

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Diencia 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, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Encefalitis letárgica, por el Dr. Rafael del Valle y Aldabalde.—Caso de quiste hidatídico de pulmón, por el Dr. Francisco Rico.—Estado actual de la cirugía. Clínica y crítica, por el Dr. D. Rafael Mollá.—Periódicos médicos.—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Un poco de amor, por M. Giménez Aguirre.—Hay que renovarse, por Aguado Marinoni.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalido.—Medicina social y cotos sociales de previsión, por Luis Huerta A. y Aguado Marinoni.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Encefalitis letárgica

por el

DR. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE
Médico del Hospital Provincial

.....

Ante todo, mi afectuoso saludo a los lectores de esta antigua y acreditada publicación; a su ilustre director, que ha tenido la atención de poner las columnas del periódico a mi disposición, y a la de mis queridos compañeros de redacción de la también antigua y creditada revista, fundada por el malogrado doctor Ulecia; y, por último a los distinguidos colegas a cuyo lado vengo a figurar con mis modestos trabajos.

Y cumplido este agradable deber de cortesía, paso desde luego a referir el caso clínico que va a ser objeto del presente artículo.

El día 23 de abril de 1920 fui llamado por un cliente para que viera a un sirviente suyo que estaba enfermo, y que vivía y vive en casa aparte desde que había contraído matrimonio, unos once meses antes.

Se trataba de un sujeto de veintinueve años, habitualmente sano, sin antecedentes venéreos ni alcohólicos, y que tres días antes se había sentido mal de pronto, con mareo y cierto oscurecimiento de la vista.

Como antecedentes patológicos sólo recordaba una pleuresia sufrida hace tres años, no grave, pero de convalecencia un tanto prolongada. Enfermedad en la que le asistí yo, porque por entonces vivía aún en la casa de mi cliente.

Es hombre flaco y no de buen color, pero como ya he dicho, a pesar de su aspecto de no muy sano, goza de buena salud habitual.

Tan pronto como me encargué de su asistencia hube de sospechar que no era yo el primer médico que le visitaba, y, en efecto, contestó a mi pregunta acerca de este particular que estaba siendo visitado por el médico de una sociedad, quien al ver que tenía la lengua sucia y que había perdido el apetito le había prescrito, además de otras medicinas, el aceite de ricino, que produjo su natural efecto.

Esto no obstante, el sujeto seguía sintiéndose mal, quejándose de mareos, de nublamiento de la vista y además de cierto hormigueo en las extremidades superiores. A todo esto, nada de fiebre ni de frecuencia de pulso.

Como es natural, me dirigí al compañero refiriéndole que había visto a su enfermo, y que no tenía motivo para proponer ninguna modificación en el tratamiento, mostrándome conforme con él.

Mas como quiera que me llamasen la atención, además de los síntomas referidos, el hecho de que las pu-

pilas estuvieran un tanto dilatadas y de que reaccionaran perezosamente a la luz, hube de manifestar también a mi colega que, sin perjuicio de continuar con la dosis diaria de 15 decigramos de urotropina en tres sellos y del régimen lácteo, creía conveniente un análisis de orina, y que me habían llamado la atención los mencionados síntomas oculares.

Al contestar el compañero a mi carta se mostró de acuerdo con la idea de analizar la orina y me participó que el enfermo presentaba, además, desde el día siguiente al de mi visita, cierto grado de paresia del velo del paladar, revelada por la voz un tanto gangosa. Existía, además, leve dificultad en la deglución, y salida de líquidos por las fosas nasales alguna que otra vez.

Se ve por lo referido que la afección se iba agravando, pues yo había visto un síntoma, el ocular, que mi compañero no había apreciado y éste, en cambio, había observado después los trastornos en la pronunciación y en la deglución, que no existían cuando yo había visitado al enfermo.

Convinimos, como era de rigor, en vernos, como así lo hicimos el día 25, y entonces observamos como síntoma nuevo que los movimientos de lateralidad de los globos oculares estaban casi abolidos, particularmente hacia la izquierda. Se iniciaba además algo de ptosis bilateral, y, por último, se vió claramente que, si bien el paciente comprendía y se expresaba bien, nos pareció que había algo de amodorramiento, y al interrogar a la esposa del sujeto acerca de este extremo, nos contestó que, en efecto, tenía ligera tendencia a dormirse.

Era, por otra parte, notorio que la lengua se había limpiado bastante. En cambio, examinados los reflejos, vimos que estaban abolidos los abdominales, los rotulianos los de Aquiles y los plantares. Nada de Babinski ni de Kernig.

El día 27 no se habían modificado los síntomas pupilares ni la ptosis; en cambio había mejorado algo la paresia del velo paladar. La lengua seguía también mejorando de aspecto y el enfermo continuaba sin fiebre. Se quejaba de que le costaba más trabajo ver de cerca que de lejos y de ligera cefalalgia. El pulso, regular y a 60. Nada de náuseas. Sueño normal. Estaba un tanto disminuída la función gustativa, puesto que los manjares no le sabían como en el estado normal. Se continuó con la dieta láctea y con la urotropina, y además se prescribió el lacteol.

Día 29. La voz más gangosa. El sueño nocturno es un poco más largo y, además, duerme algo durante el día. Aún se le salen alguna vez los líquidos por las narices, pero le molestan menos la cefalalgia y el mareo. Algo de estreñimiento, pues aun con dos enemas diarios es escasa la evacuación ventral. La lengua sigue limpia. Alguna vez dolor en el tobillo izquierdo. Se continúa con el mismo tratamiento.

El análisis de la orina no reveló en ella nada anormal.

Día 1 de mayo. Ha mejorado el sentido del gusto, si bien, según examen hecho por mí, aún percibe mal el enfermo lo dulce en la parte posterior de la lengua.

Pulso a 52 y con algún raro extrasístole. Convinimos en alimentarle más: merluza y huevos, bien en forma de natillas, de flan o en la sopa. Mueve mejor el vientre. Disponemos inyección diaria de un miligramo de sulfato de estircina y cinco centigramos de cacodilato sódico.

Día 7. Dice que ve un poco mejor; ha disminuído la ptosis; las pupilas reaccionan más pronto y con más amplitud, y en los movimientos de lateralidad de los ojos cumplen mejor su papel los rectos internos. También se atraganta con menos facilidad, no tiene tanto hormigueo en las manos y le molesta menos el dolor de cabeza. Se duerme menos por el día, el pulso está a 60, pero no presenta ninguna irregularidad y es más fuerte, sin duda porque ya se alimenta mejor.

Día 6. Tiene algo más de cefalalgia, que atribuye, quizá con razón, a que tomó durante la noche un vaso de leche que le parece no le ha sentado bien, pues esta mañana, y contra su costumbre, ha movido el vientre espontáneamente. En cambio, está mejor de los mareos, tanto que ayer se levantó dos horas y apenas se mareó. Se suprimen el lacteol y la urotropina y se continúa con la estircina y el cacodilato.

Las pupilas, menos dilatadas, pero todavía reaccionan a la luz un tanto perezosamente. También han mejorado los movimientos de lateralidad de los ojos y apenas existe ptosis; la voz es menos gangosa y no es tan frecuente la salida de alimentos por las fosas nasales.

Examinados los reflejos se ve que ya existen los abdominales, aunque débiles; sobre todo los inferiores, y que el cremastérico izquierdo está poco marcado. Siguen nulos los rotulianos, aun haciendo que el enfermo practique la maniobra de Jendrassik, a la par que coloca las manos por encima de la cabeza, como aconseja Erben en los casos dudosos. En cambio ya se pueden provocar los plantares, y con tipo normal, si bien muy débiles, y también se provoca, pero igualmente débil, el aquiliano derecho. Pulso a 54.

Día 11. Le veo por la mañana y me recibe levantado. La voz apenas es gangosa y la deglución normal. Se mareó poco: pero en la calle, pues ya ha salido, todavía se mareaba bastante. Las dimensiones de las pupilas son las normales; casi lo es también su reacción a la luz. Asimismo son más completos los movimientos de lateralidad de los ojos, sobre todo hacia el lado derecho. Aún siente algún hormigueo en las manos, habiendo observado, además, que al meterlas en agua fría le hace ésta mucha impresión. Persiste la evolución de los reflejos rotulianos. Hace unos días que ya defeca sin necesidad de enemas. Se le dice que coma como de costumbre.

17 de mayo. Se presenta en mi casa a la hora de consulta. Dice que de la vista ha mejorado muy poco, pero los movimientos de los ojos son casi normales. Tampoco ha recobrado todavía por completo la normalidad la reacción pupilar, ni la acomodación.

