, como periodista, el aspecto de una cosa. Pues bien, los mineros no juzgan con el mismo derecho a los demás ciudadanos, los médicos, por ejemplo.

Los médicos de algunas cuencas mineras cobran 16 chelines anuales por cabeza de familia en concepto de asistencia facultativa y botica. Por 16 chelines—poco más de un chelín al mes—el minero y sus familiares tienen satisfecho ese servicio.

Pero esa tarifa es anterior a la guerra. Ahora los médicos piden que los 16 chelines sean aumentados a 24. La proporción es exigua, relacionándola con el precio de las subsistencias. Es más, según demuestran los médicos, el coste de las medicinas se ha elevado en una proporción de 10 chelines por cabeza de familia desde 1914. No piden sino una compensación de ocho chelines. Se avienen a perder dos chelines. Pleito interesantísimo para las luchas sociales de nuestro tiempo.

—Los mineros—dice Mr. Cox, representante de los médicos—sostienen el derecho de cada trabajador al valor íntegro de su trabajo, y piden que sus jornales sean elevados en proporción al coste de la vida; pero es interesante señalar que no aplican el mismo principio cuando son ellos quienes tienen que pagar. Los médicos de los mineros en muchos casos están peor pagados, como es notorio, que los del resto de la nación.

Mister Cox tiene razón. Los mineros se niegan a satisfacer el aumento hasta 26 chelines, que sería poco más de dos chelines de cuota mensual. En cambio, el público de las luchas de boxeo, cuyas localidades cuestan de cinco a cincuenta duros, da un gran contin-

gente de mineros. Yo no sé si es condición humana preferir gastarse unos duros en un espectáculo brutal y resistirse a dar unos céntimos al médico o al maestro de escuela; pero sé que eso es censurable, que es burguesismo de la peor especie.

Moraleja: Los médicos han dado el plazo que marca la ley para que se les aumente la iguala o rescindir los contratos. Pero, ¡nótele el lector!, no se niegan a asistir a los obreros y sus familias. Si lo hicieran, adoptarían la misma actitud que los obreros en cuyas manos se hallan servicios vitales del país, y se declararían en huelga, sin importarles el que otros seres humanos, inocentes, carezcan de pan, de fuego o de otros medios de existencia. Como los médicos no son sino personas ilustradas, con sentimientos humanitarios, no niegan su asistencia a los mineros, a sus mujeres y a sus hijos. ¿Es que los mineros consideran que los médicos hacen un trabajo inferior? ¡Llamarle a eso tontería me parecería poco! La inmensa mayoría de los mineros preferirá, si le dieran a escoger, la ley del menor esfuerzo; preferirá bajar a las minas y realizar un trabajo muscular penoso a estudiar doce años o más, para llegar a médico. Por el mismo motivo, el torero prefiere arriesgar en unas horas la vida, el jugador el dinero, el aventurero unos años, que afanarse durante media existencia para obtener lo que puede improvisarse, con más riesgo, eso sí, pero con menos esfuerzo.»

JUAN GUIXE.

Londres, septiembre de 1920.

Proyecto de Reglamento⁽¹⁾

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

CAPÍTULO V

De las Juntas generales

Art. 48. Las Juntas generales serán ordinarias y extraordinarias

Las ordinarias se celebrarán cada mes en la primera decena. Las extraordinarias serán las que se celebren en la primera quincena de enero y en la primera quincena de junio, cuando corresponde elegir o renovar la Junta de Gobierno y las que acuerde la Junta de Gobierno por sí o a solicitud de 30 colegiados, teniendo que constar en la solicitud el objeto de la convocatoria debidamente razonado.

Art. 49. Las citaciones para las Juntas generales se hará con tres días de anticipación por medio de auncios en la prensa diaria y en el tablón de edictos del Colegio y por citación individual a domicilio, cuando la Junta de Gobierno lo acuerde, por la importancia de los asuntos a tratar.

(1) Véase el número de 4 de septiembre de 1920.

Art. 50. En las Juntas generales ordinarias, se tratarán los siguientes asuntos:

1.º Lectura por el señor Secretario y aprobación por los asistentes del acta de la sesión anterior.

2.º Discusión y aprobación en su caso de los asuntos en que la Junta directiva haya intervenido o resuelto durante el mes transcurrido.

3.º Asuntos de interés general para la clase médica o para el Colegio que se propongan por la Junta de Gobierno.

4.º Asunto de interés general para la clase médica o para el Colegio que se propongan por los señores colegiados.

Para que se dé cuenta de estas proposiciones deben reunir los siguientes requisitos: formularse por escrito y estar razonada; suscribirlas cinco colegiados y presentarlas con cinco fechas de anterioridad a la de la Junta en la Secretaría del Colegio.

5.º Ruegos y preguntas.

Art. 51. En la Junta general ordinaria del mes de octubre la Junta de Gobierno presentará a la general la proposición de concesión de premios y el programa del curso científico.

Art. 52. En la Junta general extraordinaria del mes de enero se presentará a los señores colegiados por la Junta de Gobierno la aprobación de cuentas del ejercicio anterior y el proyecto de presupuesto para el siguiente.

Art. 53. En las Juntas generales extraordinarias sólo podrán discutirse el asunto o asuntos objeto de la convocatoria y que consten en las citaciones.

Art. 54. Las sesiones de Juntas generales, ya sean ordinarias o extraordinarias, se celebrarán con el número de colegiados que asistan, y sus acuerdos se adoptarán por mayoría de votos de los concurrentes.

Art. 55. En las discusiones de los asuntos sólo se permitirán tres turnos en pro y tres en contra, de un cuarto de hora de duración y una sola rectificación que no podrá exceder de cinco minutos a cada Colegiado que tome parte en el debate.

No consumirá turno la Junta de Gobierno ni los formantes de las proposiciones que se discuten. Para contestar a las alusiones sólo por una vez podrá hacerse uso de la palabra, sin exceder más tiempo de cinco minutos.

Art. 56. Las votaciones serán, en general, en la forma ordinaria, pero serán nominales o secretas cuando lo piden 10 colegiados.

CAPÍTULO VI

Disposiciones disciplinarias.

Art. 57. Cuando la Junta de Gobierno sepa que la conducta de un colegiado se aparta de las reglas y deberes sociales, profesionales o legales, podrá imponer las correcciones que la autorizan los Estatutos.

Art. 58. Si la sanción disciplinaria que se marca en el párrafo 4.º del art. 30 de los Estatutos no pudiera aplicarse en primera citación por falta de número que se exige, podrá imponerse en segunda citación, hecha con cinco días de anticipación, por acuerdo de la mayoría absoluta de los asistentes. El colegiado que sufriera esta corrección puede, a juicio de la Junta general, si así lo acuerda en nueva citación, por mayoría absoluta de asistentes, ser deshonorado y privado definitivamente del ejercicio de la profesión, de cuyo fallo no podrá apelar

ante ningún tribunal judicial y administrativo. Con este acuerdo la Asamblea funciona como tribunal de honor.

CAPÍTULO VII

De las Comisiones especiales.

Art. 59. Nombradas por la Junta de Gobierno del Colegio funcionarán con carácter permanente las siguientes Comisiones especiales:

Comisión de Patentes.

Comisión Científica.

Comisión del Colegio de huérfanos.

Comisión de asuntos profesionales.

Comisión de Sociedades benéficas.

El fin de estas Comisiones será asesorar a la Junta de Gobierno, y se regirán por un Reglamento de régimen interior que redactará la Junta.

Art. 60. De modo semejante funcionarán las Comisiones transitorias que se estimen necesarias para la resolución de asuntos especiales y sean nombradas por la Junta de Gobierno.

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 10 DE ABRIL DE 1920

La encefalitis letárgica

.....SOS.....

El Dr. RODRIGUEZ FORNOS, catedrático de Medicina de Valencia, invitado por la Corporación, interviene en el estudio que en ella se discute con motivo de los casos de encefalitis letárgica que se han presentado en nuestro país. Empieza dando las más expresivas gracias por haber consignado aquélla en sus estatutos el ser académicos corresponsales todos los individuos pertenecientes a las Reales Academias de Medicina de provincias.