Ha consultado con un oculista, que le ha prescrito instilaciones de pilocarpina y de protargól.

Nada de gangueo y traga bien. Menos mareo, y tan sólo al levantarse, ligera cefalalgia. Casi nada de hormigueo en los brazos. Ya se pueden provocar los reflejos rotulianos, si bien son aun muy débiles; los de Aquiles, normales.

Día 24. Se vuelve a presentar en mi casa y dice que ya lleva tres días sin inyecciones de estricnina, pero que las echa de menos porque no ve tan bien. Del mareo, casi igual, pero nada de cefalalgia. El hormigueo de las manos ha desaparecido casi por completo. Las pupilas aún reaccionan con algo de pereza a la luz y a la convergencia. Los movimientos de los ojos son normales, pero en las posiciones extremas, y sobre todo en la de elevación, siente algo de dolor.

Pulso a 76, regular y con caracteres normales. También lo son ya los reflejos rotulianos y aquilianos. Asimismo se pueden provocar ya los plantares, pero muy débiles.

Sigue viendo mejor de lejos que de cerca, y cuando lee se le cansa pronto la vista, viendo peor con los dos ojos que con uno solo. Como no ha mejorado con el protargol y la pilocarpina, se le aconseja de nuevo la estricnina.

Aquí termina la historia del enfermo, que no se me ha vuelto a presentar, de lo que infiero que, o ya está bien, o con molestias tan insignificantes que no le han impedido volver a desempeñar los deberes de su cargo de sirviente, pues de no ser así, tengo la casi seguridad de que, bien por propio impulso o por indicación de su principal, me hubiese llamado o hubiese comparecido de nuevo en mi consulta. Y en efecto, después de mandado a la prensa este artículo, he sabido que el enfermo se ha curado por completo.

El caso creo que se presta a consideraciones de algún interés. En resumen, se ha venido a tratar de una afección de comienzo bastante súbito, de marcha subaguda *infebril* y que ha interesado muy poco a las funciones digestivas, pero mucho en cambio al sistema nervioso, destacando en la sintomatología los fenómenos siguientes: 1.º, parálisis de los músculos internos y externos de los ojos; 2.º, parálisis de la deglución y del velo paladar; 3.º, cefalalgia y mareos; 4.º, hormigueos en las extremidades superiores; 5.º, abolición de los reflejos en las inferiores, casi como de los abdominales y cremastéricos; 6.º, cierto grado de adormecimiento, y 7.º lentitud del pulso. Síndrome clínico que sin violencia alguna, y teniendo presentes las descripciones que se vienen haciendo de las diferentes formas y variedades de encefalitis llamada «letárgica», permite, a mi juicio, incluir este caso en el indicado grupo nosológico.

Cierto es que ha habido muy poca letargia y que nunca ha existido fiebre. Mas respecto a lo primero, es sabido que en las epidemias de tal encefalitis que se han venido describiendo en estos últimos años se refieren también casos hasta sin nada de letargo, tanto, que esta particularidad ha inducido a muchos autores a suprimir el calificativo de «letárgica» y proponer otros, verbigracia, el de encefalitis epidémica.

La falta de fiebre es aún menos frecuente; pero esto no obstante, se sabe de casos de encefalitis letárgica infebril, refiriendo nuestro distinguido colega el doctor Marañón haber observado hasta cinco en que no ha existido nada de elevación térmica.

En cambio, en nuestro paciente han destacado muy en primer término las parálisis oculares, tanto del motor ocular común como del externo, que nos explican la dilatación pupilar, la casi inmovilidad de la pupila a la luz, a la convergencia y a la acomodación; la parálisis de ésta, la ptosis y la abolición casi total de los movimientos del globo ocular, y en particular de los de lateralidad.

La dificultad de la deglución, la voz gangosa, el reflujo de los alimentos por las narices y la disminución del gusto, se explican por una lesión del núcleo ambiguo, que ha afectado principalmente al gloso faríngeo y al vago, lesión a la que la escuela valenciana otorga una gran importancia en la sintomatología de la encefalitis letárgica, y que, en cambio, otros muchos autores no opinan que tiene tanta significación.

Es de notar que en este enfermo nunca ha habido taquicardia, síntoma frecuentísimo en la encefalitis letárgica, vaya ésta acompañada o no de fiebre, y que en efecto se explicaría muy bien por una paresia del vago. Aquí hemos tenido, por el contrario, ligera bradicardia que yo me atrevería a explicar, juntamente con los mareos, la cefalalgia y la abolición de los reflejos por cierto grado de compresión cerebral, si bien para afirmar esto de un modo terminante nos falta el dato del examen del líquido cefalorraquídeo, que en nuestro enfermo no se llevó a cabo por no haber juzgado necesaria la punción lumbar, ni para el diagnóstico ni tampoco con un fin terapéutico.

La falta de fiebre y de otros síntomas, tales como Kernig, convulsiones, contracturas, etc., hacían desecharse la idea de una meningitis, por lo que sólo cabía pensar en un proceso tumoral, en una encefaloopatia sífilítica o bien en una variedad de encefalitis letárgica. Para desechar la idea de un proceso neoplásico teníamos, entre otros datos, la manera bastante brusca de iniciarse el mal, su evolución rápida y su benignidad. En contra de la etiología sífilítica había, además de estos datos, la falta de antecedentes. He de declarar, sin embargo, que de no haber seguido la afección la marcha favorable que se inició a los pocos días de su comienzo, ya se había pensado en el examen de la reacción de Wassermann de la sangre y de las cuatro reacciones del líquido cefalorraquídeo.

Finalmente, una afección que en estos últimos tiempos se ha traído a cuento con ocasión de algunos casos de encefalitis letárgica, es el botulismo o intoxicación con embutidos averiados, pero también se podía, sin vacilación, rechazar este diagnóstico en el caso presente, no sólo porque faltaba la base fundamental, o sea el hecho de haber formado parte de la alimentación del enfermo semejante clase de manjares, sino también por el cuadro clínico. Recuérdese que los síntomas principales del botulismo son una sequedad de la

boca, de la lengua y de la faringe, que no se ha observado en nuestro enfermo; y si bien tienen mucha semejanza los trastornos en la inervación ocular y la disfagia, en cambio en los casos de botulismo se interesa además el hiopogloso, dando esta alteración origen a disartría, que no ha habido en el caso historiado, como tampoco se han presentado los accesos de sofocación que se observan en los sujetos atacados de botulismo. En cambio en éste no se habla de letargia, que, si bien muy leve, no ha faltado en nuestro paciente.

En resumen, éste y otros muchos casos de encefalitis letárgica sólo tienen de común con el botulismo en lo que a los síntomas concierne los trastornos oculares y los de la deglución; pero el resto del cuadro clínico es lo bastante diferente para que no pueda quedar duda alguna acerca del diagnóstico, si no bastaran para ello las indagaciones encaminadas a descubrir el factor etiológico.

Caso de quiste hidatídico de pulmón

POR EL

DOCTOR FRANCISCO RICO
(de Valladolid)

FECHA DE LA PRIMERA OBSERVACIÓN: 4 DE JULIO 1920

Diversos trabajos se van haciendo en la enfermedad equinocócica con el fin de llegar a utilizar algún medio para hacer desaparecer el escollo causante de muchas contrariedades.

Por vez primera presento ante las eminencias médicas de España un caso de quiste hidatídico de pulmón, no vacilando un momento en hacer estudios respecto al enfermo cuya memoria presento a la ciencia médica.

En este caso el equinococo es primitivo, por la posibilidad de que el embrión haya sido aspirado con el aire de la respiración y fijarse directamente en el pulmón izquierdo, por el que el equinococo ha mostrado marcada preferencia en todos los casos rarísimos que se han presentado.

Los síntomas a que dalugar el equinococo son debidos al aumento o disminución de volumen; por tanto, el quiste poco voluminoso y situado en el centro de los pulmones permanecerá latente muchísimo tiempo o durante toda la vida que tenga el individuo, no apreciándose sintomatología alguna; pasando todo lo contrario cuando el quiste es voluminoso, pues sabida es su sintomatología, que no ofrece nada de característico para el diagnóstico, siendo difícil, y a veces imposible, llegar a evitar una confusión con otras enfermedades. Sucede con más frecuencia con los exudados pleuríticos, el sonido macizo por percusión en la porción pulmonar posterior e inferior, la disminución de las vibraciones vocales, la respiración bronquial débil, la dilatación del tórax y la disminución de sus movimientos son los síntomas del derrame pleurítico.