En su interesante conferencia, para mayor claridad, la divide en varios enunciados, en los que aduce su criterio de un modo preciso, en asunto tan interesante hoy para la Sanidad española y tan nuevo en el campo de la ciencia. Y son los siguientes:

Aparición de los primeros casos que se confunden con procesos análogos y se diagnostican retrospectivamente. Los primeros fueron en la provincia de Castellón, en la zona del Maestrazgo, lo mismo que ocurrió cuando la epidemia gripal, explicándose esta coincidencia por el contacto íntimo con la nación francesa, donde constantemente hay una corriente de inmigración y de emigración. Refiere algunas observaciones clínicas que se diagnosticaron de una manera retrospectiva, demostrativas de que gran número de letárgicos pasaran confundidos con otros procesos análogos. Cita el caso de una jovencita de Castellón de la Plana, diagnosticada de fiebre paratífoidica; al reconocerla, en consulta, apreció falta de expresión de su semblante.

te, abatimiento, apatía, astenia, parálisis palpebral, somnolencia profunda e invencible; sus pupilas funcionaban normalmente y reaccionaban a la luz; había ligera disfagia y dislalia; cefalea, pulso frecuente (120) con una gran hipotensión; sed intensiva y poliuria (de seis a ocho litros de orina), acompañado todo esto de gran desnutrición. No había rigidez en la nuca, ni raya meníngea; reflejos rotulianos exaltados, y había ligero signo de Babinski. Contrastando con la profusión de síntomas nerviosos apenas si existían síntomas gastrointestinales. Se pensó en un proceso de naturaleza tuberculosa que, localizándose en ventrículos cerebrales e hipófisis, determinan el síndrome de diabetes insípida, y al inflamarse los plexos y las telas coroideas del tercer ventrículo, propagándose por el infundíbulo al lóbulo posterior de la hipófisis, podría dar buena cuenta del síndrome somnolencia, poliuria y polidipsia. Se hizo una punción lumbar y el líquido salió gota a gota, perfectamente claro; no había hipertensión. Confundiéndose la encefalitis letárgica con un proceso meníngeo de naturaleza tuberculosa.

Cita luego otros casos, que al confundirse sus procesos, fueron diagnosticados retrospectivamente de encefalitis letárgica, por lo que convencido de su existencia, hubo de preguntarse: *¿Qué es la encefalitis letárgica?* Es un estado patológico que, al correr de los años, en la historia de la patología quedó confundido con un gran número de procesos parecidos; es decir, no es una enfermedad nuevamente aparecida. Cita las fiebres soporosas de Baglivi, la letargomanía de Camerarius en 1718, el Nona de los italianos en 1890, etcétera, que fueron las mismas manifestaciones clínicas a las que Wiesner y Ecónomo en 1917, encontraron en el proceso que ellos describieron con el nombre de encefalitis letárgica, idéntica a la descrita por Netter en 1918, e idéntica también a la estudiada por Hall y Harris en Londres, por Breinhl en Australia, Wegerfoth y Ayer en Boston en 1919, e idéntica también a la que se está comentando en la Academia.

El estudio de la anatomía patológica es indispensable para el clínico. Lesiones anatómicas.—Entiende el doctor Rodríguez Fornos que en patología es indispensable para el mejor conocimiento de cualquier proceso patológico, tener un concepto íntimo de la anatomía patológica, pues ésta es quien preferentemente ha de servir para explicar el cuadro clínico y orientar su naturaleza y autonomía.

Ante un esquema de los pedículos cerebrales fija el Dr. Rodríguez Fornos dónde radican las lesiones anatomopatológicas, localizándose en la calota del pedículo cerebral y especialmente en las células grises que rodean el acueducto de Silvio y donde están los núcleos de origen del motor ocular común; que en el *locus niger*, que separa el pie de la calota del pedículo, es donde se encuentran más frecuentemente las lesiones, como también en los núcleos rojos de la calota. De las investigaciones anatomopatológicas debe deducirse que el germen de la encefalitis letárgica tiene una efectividad especial, una apetencia indis-

tible para la sustancia gris, y preferentemente por la de los pedículos cerebrales, núcleos grises de la base del cráneo y células o núcleos bulbares de origen de los nervios craneales.

Estudio clínico de la encefalitis letárgica.—*Proteimorfismo.*—Según Ecónomo, el síndrome se reducía a fiebre, cefalalgia, letargia y parálisis oculares, pero a su alrededor el Dr. Fornos ha ido descubriendo un proteimorfismo extraordinario, basado en más de cincuenta y ocho observaciones clínicas que lleva registradas en el reino de Valencia.

Modo de comenzar el proceso.—Muchos aseguran que comienza bruscamente, y el disertante dice que lo observado por él es todo lo contrario. Cita varios casos en apoyo de su criterio: el de un joven diagnosticado de neurastenia y al cabo de quince días de aquel comienzo insidioso, estalló de pronto un proceso agudo. el síndrome de la encefalitis letárgica. Otro, el de una joven, que después de un período promonitor a unos doce días, presentó dicha encefalitis y falleció pocos días después; otro, tan difuso, que se creía al principio que se trataba de sífilis cerebral; otro, que empezó por torticolis; el de una modista, que en el taller empezó a cantar, y pocos días después tuvo que guardar cama, acusando fenómenos de delirio y de confusión mental; otro, con *ictus* apoplético, con pérdida completa del conocimiento, simulando hemorragia cerebral, y hasta presentándose hemiplejias o hemiparesias. Sólo en una de sus observaciones comenzó con gran escalofrío y elevación brusca de temperatura.

Período de estadio.—*Parálisis oculares.*—Estas son casi siempre bilaterales; afectan preferentemente al motor ocular común, al núcleo externo de células grandes. Son parcelarias, a veces fugaces y se revelan principalmente por diplopía y ptosis de los párpados superiores. Estas parálisis dan un síndrome clínico muy parecido al del vértigo paralizante de Gerlier o *kubisagari*, como lo llaman los nipones, enfermedad infecciosa y epidémica que se padece en el Japón, en la que se asocian las parálisis del elevador del párpado, las de los músculos de la nuca y fenómenos atáxicos, revistiendo los tres tipos clínicos del dormido, del ciego borracho y el del saludo.

El sueño.—En algunos casos hay insomnios sin otras alteraciones patológicas. Cree que la aparición de la letargia debe estar relacionada con las lesiones que existen en la calota del pedículo cerebral. Cita un caso de la Clínica de Obstetricia del Dr. Martín Pastor, de Valencia, quien aplicó el forceps en el estrecho superior, sin darse cuenta la paciente de la extracción del feto.

Delirio y confusión mental.—El delirio es generalmente tranquilo, de tipo onírico y en muy pocos casos es un delirio intenso de palabra y de acción. La confusión mental es frequentísima, pudiendo ser mental simple, delirante, estúpida, agitada o intermitente.

Temblores, movimientos coreoatetóticos, mioclonias, convulsiones, etc.—El Dr. Pastor Reig fué el primero que le llamó la atención sobre el hecho de haber ob-

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPAL MAJOR L., y Estaño coloidal.
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia

servado estados coreicos con movimientos involuntarios y desordenados; que en algunos enfermos ha advertido estados mioclónicos análogos a los observados en Francia por el profesor Pierre Marie.

Parálisis.—En general son muy raras: paresia o hemiparesia bilateral, y monoplejías faciales o crurales. Son fugaces.

Trastornos sensitivos y sensoriales.—En la cefalea son síntomas frecuentes, casi constantes, las neuralgias y pseudoneuralgias. Los trastornos sensoriales son los de los aparatos de la orina y de la audición.

Alteraciones de los reflejos y de los esfínteres.—En los reflejos no ha visto modificaciones apreciables; y en los esfínteres, frecuente incontinencia de orina.

Modificación en el líquido raquídeo.—Muy excepcionalmente se ha encontrado hipertensión. El aspecto del líquido cefalorraquídeo es normal y la cantidad de albúmina ligeramente aumentada; la de azúcar, aumentada en algunos casos.

Síndromes provocados por lesiones bulbares.—Se ha comprobado la existencia de perturbaciones del ritmo respiratorio y circulatorio, alteraciones laríngeas con síndrome de parálisis labio-gloso-laríngeas; perturbaciones de inervación en la esfera simpática, trastornos vasomotores, palidez y congestiones súbitas del semblante; alteraciones de la presión arterial; sudoraciones profusas; alteraciones del tono orgánico con parálisis gastroentéricas agudas, alteraciones que indudablemente están relacionadas con las localizaciones de centros respiratorios, circulatorios, simpáticos, vasomotores, manostáticos, secretores y diacriticos, que Bonnier en sus trabajos asigna al bulbo. Las parálisis de los nervios craneales glossofaríngeos, neumogástricos, etc., han sido frecuentes.

Fiebre.—Es un síntoma casi constante, y aun en las llamadas formas apiréticas, una observación minuciosa, revela la presencia de un estado febricular más o menos pronto en su aparición.

Alteraciones endocrinas.—No cabe dudar de ellas, pues así lo ha demostrado el caso de la jovencita de Castellón de la Plana y el de la clínica del Dr. Martí Pastor. Cita otro caso de una niña de doce años, que en el curso de la letargia desarrolló un síndrome hipofisario, con una obesidad enorme.