El hidrotórax no es fácil confundirle con el equi-

nococo del pulmón, teniendo en cuenta las causas de esta afección, el presentarse en los dos lados, y el enfermo, cuando cambia de posición, varía el sonido macizo.

También existe semejanza entre el quiste de equinococos y la tisis. Sin embargo, en la tisis existe un aplastamiento de tórax con cierto retraimiento, siendo reforzadas las vibraciones vocales, y una respiración bronquial clara con sonoridad de estertores. En el momento que se presta atención a la expectoración y se observa una masa purulenta con numerosos quistes de equinococos, unido con la sintomatología, no da lugar a duda, exceptuando en la analogía que existe con la tisis, siendo mucho mayor cuando el quiste de equinococo en relación con un bronquio se ha vaciado ya, sin haber fijado atención en los esputos característicos; entonces el pulmón puede estar retraído, aun en el caso de equinococos, y llegar a confundirlo con la tisis.

En los casos, y son los más, en que el diagnóstico es dudoso se obtiene una certeza completa cuando en la expectoración hay mezcla de equinococos y fragmentos de ellos con sus característicos escolos o ganchos, o cuando por otros medios llegan al exterior mediante punciones exploradoras.

En el presente caso no ha habido necesidad de punción exploradora, debido a que en la expectoración expulsó quistes de equinococos.

HISTORIA CLÍNICA

Filiación del enfermo.—Nombre, Feliciano Cordeiro, de treinta y ocho años; estado, viudo; profesión, pastor; natural de Mansilla de la Sierra (Logroño).

Antecedentes de familia.—Su padre, cuando contaba cincuenta años, padeció de un tumor blanco en el pie derecho; a los cincuenta y dos años falleció a consecuencia de una tuberculosis pulmonar; a la mujer tuvieron necesidad de amputarla el brazo derecho por padecer un tumor blanco, falleciendo a consecuencia de ello.

Antecedentes del enfermo.—Dice el enfermo que en su infancia padeció las enfermedades propias de esta edad. A los diez y siete a diez y ocho años se le presentó un reumatismo articular agudo.

Más tarde, estando en el servicio militar, tuvo una hemoptisis que curó en breve tiempo; siempre se crió fuerte, pudiendo realizar esfuerzos musculares sin producirle cansancio. Era fumador, y desde que empezó a notar cierta molestia en la laringe lo dejó radicalmente. Bebe vino.

Estado actual.—En septiembre del año 1919 empezó a manifestarse la enfermedad que actualmente le aqueja; según refiere el enfermo, se le presentó una sensación especial en la garganta, sobre todo al amanecer; pérdida de fuerzas, que le obligaba muchas veces a suspender sus trabajos, seguido de sed excesiva; desde el mes de septiembre a mayo tuvo dos hemoptisis, no acordándose de la fecha; en el mes de febrero expulsó un fragmento de equinococo, con sus característicos escolos o ganchos, y a mediados de mayo s

le presentó una vómica, en la que expulsó gran cantidad de hidátides.

La coloración de la piel, la normal, no existiendo disnea, y desde mayo a julio seguía en igual estado, con inapetencia. Desde el mes de julio han desaparecido todos los síntomas dichos, siguiendo únicamente la inapetencia y pérdida de fuerzas.

La estatura, regular; el tórax, aumentado de volumen, más en el lado izquierdo que en el derecho.

Los distintos aparatos acusan lo siguiente:

Aparato digestivo.—Pérdida de apetito, lengua saburrosa desde que empezó a notarse enfermo. En la actualidad el aparato digestivo funciona bien. La exploración acusa normalidad.

Aparato respiratorio.—El ritmo de la respiración es algo frecuente, cosa que la simple inspección delata. A la percusión da sonido macizo en el lado izquierdo; el murmullo vesicular, disminuido. Al aplicar el estetoscopio en el quinto y sexto espacio intercostal del lado izquierdo se observa en la respiración, que es entrecortada, con dificultad en la entrada del aire, y algunos estertores subcrepitantes en el vértice del pulmón izquierdo.

Aparato circulatorio.—Dice el enfermo que desde el 14 de julio de 1920 empezó a notar en la región precordial los movimientos del corazón aumentados. No comprobándose a la auscultación ninguna lesión en este órgano.

Aparato renal y órganos sexuales.—Actualmente no existe alteración en estos aparatos.

Sistema nervioso.—Algunas noches le es difícil conciliar el sueño, sintiendo algunos días neuralgias cerebrales.

Datos especiales.—El lado izquierdo del tórax, algo distendido. En la espectoración se observa el equinococo con sus característicos escoles o ganchos.

Diagnóstico.—Quiste hidatídico del pulmón izquierdo.

Pronóstico.—Queda reservado hasta comprobar los resultados de la pleurotomía con resección costal.

Tratamiento.—Poco podemos esperar de los medios farmacológicos contra los equinococos; muchos son los procedimientos empleados sin resultados; mencionaremos el mercurio y el yoduro potásico, que han dado algunos resultados, y en la mayoría de los casos no han servido para nada. Otros autores recomiendan la electricidad, con resultados positivos.

La parte quirúrgica, si el caso se presta para ello, es lo que realmente puede asegurar la curación. En el momento de hacer la incisión hay que evitar que el líquido se estravase en las cavidades serosas, y se consigue determinando las adherencias de las hojas antes de hacer la punción.

Después de la evacuación se lavará con una solución de sublimado al 1 por 2.000. También se empleará el licor de Van Swieten e inyectaránse 60, 80 y 100 gramos a lo más; después de haberlo extraído lávese minuciosamente, por dos veces, la cavidad con agua esterilizada y salada.

Estado actual de la cirugía de la próstata. Clínica y crítica ⁽¹⁾

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

EL DÍA 28 DE ABRIL DE 1920

por el

DR. D. RAFAEL MOLLÁ

Claro está que si hubiéramos de desarrollar con alguna extensión esta serie de temas que acabo de enumerar no bastaría el espacio de una hora; así es que yo procuraré reasumir, sintetizar lo referente sobre todo a la anatomía y anatomía patológica, que luego ya las conclusiones de la terapéutica serán una consecuencia legítima de lo que digamos. Por eso, y precisamente para adelantar, quizás abuse un poco de los medios gráficos, y quizás la misma sencillez del lenguaje que emplee y de los medios gráficos se tome como un atentado a la cultura de los señores académicos y del público; pero, en realidad, lo hago más por mí que por los otros, y, sobre todo, para orientarme, en ese lenguaje sencillo, en el lenguaje—se puede decir—de la anatomía, he de exponer las ideas fundamentales que nos sirvan de guía para exponer luego algunas consideraciones sobre la terapéutica.

La próstata, como sabemos, por su situación topográfica es un órgano urinario, pero por su función es un órgano genital; primer punto que envuelve cierta contradicción, cierta, si no anomalía, por lo menos rareza en las condiciones de este órgano.

Pero bajo el punto de vista funcional y bajo el punto de vista clínico, es órgano urinario, de tal manera que, aun cuando en periodos avanzados, o no avanzados, en muchos procesos prostáticos, desde luego los enfermos pueden tener manifestaciones genitales, generalmente los prostáticos, los enfermos de próstata, sobre todo de hipertrofia, de edad avanzada, son más bien urinarios, son el tipo genuino—digámoslo así—del urinario, tomando esta palabra en el orden vulgar, en el orden corriente, porque estas lesiones de tipo obstructivo influyen principalmente sobre la función de la vejiga, sobre la excreción, determinando la retención total o parcial en sus distintas modalidades, y la consecuencia de la retención, que es la infección.

Es la próstata, como sabemos, órgano pelviano, y es a la vez órgano perineal. Siendo desde luego pelviano, es extraperitoneal; pero, en realidad, no pertenece por completo al periné.

Está, como sabemos, empotrado entre el periné por debajo, el pubis por delante, la vejiga por encima y el recto por detrás. Son precisamente todas estas relaciones macroscópicas las que tienen que señalar las vías anatómicas para llegar a la próstata, sobre todo las dos vías principales: la vía de la vejiga superior y

(1) Véase el número anterior.

la vía perineal, porque la vía rectal no se emplea, sobre todo en estas intervenciones de la prostatectomía, y aun cuando se haya podido emplear la vía rectal, es un procedimiento que se desechó y únicamente fué empleado por algún cirujano.