Pronóstico.—Generalmente benigno, de forma prolongada.

Naturaleza de la encefalitis letárgica.—Al principio pudo confundirse con la gripe, pero luego se ha apreciado que la encefalitis es una enfermedad con autonomía propia y de naturaleza diferente a la gripe. El hecho de coincidir ésta con aquélla, no es razón para atribuirle idéntica naturaleza.

Argumentos anatomo-patológicos.—Cita los trabajos de varios autores como los de Oppenheim y Casirer, los de Strümpell, Binswanger, Nonne y Fränkel; los de Pfuhl, Nauberck, Goldeheister, Salomón, Kaiser, etcétera, para demostrar que los encefalíticos letárgicos tienen una peculiar anatomía patológica que parece desde luego darla autonomía, descentrándolo de la

influencia encefalitis y de la polioencefalitis superior clásica de Vernicke.

Argumentos de orden clínico.—Los reduce al siguiente cuadro de diferencias sintomáticas entre la gripe y la encefalitis letárgica:

El comienzo de la gripe es brusco, el de la encefalitis lento; el griposo no duerme, y el otro ronca; aquél casi siempre está con los ojos abiertos; éste cerrados; el primero casi siempre está lucido y hasta locuaz; el encefalítico, tonto y hasta idiota; el griposo es ordinariamente bradicárdico, el otro, taquicárdico; el primero es casi siempre albuminúrico, el otro casi nunca; el griposo es oligúrico, el otro poliúrico; el primero muere pronto por toxemia o se salva si el proceso se prolonga; el encefalítico muere tardíamente por localización; el griposo, al remitir la fiebre, sale a la calle como curado, el otro anda torpe; el primero no suda y se muere por no sudar, y el otro muere si suda demasiado; en el griposo se congestionan todos los órganos; en el otro sólo el mesocéfalo; el primero empieza con 40°, arde su piel y muere; el otro empieza con 37° y décimas, no suele pasar de 38° y su piel está fría; el griposo vomita, el otro no; aquél tiene hemorragias espontáneas, éste no las tiene; el primero muere por el corazón y el riñón; el encefalítico por el bulbo; en la gripe todo es alarmante, desde la tos hasta la temperatura y disnea violenta; en el letárgico todo se manifiesta con aparente tranquilidad, desde la ptosis hasta la somnolencia.

El Dr. Rodríguez Fornes termina su notabilísima conferencia, hablando de la historia de las enfermedades, de que se ocupó Sydenham, respecto de la peste del año 1665, que tiene analogías notables con la historia natural de los animales y de las plantas, y en este hecho, el Sr. Rodríguez Fornes se extiende en consideraciones muy atinadas para deducir que, teniendo en cuenta los caracteres culminantes de cada especie morbosa, puede distinguirse un proceso de otro, del propio modo que un naturalista distingue una especie animal o vegetal con sólo fijarse en determinados caracteres que la diferencian.

Las enfermedades son parecidas a los árboles, dice; éstos se distinguen por su tallo, forma, altura, volumen, aspereza de su corteza, disposición de sus ramas y por el color y sabor de sus frutos; del mismo modo, que las enfermedades se reconocen por el hábito exterior, color de la piel, aspereza de la misma, por los síntomas, que como ramas, se desprenden del tronco común que los produce. Y así como en los árboles, cuidadosamente guardados por las tapias, una rama que asome del naranjo, del olmo o del ciprés basta para conocerlo, así también sucede muchas veces en las enfermedades, que basta con su grupo de síntomas apreciados en la cara o en la respiración para distinguir un pneumónico de un tuberculoso.

Tan notable conferencia del sabio maestro, ilustrada con grandes esquemas, fué coronada de nutridos aplausos.

DOCTOR CESALDO.

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New - York

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

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

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: El Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, aprobado por Real orden de 15 de junio de 1912, ha sido objeto desde su publicación de diversas e importantes reformas relativa, a la misma organización del Cuerpo, creación de nuevos cargos, dotaciones, dietas y otros particulares que la experiencia ha impuesto, naciendo de aquí la necesidad, no sólo de refundir todas las disposiciones dictadas sobre el particular, sino de relacionarlas entre sí y con el Reglamento dictado para la ejecución de la ley de 22 de julio de 1918 para su más práctico desenvolvimiento y aplicación.

Por otra parte, el Reglamento expresado adolecía del defecto capitalísimo de no desenvolver en preceptos concluyentes las funciones y de deberes de los inspectores provinciales, que en el presente Reglamento se detallan con la debida extensión, puesto que es lógico y natural, que al tratar de la organización de un Cuerpo se especifique cual es la esfera de acción en que debe desenvolverse.

No se trata, pues, de una nueva organización del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad, sino simplemente de una revisión y ampliación del Reglamento hoy vigente, que la experiencia en el servicio ha demostrado ser, no sólo conveniente, sino realmente necesaria.

En su virtud,

S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo propuesto por la Inspección general de Sanidad y lo informado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, se ha servido aprobar, con carácter definitivo, el siguiente Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad.

De Real orden lo digo a V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. S. muchos años. Madrid, 26 de agosto de 1920.—P. D., Ruano.

Señor Inspector general de Sanidad.

Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad.

CAPITULO PRIMERO

ORGANIZACION

A) *Del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad.—Número y cargos.—Escala-fón de antigüedad y categorías.—Ingreso y ascensos.*

Artículo 1.º Los inspectores provinciales de Sanidad constituyen un Cuerpo facultativo perteneciente al Ministerio de la Gobernación, dependiente de la Inspección general de Sanidad, y cuyos deberes, atribuciones y derechos serán, además de los establecidos en las disposiciones vigentes, los consignados en este Reglamento.

Art. 2.º El número de inspectores provinciales será, como máximo, el de 65, comprendiendo el subinspector de Sanidad interior, jefe del Cuerpo y de la Sección de Sanidad interior del Ministerio; los que figuren al frente de las Inspecciones de las 49 provincias y de la regional del Campo de Gibraltar; los que desempeñen cargo en la Sección de Sanidad interior; los excedentes y los aspirantes o en expectación de destino.

Art. 3.º El Cuerpo de Inspectores provinciales tendrá un escalafón de antigüedad a cuya cabeza figurará el subinspector de Sanidad interior y en el que ocuparán los inspectores el número que les corresponda conforme al orden numérico en que hubieren ingresado o fueran haciéndolo en lo sucesivo, conservando cada individuo del Cuerpo su número correlativo, cualquiera que sea su situación, en activo o excedente, o el destino que tuviere en la Sección de Sanidad interior.

Art. 4.º Las retribuciones de que disfrutaran los individuos del Cuerpo de Inspectores, consignadas en los Presupuestos, pueden cobrarse como sueldo o gratificación.

Art. 5.º En el caso de producción de una vacante, ascenderán al sueldo o gratificación que quede disponible, los inspectores que figuren a la cabeza de los grupos sucesivos de sueldo y gratificación inferior, salvo el derecho preferente para obtener el sueldo o gratificación igual o inferior a la que disfrutaron los que desempeñaban cargos en comisión, por haber ocupado otros de categoría superior, conforme a lo dispuesto en el párrafo 11 de la disposición 1.ª de la ley de 22 de julio de 1918. A estos efectos se formará un escalafón por categorías y clases, que se rectificará todos los años con los individuos del Cuerpo de Inspectores provinciales, agrupándolos, por el sueldo o gratificación que disfrutaban los activos, y por el que hayan disfrutado los excedentes y los en comisión, ordenándoles, dentro de cada grupo, por el orden en que figuren en el escalafón general de antigüedad, así como los de la fecha de nombramiento y tiempo de servicio.

Art. 6.º El ingreso en el Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad será por oposición. En la convocatoria habrá de expresarse el número de plazas vacantes, no pudiendo proponerse por el Tribunal calificador mayor número de aprobados que el correspondiente al de plazas anunciadas en la convocatoria. Las oposiciones se verificarán en Madrid, con arreglo al Reglamento y programa redactados por la Inspección general de Sanidad y aprobados por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, pudiendo concurrir a ella los que a su condición de españoles o naturalizados en España, reúnan las de ser doctores en Medicina o graduados en dicha Facultad, y tener veinticinco años cumplidos y menos de cuarenta y cinco dentro de la fecha de la convocatoria.