La próstata está rodeada por formaciones aponeuróticas, y esto tiene algún interés, porque guarda alguna relación con los medios de extirpación... Aquí, en estos gráficos, he querido representar una sección horizontal de la pelvis, en la que se ve el recto y la próstata, y en la otra una sección vertical anteroposterior, para demostrar la existencia de lo que se llama «celda o caja prostática», que algunos anatómicos llaman «cápsula prostática», con notoria impropiedad.

La verdadera *cápsula* prostática es un tejido propio de la próstata, como veremos. Es como la prolongación del estroma que forma la glándula y que se condensa para formar para cada uno de los lóbulos una especie de cubierta de cápsula de tejido propio de la próstata, mientras que la «celda» es esto que veis: formaciones aponeuróticas. No he de entrar en detalles, porque no he de ofender la cultura anatómica de los señores académicos.

En primer lugar, se presentan las aponeurosis que van desde el pubis al sacro. Son, por tanto, aponeurosis laterales, sacropubianas, correspondientes a los músculos elevadores del ano que forman las partes laterales; no solamente de esto, sino del resto de la cavidad pelviana. Hay luego una aponeurosis anterior, que aquí no está representada; es la aponeurosis preprostática y prevesical, aponeurosis que no es, desde luego, una excepción. Esta aponeurosis es la misma que se llama umbilicoprevesical, que es dependiente de la aponeurosis media del periné que se ve en esta figura, que pasa por delante de la próstata y de la vejiga hasta el ombligo; tiene la forma triangular y se la ha comparado con la aponeurosis media del cuello, porque tiene su misma disposición; y por detrás está la aponeurosis, también dependiente de la aponeurosis media del periné que se coloca entre el recto y la próstata, y es la aponeurosis prostatoperineal, muy conocida sobre todo por el nombre de Denonvilliers.

Hemos de saber que la próstata se encuentra alojada dentro de esta celda, y nunca, a no ser en casos excepcionales de extirpación completa de próstata y de órganos periféricos y de órganos próximos, se debe operar por fuera, y esto no está justificado más que en los casos de neoplasia maligna, no sólo aquí, sino en toda clase de intervención—después de todo, la cirugía prostática no es una excepción de la cirugía general—; cuando se trata de extirpar un tumor maligno, no debemos limitarnos a extirpar el órgano, hay que extirpar todo lo más allá que se pueda; pero en la próstata, desgraciadamente, no se puede ir más allá; pero si es posible, entonces se debe extirpar por fuera de la celda, rasando las paredes del recto y, desde luego, las paredes de la vejiga.

He de sentar también una afirmación anatómica, sin

entrar en detalles varios, porque esto nos explica luego en el orden de la cirugía, sobre todo de la cirugía operatoria, nos explica métodos y procedimientos, y el por qué muchas veces, aun cuando puede haber una hipertrofia total, casi siempre predomina en un lado, muchas veces en un solo lóbulo, otras en el llamado lóbulo medio, que normalmente no existe; pero ordinariamente predomina en uno de los lóbulos, a veces exclusivamente en uno, y es que la próstata no es un órgano único, no es un órgano que tenga una entidad anatómica, como tienen, por ejemplo, el testículo, el riñón, el hígado, sino que es un órgano doble; y esto, si no lo demostraran desde luego la historia natural, la filogenia, lo demuestra desde luego la ontogenia, el desarrollo del individuo, porque en el feto se aprecian los dos lóbulos distintos, en el niño lo mismo, y únicamente a medida que la próstata se desarrolla, este tejido que forma el estroma, y del cual nos ocuparemos rápidamente, viene a formar como una especie de cápsula que envuelve al lóbulo y que pasa sobre todo por detrás de la próstata, y viene como a separar y a unir al mismo tiempo un lóbulo y otro.

En esta figura he representado yo un esquema de los dos grupos de glándulas prostáticas. La disposición embrionaria de la próstata en el orden de la filogenia, como decía, lo comprueba perfectamente. Y estas ideas no son modernas, ni es que yo las exagere; son ideas que hizo constar Freyer, que fué el que propagó la prostatectomía transversal. En su libro sobre extirpaciones de próstata insiste sobre esta dualidad, porque «existen realmente dos próstatas»: es el término que él emplea.

Claro que en el orden terapéutico tiene muchísima importancia, y en el orden, sobre todo, patológico, se explica el que pueda el proceso limitarse a un solo lado, que es el caso corriente de la deformación del órgano o de la desviación del cuello a un lado.

Vamos a recordar brevemente la estructura general de la próstata. Este ha de ser un recuerdo puramente esquemático, porque la estructura general de la próstata, sobre todo en un corte transversal, no hay campo de microscopio que pueda abarcarla toda; pero ya se sabe cómo se construyen los esquemas estructurales que representan o simbolizan estos órganos; es la suma de cortes en varios sentidos para poder adivinar la dirección de los conductillos, para poder trazar todas las direcciones, etc.

Desde luego, en la estructura general de la próstata encontramos, o hemos de distinguir, como elementos fundamentales: el *estroma prostático*, las *formaciones glandulares* y los *llamados esfínteres*, con alguna impropiedad, porque, realmente, los músculos aislados que se encuentran en la próstata (que son éstos) no vienen a tener el carácter típico de los llamados esfínteres, esos músculos circulares que se encuentran alrededor de los orificios naturales. Sin embargo, sus segmentos son partes de otros esfínteres, y con razón se les designa con el nombre de *músculos esfínterianos*, y así se les distingue del tejido muscular que for-

ma parte del estroma, y esto nos explica la variedad anatomopatológica de las diversas lesiones.

No es posible estudiar al detalle todo lo referente al estroma (que he representado en amarillo). El estroma es la masa de tejido conjuntivo muscular que forma realmente la próstata, y tiene tal importancia, sobre todo el tejido muscular, que se considera que forma una mitad del peso o del volumen de la próstata, y he aquí cómo se explica el que por las alteraciones de la histología patológica, sobre todo en tiempo de Morgani, que, como se sabe fué el padre de la anatomía patológica grosera, la próstata llegó a considerarse como un órgano muscular; tal es el predominio del tejido muscular en el estroma, tejido muscular liso.

Además del tejido muscular hay tejido conjuntivo y algunas fibras de tejido elástico que se disponen entrelazándose entre sí para llenar todo el espacio interglandular, formando, además, la llamada cápsula propia de la próstata; forman también esos tabiques que desde la cápsula (la cápsula está representada desde luego en la zona periférica) estos tabiques de estroma que van a parar al llamado núcleo central, de importancia muy extraordinaria, como después señalaremos.

De esta disposición del estroma lo más interesante es la formación de este núcleo central, porque tiene mucha relación con métodos o con procedimientos operatorios. En el núcleo central parece que predomina el tejido conjuntivo sobre el tejido muscular. Este núcleo central (como se ve) es la confluencia de todos estos tabiques que separan los llamados lóbulos de la próstata. Cuando vemos representada la próstata tal como se representa en los libros, como un órgano único, ya se nota la escotadura posterior, y veremos después que en la cara posterior de la uretra hay un tabique formado también de este estroma, donde no existe tejido glandular, que es sólo tejido conjuntivo.

Pues bien: este núcleo central está cruzado por los conductos eyaculadores, que penetran, como se sabe, por la escotadura de la base de la próstata, que se ha comparado, sobre todo por su cara posterior, a un corazón de naipe francés con escotadura superior, donde van a confluír los conductos eyaculadores y se nota la falta de tejido prostático en esta cara posterior. Los conductos eyaculadores cruzan esta línea media posterior sin tejido prostático y, además, cruzan el núcleo central, y como tampoco abunda el tejido muscular en muchas formas patológicas, por ejemplo, en un adenoma prostático que se desarrolle en uno de estos lóbulos, será posible la extirpación de ese núcleo por verdadera enucleación simplemente con el dedo, que es el instrumento ideal para la práctica de la llamada prostatectomía; será posible extirparlo sin rasgar la uretra y sin rasgar, sobre todo, el conducto eyaculador. En muchos casos se puede extirpar un adenoma prostático de un solo lóbulo sin rasgar los conductos eyaculadores; en cambio otras veces, hasta verdaderos tumores benignos, como después veremos, no están limitados, no están encapsulados, hay grandes fenó-

menos reaccionales en la periferia de estos tumores, hay ligera infiltración conjuntiva, aun cuando no sea maligno el proceso; entonces puede ser difícil el salvar los conductos eyaculadores.