Los que fueren aprobados en tales oposiciones serán considerados como aspirantes al Cuerpo interín no

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.

ocuparen alguna vacante por concurso o por nombramiento del ministro en el caso de haber resultado vacantes los concursos anunciados. El aspirante que renunciara a tal nombramiento o no se posesionase en el plazo legal, será dado de baja en el escalafón del Cuerpo por abandono de destino. Quedan comprendidos en este precepto los individuos del Cuerpo que, sin haber sido declarados excedentes, se encuentren en expectación de destino.

B) Vacantes y concursos.

Art. 7.º Las Inspecciones provinciales de Sanidad se proveerán por concurso. En estos concursos podrán tomar parte todos los individuos del Cuerpo de Inspectores provinciales, adjudicándose las vacantes con arreglo al número que tuvieren en el escalafón de antigüedad.

La subinspección de Sanidad interior y los demás cargos del Cuerpo en la Sección de Sanidad interior, se proveerán, respectivamente, por concurso especial de méritos y de antigüedad.

Las resultas se proveerán por nuevo concurso.

C) Compatibilidades, permutas, excedencias.

Art. 8.º Respetando los derechos adquiridos y compatibilidades existentes, podrá en lo sucesivo el Real Consejo de Sanidad limitar y regular las compatibilidades de los Inspectores que ingresen con posterioridad a la aprobación de este Reglamento.

Art. 9.º Podrán autorizarse permutas entre los individuos del Cuerpo que se encuentren en situación activa.

Las solicitudes de permuta se anunciarán en la *Gaceta* por el término de veinte días y podrán concederse, previo informe favorable de la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, siempre que dentro de dicho plazo no se hubiere presentado reclamación justificada por ningún Inspector con número anterior, en el escalafón de antigüedad, a alguno de los permutantes.

Art. 10. La excedencia podrá ser voluntaria o forzosa. Se podrá conceder la excedencia voluntaria por un tiempo no menor de un año ni mayor de diez, siempre que hubiere Inspectores disponibles para la provisión de la vacante y sus resultas. El tiempo de excedencia voluntaria sin sueldo, no será computable para el ascenso ni para la jubilación.

Art. 11. Los Inspectores que hubieren disfrutado más de seis años de excedencia a la fecha de la publicación de este Reglamento, habrán de solicitar su reingreso en el servicio activo dentro del plazo de cuatro años.

A los que llevarán menos tiempo de excedencia se aplicará el precepto general, debiendo solicitar su reingreso antes de cumplir diez años en su actual situación, comprendiendo los que hayan disfrutado antes de la publicación de este Reglamento.

Los excedentes reingresarán en el servicio activo

con la remuneración que les corresponda con arreglo a su situación en el escalafón por categorías y clases.

Art. 12. En lo sucesivo no se concederá ninguna excedencia voluntaria cuando hubiere Inspecciones desempeñadas interinamente, estando obligados los aspirantes o los que se encuentren en expectación de destino a desempeñar la vacante o vacantes que no hubieran sido solicitadas en los concursos y para las cuales fueren designados.

No se podrá conceder la excedencia voluntaria a quien esté sometido a expediente gubernativo.

Art. 13. La excedencia forzosa tendrá lugar por reforma de plantilla o elección de un Inspector provincial para cargo parlamentario; el que pasare a esta situación disfrutará los dos tercios de su sueldo, contándose para la antigüedad en el cargo todo el tiempo que dure la excedencia. En tales casos la Inspección será desempeñada en la forma prevista en el art. 21 de este Reglamento, y el interino percibirá como haber la tercera parte restante del sueldo correspondiente.

D) Posesión, residencia, instancias.

Art. 14. Los Inspectores provinciales de nuevo ingreso devengarán su dotación desde el día que tomen posesión de su destino; los que asciendan por antigüedad, desde el día siguiente al en que se hubiere producido la vacante respectiva. El plazo para tomar posesión, tratándose de nuevo ingreso en el servicio o de traslado a un nuevo cargo que implique cambio de residencia, será de treinta días, excepto en los de nombramiento en que se consigne un plazo más breve. Este plazo sólo podrá prorrogarse por causa justificada y mediante Real orden en que se consigne aquella expresa condición.

La posesión y el cese se regularán por las normales legales vigentes.

(Se continuará)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,1; ídem mínima, 700,1; temperatura máxima, 14º,3; ídem mínima, 5º,4; vientos dominantes, S. SE.

Los estados catarrales generalizados, los reumatismos y las neuralgias *a frigore*, vienen siendo la consecuencia de las vicisitudes atmosféricas, de la entrada prematura de la estación fría, de los descuidos de abrigo personal y en no poca parte, de la carencia absoluta de vehículos cerrados para el servicio público.