De manera que en algunos casos se pueden respetar éstos; pero ello depende no sólo del volumen, sino de la naturaleza del proceso que engendra la llamada hipertrofia de la próstata u obstrucción prostática, que es el nombre que le dan con más propiedad los ingleses. Todos los nombres son buenos menos hipertrofia de la próstata, porque, en realidad, no es hipertrofia la hipertrofia típica, en el verdadero valor técnico de la palabra, aumento de volumen sin aumentar el número de los elementos anatómicos, no es hipertrofia, sino las más veces es hiperplasia, de carácter regresivo más bien que de carácter hiperplásico propiamente dicho.

Tanta importancia tiene a los fines, sobre todo de la interpretación de las lesiones, de la limitación de lesiones y de la terapéutica, el núcleo central como el tabique medio posterior. El tabique medio posterior, por lo que hemos visto antes, claro que en adultos, porque, al fin y al cabo, el llamado esfínter externo viene a ser una especie de círculo que envuelve la próstata y no es más que una prolongación hacia arriba, hacia la vejiga, del llamado esfínter externo de la uretra, que está constituido por los músculos profundos del periné, el músculo de Wilson el de Gutrye y todos esos músculos que envuelven realmente a la uretra, que forman el verdadero esfínter externo de la uretra membranosa, envuelven también a la próstata; pero no hacen más que contribuir a formar los lóbulos, a formar un solo lóbulo, pero aparentemente, porque está el tabique medio posterior, que realmente es de tejido conjuntivo y algo de elementos musculares, y que sólo en casos patológicos, cuando la propagación hacia arriba del proceso, pueden llegar a unirse; pero en condiciones normales están separados, y aun en condiciones patológicas también, y por ello casi siempre es posible la extirpación de un lóbulo con independencia del otro.

El tejido muscular del llamado esfínter interno de la uretra no es más que la capa muscular de la uretra prostática, que es prolongación de las fibras circulares que forman el esfínter de la vejiga, esfínter constituido desde luego por fibras lisas, no por fibras estriadas.

Las formaciones glandulares también es punto que nos ha de orientar para las conclusiones patológicas. Esta figura representa las formaciones glandulares de la próstata. Están constituidas por dos clases de glándulas; en primer lugar, las glándulas prostáticas, propiamente dichas; en segundo lugar, las glándulas uretrales de la porción prostática.

Las glándulas uretrales son, desde luego, glándulas acinosas; son el símbolo de lo que es una glándula, el tipo de glándulas pequeñas, mientras que la glándula prostática constituye un tipo glandular muy raro, por que no son arracimadas ni tubulosas; son glándulas intermedias entre las tubulosas y las arracimadas.



No he de entrar en detalles respecto de la estructura; pero sí de la importancia que tienen las glándulas, sobre todo las uretrales. La mayor parte de los trabajos que hizo Motz en compañía, por cierto, de un autor español, de Perearnau, discutiendo la procedencia de los adenomas prostáticos, conceden gran importancia a estas glándulas.

Si tenemos tiempo expondremos la doctrina de Albarrán y otros, que admiten que la lesión fundamental de la hipertrofia prostática es el adenoma, es decir, un tumor de origen glandular, que es un tumor epitelial benigno. Sin embargo, los estudios de Motz y de Perearnau que fueron después confirmados por Cúneo, por el mismo Marion y otros, todos admiten, y quizás de una manera demasiado sistemática, como ha hecho observar un joven urólogo francés, Chevassu, admiten que el adenoma prostático se desarrolla en las glándulas uretrales, que no se desarrolla en las glándulas prostáticas y, desde luego, esto tiene alguna verosimilitud (el tiempo no me permite entrar en detalles en que quisiera entrar); pero tiene cierta verosimilitud, sobre todo en lo relacionado como opinión para explicar la génesis de los adenomas, porque hemos de ver que la doctrina inflamatoria es una de las que más lógicamente explican la presencia de estos adenomas. Son tumores benignos, incluidos dentro del grupo de los tumores de origen inflamatorio, y, por consiguiente, las glándulas que están más expuestas a sufrir los procesos inflamatorios procedentes de la uretra, la acción de los estimulantes, de los procesos tóxicos, de los agentes que determinan congestión, la acción de los estados generales, es decir, todas las acciones de causa general que se invocan, desde la sífilis hasta el reumatismo, como todas las causas de origen local actúan sobre las glándulas uretrales. Esta doctrina explica desde luego una porción de fenómenos que son hoy perfectamente conocidos. El aumento de volumen de la próstata es un adenoma originado por glándulas uretrales, rechazando hacia la periferia el verdadero tejido prostático, de tal manera, que se cubre con una especie de cápsula, que no es otra cosa más que la próstata rechazada.

En esta figura he querido representar la hipertrofia total; claro está que es esquemática; el tejido prostático representado en azul; la próstata rechazada constituyendo una especie de falsa cápsula, porque esto explica las discusiones que, a raíz de la operación de la prostatectomía transvesical de Freyer, que vino a derrocar en gran parte la prostatectomía que había reglamentado Albarrán, sobre todo por mano de sus famosos ayudantes Gorset y Proust. Freyer, creyendo que la cápsula prostática era este tejido de la próstata rechazada, y Albarrán, que fué el primero que demostró que no era la cápsula prostática, sino una falsa cápsula, era la misma próstata rechazada; y esta doctrina, convertida en realidad la mayor parte de las veces, es tan fecunda, que es la que convierte la llamada prostatectomía en una de las operaciones más benignas cuando se tiene la suerte de dar con un adenoma

bien aislado, con un adenoma enquistado, porque hay que buscar en estas condiciones el plano de deslizamiento, *plano de clibage*, como llaman los franceses, a través de la verdadera cápsula prostática y de la próstata rechazada.

El adenoma se extirpa con facilidad, si no encontramos adherencias con la uretra, y esta es una de las razones — a mi juicio, porque parece una deducción lógica —, una de las razones que justifican, que explican la veracidad de esta doctrina del origen del adenoma prostático en las glándulas preuretrales, la gran adherencia del adenoma lateral, sobre todo los que nacen en los lóbulos laterales, la gran adherencia a la uretra. (En esta figura he querido representar el adenoma en contacto con la uretra). Toda la región central de crecimiento excéntrico no abandona, digámoslo así, las relaciones de continuidad con la uretra, y así se explica que sea sumamente difícil extirparlo sin rasgar la uretra.

Claro que la uretra lateral es la que se rasga, mientras la uretra posterior generalmente se salva, y también la uretra anterior, porque como ésta, ni an en los procesos patológicos más exagerados está envuelta por el adenoma, casi siempre es libre, o, por lo menos, es fácil liberarla; pero es muy difícil evitar el arrancamiento de la uretra. Se puede evitar utilizando la prostatectomía perineal y operando, desde luego, a campo abierto, y aun cuando sea involucrar la técnica con la anatomía patológica, diremos que introduciendo el dedo en la vejiga, una vez abierta la próstata, una vez practicada la prostatotomía media y empujando hacia afuera, con periné abierto y cincelando realmente con tijera y seccionando el lóbulo prostático es como se puede respetar la pared de la uretra. Pero cuando no se practica esta maniobra, a no ser en casos de adenoma poco adherido, generalmente se arranca la uretra, y así se ve, que aun practicando la extirpación con el dedo, algunas veces sale un fragmento mayor o menor de mucosa de uretra adherido al adenoma; pero esto en el orden práctico y de restauración de las lesiones no tiene importancia, porque teniendo cuidado de conservar, y es posible conseguirlo casi siempre por vía perineal, la uretra superior e inferior, hay elementos bastantes para la epitelización del tejido conjuntivo que la forma, y la uretra se rehace sin consecuencias cuando las lesiones no son muy grandes, que cuando son grandes, la consecuencia puede ser la estrechez de la uretra.

En esta figura se representa una sección antero-posterior. Representa el adenoma hipertrofiado y aquí el núcleo central de tejido conjuntivo cruzado por el conducto eyaculador. He destinado esta figura a representar la posibilidad de salvar el conducto eyaculador operando con calma, con paciencia, en adenomas no muy grandes. Claro que cuando es un adenoma muy grande no es fácil de evitar; pero cuando no es muy grande y se opera sobre todo por vía perineal, viendo lo que se hace, es posible respetar el conducto eyaculador, y este detalle tiene importancia, sobre

todo cuando se practica la prostatectomía en sujetos jóvenes.