Los afectos crónicos de pecho experimentan alguna agravación, pero la mortalidad no ha sufrido gran incremento.

Siguen presentándose en los niños anginas benignas y escarlatina.

PEÑACASTILLO

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

Crónicas

MUY IMPORTANTE.—Se ruega a los señores suscriptores utilicen el Giro postal o sellos de Correos para hacer sus pagos, de cuya manera podrán descontar los pequeños gastos que les ocasione, mientras que si hemos de girarles irán los gastos a su cargo.

La campaña contra el paludismo.—La comisión nombrada por el Gobierno español y dirigida por el Dr. Pittaluga, para emprender el saneamiento de las comarcas palúdicas de España, realizó en los últimos días del mes de Septiembre una visita de inspección de los lugares más castigados por tan extendida endemia. Como resultado de sus observaciones *in situ*, la comisión ha acordado elegir, como punto más apropiado para realizar sus experiencias y sus prácticas de saneamiento, Talayuela, pequeño pueblo perteneciente al partido judicial de Naval Moral de la Mata.

El día 4 del corriente han marchado para dicho punto el Dr. D. Sadi de Buen y D. Emilio Luengo, los cuales, en unión del Dr. Jiménez Asúa, constituyen el personal auxiliar técnico de la comisión. Dichos señores llevan consigo material de laboratorio y terapéutico suficiente para determinar lo más exactamente posible el censo actual de atacados, el índice esplénico, la cura de los enfermos graves y el estudio de los mosquitos hibernantes, cuestiones iniciales del plan de saneamiento que han de desarrollar.

Movimiento de población en las capitales de España.—La Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico, publica en la *Gaceta* la relación de nacimientos, defunciones y matrimonios ocurridos en las capitales de las provincias de España en el mes de junio último.

Se registraron en total 7.648 nacimientos, 8.414 defunciones y 2.942 matrimonios, o sea el 2,09 por 1.000, 2,30 y 0,80, respectivamente, de natalidad, mortalidad y nupcialidad.

Sucumbieron 3.454 menores de cinco años.

La fiebre amarilla en México.—Informes de Veracruz dan cuenta de una disminución del número de casos de fiebre amarilla en la ciudad, debido a los trabajos sanitarios que se están llevando a cabo bajo la dirección del cirujano Carl Michel, del servicio de Sanidad. El Dr. Hideo Noguchi de la Rockefeller Foundation ha ido de México a Veracruz para ayudar a combatir la epidemia.

Nombramiento de Directiva.—La Sociedad Oftalmológica de Madrid ha nombrado la siguiente Junta Directiva: Presidente, D. Baldomero Castresana; vicepresidente, Dr. A. Cortés; Tesorero, Dr. García del Mazo y Secretario general Dr. Aguirre Martínez.

Modelos anatómicos.—La Facultad de Medicina de Río Janeiro ha hecho un obsequio a la de Montevideo, consistente en otra serie de modelos de cera, como complemento de sus obsequios anteriores en esta rama.

El Dr. Roquette Pinto lleva los modelos en su viaje

para sumir la cátedra de fisiología de la Facultad de Medicina de Paraguay.

Instituto de Medicina Social.—En el presente mes dará principio la serie de conferencias organizadas por este Instituto, para el presente curso, en el Ateneo de Madrid, Casa del Pueblo y otros centros culturales sobre cuestiones concretas y de actualidad palpitante de Medicina Social.

Se ruega a todos los que deseen tomar parte activa en estas conferencias, sean o no miembros del Instituto, que se sirvan comunicar o por escrito a su Secretario general.

Obras recibidas.—*Algunas consideraciones sobre el análisis químico de las aguas de Caracas y de otros lugares vecinos*, por el Dr. L. G. Chacín Itriago.

El Centro Farmacéutico Venezolano en el VII aniversario de su instalación (1909-1916).

Estudio histórico científico: El recino, La canela, por el Dr. V. M. Ovalles, de Caracas.

Conferencias de divulgación antituberculosa dadas en el Real Sanatorio «Victoria Eugenia», por el Dr. D. José Covisa y Castellvi.

El problema del mundo interior.—Discurso leído en la inauguración del curso académico en la Universidad de Santiago, por el ilustre profesor D. Roberto Novoa Santos.

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



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

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.—Teléf. J. 923.