Desgraciadamente, y digo desgraciadamente, la prostatectomía en los sujetos jóvenes debería practicarse más a menudo. ¿Por qué? Porque tienen muchos más años por delante; y como el peligro de la obstrucción prostática está precisamente en la infección y está, claro, en la obstrucción, lo primero que se presenta cuando aparecen los fenómenos prostáticos cerca de los setenta años (que generalmente ya son prostáticos diez o doce años), ya queda poco tiempo para que estas complicaciones se presenten; pero en prostáticos jóvenes sí, y por esto yo insistía en este punto de la indicación de la prostatectomía en los jóvenes, en los cuales aparecían hipertrofia de la próstata y fenómenos de obstrucción prostática a los cincuenta o sesenta años, no solamente por ser sospechoso de neoplasia, por la posibilidad de que evolucionen hacia un tejido atípico y venga un epiteloma, sino porque, además, en el transcurso de los veinte o veinticinco años que puede todavía vivir el sujeto, está expuesto a las hemorragias, a la obstrucción, a todas las complicaciones de la obstrucción prostática, es por lo que debe practicarse la prostatectomía, y en estas condiciones vale la pena de conservar los conductos eyaculadores, y se pueden conservar, desde luego, operando por vía perineal.

(Se continuará)

Periódicos médicos

TERAPÉUTICA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Las inyecciones profundas de alcohol en el tratamiento de la neuralgia del trigémino.—El doctor Harvey Cushing presenta varias historias clínicas de enfermos de neuralgia del trigémino tratados por las inyecciones profundas de alcohol, y de los resultados obtenidos llega a establecer las siguientes conclusiones:

1.^a Las inyecciones intracraneanas profundas de alcohol en los troncos nerviosos maxilar y mandibular, cerca de los agujeros de salida del cráneo, han reemplazado por completo las neurectomías periféricas.

2.^a En las neuralgias limitadas a una de las dos divisiones inferiores, y que quizá no se extienda a las otras áreas trigeminales, las inyecciones alcohólicas representan indudablemente el tratamiento de elección.

3.^a Cuando la neuralgia se ha extendido más allá de su área original e invade la que inerva la división adyacente, debe considerarse la neurectomía trigeminal; pero si no se ha administrado anteriormente ninguna inyección profunda, quizá sea ésta útil, no tan sólo para demostrar el tipo de la neuralgia, sino tam-

bién para que el paciente se forme idea de la torpeza que provocará la neurectomía.

4.^a A veces son útiles, además, para determinar en los casos dudosos si el síndrome es una neuralgia verdadera del tipo de tic doloroso o una de las peculiares y raras pseudoneuralgias que no se alivian ni con inyecciones ni neurectomías.

5.^a Aun las inyecciones extracraneanas no se hallan completamente libres de riesgo, y en ningún caso deben llevarse voluntariamente hasta el punto de practicar una inyección en la misma vaina del ganglio de Gasser.

6.^a En vista de los resultados permanentes y perfectos que pueden obtenerse hoy día por la avulsión de la raíz sensoria del trigémino (1), debe deplorarse el uso prolongado y repetido de inyecciones en los casos refractarios que afectan más de una división. (Edición española del *The Journal*.—A. M. A., 15 septiembre 1920.)

2. A propósito del tratamiento de la tos ferina.

El doctor Emiliano Cordavias, en comprobación de los estudios hechos por Audrain y Weil, presenta el siguiente caso clínico:

Un niño de diez y seis meses de edad padecía de tos ferina desde hacía veinte días, con tal intensidad, que se contaban de treinta y cinco a cuarenta accesos diarios, diez durante la noche. Cada acceso, invariablemente, constaba de tres consecutivos, tan violentos, que aniquilaban las fuerzas del enfermito, e iban seguidos de vómitos alimenticios, comprometiendo la vida del niño por su tenacidad y por la consunción que la intolerancia alimenticia y el insomnio le producían.

Después de suspender toda medicina le puse una inyección de dos centímetros cúbicos de éter, que no modificó, ni poco ni mucho, el estado angustioso del niño.

Al día siguiente de la segunda inyección los accesos fueron menos frecuentes e intensos y, sobre todo, los vómitos desaparecieron.

A continuación de la tercera picadura sólo tuvo doce accesos durante el día y uno durante la noche. El niño podía dormir, podía nutrirse y recobró su viveza y alegría naturales.

La noche siguiente de la cuarta inyección no tuvo ningún acceso y ocho durante el día.

En inyecciones sucesivas fueron disminuyendo paulatinamente los accesos, hasta quedar reducidos a cuatro durante el día y algunas noches uno.

Desde la tercera inyección los accesos eran únicos, de una sola quinta y de menos duración, no triples como al principio.

La rapidez de la mejoría desde la segunda inyección, que recuerda la de los diftéricos por el tratamiento seroterápico o antitóxico, demuestra la eficacia del nuevo procedimiento, especialmente en este caso

(1) La mortalidad de la operación es despreciable. En la serie del autor ha habido hasta la fecha 312 casos consecutivos sin mortalidad.

que se hallaba en pleno período accesional o espasmódico, y esta misma rapidez aleja la idea de atribuir el buen éxito a una circunstancia fortuita.

El doctor Audrain, autor de este procedimiento, en sus catorce primeros casos no pasó de tres inyecciones; pero es porque instituyó el tratamiento muy al principio de la enfermedad.—(*Boletín Oficial de Unión Sanitaria*. Guadalajara, septiembre 1920.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. El empleo de la trivalina en terapéutica, por el Dr. W. Maass.—Se trata de una combinación química del ácido valerianico con morfina, cocaína y cafeína. Es un líquido de color amarillo claro, transparente, de olor a valeriana y sabor algo picante, que se mezcla bien con el agua y con el alcohol. Un centímetro de trivalina contiene mil novecientos treinta y cinco diezmiligramos (diez y nueve miligramos y treinta y cinco centésimas de miligramos) de valerianato de morfina; treinta y siete diezmiligramos (tres miligramos y siete décimas miligramo) de valerianato de cafeína y quinientos seis cienmiligramos (cinco miligramos y seis centésimas de miligramo) de valerianato de cocaína. Por sus propiedades farmaco-dinámicas se parece a la morfina más que a los otros componentes, si bien su acción se encuentra reforzada por la acción del ácido valerianico, que en este preparado es en el primero en que se puede aplicar por vía hipodérmica. Además la cafeína y la pequeña cantidad de cocaína, contribuyen a estimular el sensorio y la diuresis, excitan el cerebro, aceleran la acción analgésica y al mismo tiempo obran como antígenos de la morfina. De acuerdo con los resultados del estudio farmaco-dinámico, toda una serie de experimentos clínicos hablan en favor del fármaco, y le hacen recomendable, especialmente como analgésico para calmar los dolores tardíos en las operaciones, además, como calmante, como anestésico local y como antiespasmódico para combatir los accesos de asma, los cólicos, el prurito, etc. Debe advertirse, sin embargo, que F. H. Müller niega al medicamento en cuestión toda acción beneficiosa y le rechaza por contener cocaína, y previene contra su empleo por la acción tóxica a que puede dar lugar. Según él, sería muy de temer una habituación «trivalinismo», cuya consecuencia consiste, no sólo en las manifestaciones del morfínismo, sino también en las del cocaínismo, que es mucho más grave por sus alteraciones psíquicas y sus trastornos orgánicos. El autor, que ha hecho gran uso del medicamento en neuralgias, dolores tabéticos, cólicos, accesos de asma, taquicardias paroxísticas, y, sobre todo, curas de desmorfínización, ha obtenido buenos resultados. En su opinión, la dosis diaria no debe ser mayor de cinco centigramos y cada dosis no excederá de quince miligramos. No ha observado nunca habituación, ni los inconvenientes de la morfina, por lo que cree que es ventajoso sustituir ésta por aquélla. No se presentaron náuseas ni embotamiento del sensorio. Los resultados en la desmorfínización son sorpren-

dentos. Desde el principio de la cura sólo se pone una inyección de morfina por la mañana, a dosis progresivamente decreciente. Según la gravedad de los casos se inyectan una o varias veces trivalina en solución al uno por ciento. A los ocho días debe haberse suprimido en absoluto la morfina, y al cabo de un segundo período de ocho días debe poderse suprimir también la trivalina. Para combatir el insomnio se dará bromural a la dosis de treinta a sesenta centigramos. Además se recurrirá a los demás tratamientos del morfínismo: dietética, hidroterapia, etc. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 5 de Agosto de 1920.)

SIFILOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Reacción de Wassermann y sordomudez por el doctor Ardenne.—El estudio de la reacción Wassermann en veintitrés sordomudos ha dado los siguientes resultados: en once de sordomudez congénita, ocho reacciones positivas con grados diversos y tres negativas. En los otros doce casos, de origen indeterminado, cinco reacciones positivas y siete negativas. Es interesante hacer notar que la reacción fué negativa en los dos casos en que se explica bien la sordera por una meningitis y una otorrea crónica bilateral, y que en los dos casos en que la reacción fué francamente positiva el diagnóstico de la enfermedad causal no parece estar claramente determinado. Puede pensarse si la sordera estaría ocasionada por una laberintitis específica.—(*Journ. de Med. de Bordeaux*, núm. 14 25 julio 1920.)—*E. Luengo*.

2. Sífilis, reacción de Herxheimer, biotropismo microbiano, por G. M. Milian.—La observación siguiente es interesante porque constituye un ejemplo típico de lo que Milian ha descrito bajo el nombre de biotropismo microbiano terapéutico, es decir, de la reviviscencia de un microorganismo latente (aquí el estreptococo) por la influencia de la introducción en el organismo de una sustancia medicamentosa; este biotropismo microbiano explica bastantes accidentes llamados tóxicos y bastantes idiosincrasias. Trátase de una mujer con un extenso chancre en la región lumbar por mordedura sexual, roseola, dolor de cabeza, especialmente nocturno y alopecia de la cola de las cejas. A consecuencia de una primera inyección de novoarsenobenzol de 30 centigramos se produjo una intensa reacción de Herxheimer, que se manifestó por 41°, cefalea violenta, calofríos y sudores, por su reproducción a la segunda inyección con 40° y a la tercera con 38°, a pesar de persistir en la misma dosis de 30 centigramos; por su reaparición cada vez que se elevaba la dosis, dos veces a 45, una vez a 60 y terminando a los 75 centigramos. Desde el punto de vista local se manifestó la reacción por una intensa turgencia del chancre y la aparición alrededor de cada elemento papuloso de un extenso halo, urticación y en la cima de cada pápula, de una elevación epidérmica,

verdadera ampolla, indicando la violenta exudación serosa intrapapulosa. Estos intensos fenómenos enseñan que las vísceras ocultas pueden producir reacciones análogas, que no hay que atribuir a la intoxicación medicamentosa, justificando además la continuación terapéutica. Además, después de cada inyección, se desarrollaba un brote de dermatitis erisipelatosa de la mama, ejemplo de los más demostrativos del biotropismo microbiano, que explica numerosos accidentes de la terapéutica arsenical. La mama se ponía roja, aumentado un tercio de su volumen, caliente, turgente, y acompañando a este conjunto una temperatura de 40°,5. El brote primero disminuyó al cabo de dos días, pero sin desaparecer, quedando la mama gruesa y sensible: en las horas que seguían a cada nueva inyección de novoarsenobenzol o al día siguiente la mama volvía a ponerse turgente y voluminosa durante dos o tres días, y en una de las inyecciones el enrojecimiento erisipelatos se propagó hasta el costado en una gran extensión, para disminuir en seguida. Esta reviviscencia estreptocócica desapareció después de la inyección subcutánea de 50 centigramos cúbicos de suero polivalente de Leclainche, que se administró el mismo día que la undécima inyección de novoarsenobenzol. La reviviscencia estreptocócica se produjo aún después de esta undécima inyección, pero a partir de ella se extinguió definitivamente. ¿Sería esto resultado de una vacunación progresiva del organismo, después de cada brote estreptocócico, por la cual cada uno era menos intenso? Es posible, porque el autor ha observado ejemplos de ello con las forunculosis producidas en el curso de los tratamientos con el arsenobenzol. Pero la súbita intervención del suero de Leclainche, seguida de la súbita desaparición de estos brotes estreptocócicos, que hasta entonces se producían sistemáticamente, parece, desde luego, el factor de la curación, tanto más cuanto que dicho suero ha dado a Milian excelentes resultados en diversas variedades de infecciones, de las que el estreptococo no estaba excluido. Ocho días después de la inyección de suero apareció en el punto de la picadura una vasta placa eritematosa erisipelatoide, pruriginosa, inmediatamente después de la duodécima inyección de novo. Una segunda inyección de suero practicada en otro punto del cuerpo (la cadera) trece días después de la primera provocó una reacción local aún más violenta que la que tuvo lugar primitivamente e inmovilizó a la enferma durante doce días en el lecho. Milian no hace más que señalar este último hecho, sin buscar su interpretación.—(*Paris Medical*, núm. 31, 31 julio 1920.) E. Luengo.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

I. La lesión eutánea en el sarampión, por F. B. Mallory y E. M. Medlar.—La causa del sarampión es desconocida, así como la lesión primaria, localizada en la parte alta del aparato respiratorio, probable-

mente en la nasofaringe, y al parecer sólo podrá determinarse por trabajos experimentales en los monos.

El agente causa penetra en la sangre, produciendo una septicemia, que antecede al exantema, manifestándose por múltiples lesiones secundarias. Estas lesiones secundarias constituyen el único tejido en el que puede buscarse histológicamente el agente infeccioso, libre de otros gérmenes que complique su hallazgo. Cada lesión secundaria se debe a una reacción proliferante y exudativa que tiene lugar en una pequeña red de capilares de la parte superior del corium y a su alrededor. La reacción consta de algunas uritis en las células endoteliales; de la emigración de leucocitos endoteliales y de una proliferación activa de los mismos alrededor de los vasos; de una emigración muy ligera de leucocitos polimorfo-nucleares y de linfocitos, y de su fagocitosis por los leucocitos endoteliales. Al principio es activa la exudación de suero y de leucocitos endoteliales, pasando al epidermio adyacente, a las vaina pilosas y a las glándulas sebáceas. Con frecuencia este exudado se colecciona en pequeños focos, formando diminutas vaxículas y pústulas. Las epiteliales envueltas por el exudado se necrosan. Cuando el exantema es claramente evidente, estas diminutas lesiones del epidermio se empiezan ya a secar y más tarde se descaman. Mientras tanto, los leucocitos endoteliales del corium, continúan proliferando y se acumulan alrededor de los vasos sanguíneos durante dos a cuatro días, desapareciendo después gradualmente. Las manchas de Koplik, corresponden exactamente a las minúsculas lesiones tempranas del epidermis, pero en lugar de secarse, tienden a macerarse y pueden terminar en erosiones, o, si se infectan secundariamente, en ulceraciones. No ha podido encontrarse ninguna señal evidente de una necrosis primaria ni de una exudación aguda de los leucocitos polimorfo-nucleares, tal como la producen los cocos comunes. En cambio, la reacción, está casi enteramente a cargo de las células y leucocitos endoteliales, como en la fiebre tifoidea y en ciertos otros procisos infecciosos, pero es más aguda que en cualquiera de ellos. Las células endoteliales que rodean a los capilares en estas lesiones, tienen el protoplasma abuetado y finamente granuloso. En las lesiones más tempranas contienen con frecuencia de uno a cuatro, rara vez más, diminutos cuerpos esféricos que se tiñen intensamente y de tamaño un poco variable. En las lesiones más viejas, estos cuerpos se encuentran en menor número y de ordinario son más evidentes en la periferia de la lesión y todavía más tarde, desaparecen por completo; la naturaleza de estos cuerpos es indeterminada, pudiendo ser parásitos o transformaciones retrogradas que tengan lugar en el interior del citoplasma; no se parecen por su número ni por su tamaño y ordinariamente tampoco por su reacción tintórea, a las inclusiones fagocitadas por los leucocitos endoteliales fuera de los vasos. No se han en-

contrado cuerpos análogos en las células endoteliales de los vasos sanguíneos en otras lesiones agudas investigadas como control. Probablemente no se trata de centrosomas alterados, y es posible que puedan ser el agente causal, quizá un coco en varios estados de digestión. Su reacción positiva al Gram, hablaría en favor de esta hipótesis. El estudio de las recrecciones nasal, faríngea, laríngea y conjuntival, así como el de la sangre en preparaciones por extensión, por la iluminación de fondo oscuro y por el cultivo en varios medios, no ha logrado demostrar ningún nuevo organismo que pareciese guardar relación etiológica con la enfermedad. Acompañan a este interesante trabajo 19 microfotografías. (*Journal of Medical Research*, vol. XLI, núm. 3, marzo 1920). *E. Luengo*.

GINECOLOGIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La relación de la hiperplasia del endometrio con la llamada hemorragia uterina funcional.—El doctor Emil Wovak, hace un estudio de las diferentes causas de la hemorragia uterina, haciendo relación a la hiperplasia del endometrio, y de cuyo estudio deduce el siguiente resumen:

1. La hemorragia uterina funcional, que se presenta sin que exista ninguna enfermedad pélvica macroscópica, es muy común durante la menopausia, haciendo a menudo sospechar malignidad. Se observa después, con más frecuencia en o cerca de la época de la pubertad, aunque puede ocurrir a cualquier edad. La hemorragia es, por lo general, del tipo de la menorragia, con periodos no raros de amenorrea.

2. Un hallazgo histológico frecuente en estos casos es el estado que se ha llamado hiperplasia del endometrio. Esta se caracteriza por un desarrollo anormal de los elementos epiteliales y estromales del endometrio, con la producción de una forma histológica perfectamente distinta, lo cual hace fácil reconocerla por medio del microscopio.

3. Hay motivos para creer, como he demostrado, que la hiperplasia no es una enfermedad primitiva del endometrio, pero que es secundaria a un trastorno endocrino del ovario. La naturaleza exacta de este desajuste funcional y las alteraciones histológicas precisas del ovario que están asociadas con ella no se han determinado todavía satisfactoriamente.

4. La naturaleza secundaria de la hiperplasia del endometrio explica el fracaso del raspado para producir cesación permanente de la menorragia observada en estos casos. Este procedimiento tan sólo ataca una manifestación local de la causa subyacente—un trastorno endocrino que afecta el ovario.—(*Edición Española del The Journal A. M. A.* agosto 16-1920).

EN LENGUA EXTRANJERA

2. El signo del Douglas en las rupturas de embarazo tubario, por R. Proust.—Cuando se examina una mujer con inundación peritoneal es imposible percibir por el tacto bimanual la sangre contenida en

el fondo de saco de Douglas. Pero si se hace la palpación profunda de éste, se determina un dolor tan intenso que hasta en las enfermas semi-sincopadas se arranca una queja grito del Douglas. Este dolor profundo, unido a la depresibilidad del Douglas, constituye lo que Proust llamó «signo del Douglas». Además conviene señalar otro punto interesante: la presencia de sangre en el peritoneo no produce contractura de los rectos mayores del abdomen; por tanto, la ausencia de contractura de estos músculos, unida a los demás síntomas, permite establecer el diagnóstico de derrame sanguíneo. El A. nunca ha visto faltar el signo del Douglas en las hemorragias de los embarazos tubarios. Este signo puede encontrarse también en los derrames peritoneales purulentos, en los que todo el vientre está doloroso; pero en este caso, hay contractura de los rectos. Por el contrario, en la ruptura del embarazo tubario, el signo del Douglas (dolor y depresibilidad) es positivo, mientras que la contractura de los rectos mayores abdominales es negativa, y esta asociación de ambos datos parece ser característica de la ruptura o del aborto de un embarazo tubario.—(*Paris Medical*, núm. 32, 7 agosto 1920).—*E. Luengo*.

TÓXICOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. La función renal en un caso de intoxicación con sublimado, por H. Elwyn y Edward P. Flood.—Con motivo de un caso de envenenamiento por el sublimado en un mujer de diez y ocho años, los autores estudian la fisiología patológica del riñón en estos casos y establecen, que al recibir el riñón la injuria ocasionada por el tóxico, los tubulis son necrosados, descamados, quedando toda su luz ocupada por el producto de esta descamación. El riñón se abulta y la cápsula se encuentra sometida a cierta tensión, comprimiendo los vasos; posiblemente existe además una vaso-constricción refleja. Todas estas alteraciones producen la aurea, a consecuencia de la cual, todos los productos de excreción que existen en la sangre, quedan retenidos, elevándose el nivel del nitrógeno total no proteico y de los varios componentes no proteicos. Los glomérulos y los pequeños vasos no están afectados, por lo cual no entra en juego el mecanismo productor de la hipertensión, y si a pesar de eso se presenta ésta, es solo ligeramente y en los últimos periodos. Al disminuir el aumento de volumen del riñón y sobrevenir la relajación de los vasos comprimidos se establece la filtración, eliminándose rápidamente los productos de excreción retenidos. La cápsula de Boroman se hace permeable para las proteínas de la sangre, que aparecen en la orina y que se coagulan constituyendo la substancia térrea en la que se encuentran varias células con formación de cilindros. La hematuria se origina, según todas las probabilidades, en los capilares que sangran a consecuencia de la necrosis de los tubulis.—(*Medical Record*, vol. 98, núm. 2, 10 julio 1920).—*E. Luengo*.

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL



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

Boletín de la semana

La Asamblea de Colegios en Valencia

El acontecimiento más importante que desde hace mucho tiempo se ha realizado en el sentido de la unión vigorizadora, discreta y eficaz de la clase médica española ha sido sin duda alguna la Asamblea de Colegios médicos nacionales efectuada en Valencia en la semana anterior. De ella hemos de dar detallada cuenta a nuestros lectores, y si no lo hacemos hoy de un modo puntualizado, es por no haber llegado a nuestras manos, al salir nuestro número, la descripción completa que tendremos de un testigo presencial.

Sin embargo, la venida a Madrid de algunos de los asambleístas, encargados de presentar al Gobierno los acuerdos fundamentales tomados en la reunión y nuestras conversaciones frecuentes con estos comisionados, nos han permitido formar una idea bastante completa de lo que más interés tiene, entre las muchas cosas de interés que allí se han tratado.

En primer lugar, todos debemos felicitarnos, de que los Colegios Médicos hayan comprendido la alta misión que les está encomendada, las circunstancias críticas en que tienen que realizarla y la necesidad de fortalecer su autoridad mediante la aclaración de los medios con que pueden contar para llevar a cabo serena, pero enérgicamente sus funciones.

Nada tenemos que añadir hoy a lo que siempre hemos dicho acerca de la urgencia impositiva de organizar nuestra clase en un Cuerpo capaz de sentir las necesidades, de comprender los derechos y de estar dispuesto a imponer la realización de los fines que por igual nos interesan a los médicos y a la sociedad en general.

Establecida la colegiación obligatoria, realizadas las elecciones de los Colegios provinciales y establecidos éstos de un modo oficial y efectivo, la unión corporativa de los médicos tiene una sola manera, tan fácil como eficaz de llevarse a cabo. La federación de los Colegios provinciales en un solo organismo, que será entonces repre-

sentación de todos los médicos de España. Si éstos han llegado tarde a imitar el movimiento de concentración de las demás clases sociales, en cambio lo habrán realizado de un modo más firme, más rápido y más durable, dado que estarán sostenidos y amparados por la voluntad de la clase española y por la del Gobierno.

Apenas llegados a Madrid los presidentes de los Colegios encargados de gestionar cerca del Gobierno la aceptación de los acuerdos tomados por la Asamblea, visitaron en el mismo día al señor ministro de la Gobernación, conde de Bugallal, al presidente del Consejo de Ministros y al inspector general de Sanidad, recibiendo de todos estos señores las más explícitas promesas de que serían satisfechos en sus discretas peticiones, dado que éstas dejaban claramente traslucir el deseo de armonizar los intereses de una clase respetable con el estado actual de aspiraciones inconexas y eterogéneas que son pretexto de ideales impacientes, quieren retrotraer siempre los problemas de este género a un período de evolución organizadora de organismos cuya significación o se limita solamente a una agrupación particular o emplea términos mal definidos para justificar sus pretensiones redentoras.

La ocasión con efecto no es la más oportuna para manejar equívocos y para producir recelosas divisiones: dentro de la federación de los Colegios oficiales están por igual representados los intereses de todos los médicos y de dentro de esta federación se integran los elementos capaces de obtener la satisfacción a todas las justas exigencias de los médicos españoles, desde el más modesto al más próspero.

Reforcemos, pues, esta *unión sagrada*; procuremos para la federación de Colegios los medios más efectivos y eficaces para tonificar depurándole nuestro organismo interior y mostrémonos como un solo hombre en el convencimiento de nuestros derechos y en la exigencia de la justicia que se nos debe.

DECIO CARLAN

UN POCO DE AMOR

El diablo se ríe de los prudentes que niegan la limosna, pensando en que pueda ser para vino... Hay que repartir alegría alegremente. Para muchos es más necesario el vino que el pan... Nadie come flores, y flores da la tierra. Muy seco está el corazón que no da flores.

(Benavente. «La noche del sábado»)

Cuando en la Prensa médica se hizo un llamamiento a todos los compañeros españoles para que enviásemos algo al Colegio de Huérfanos con que celebrar la fiesta de Reyes los hijos de nuestros hermanos, no faltaron espíritus mezquinos que lo censurasen. Yo oí sus comentarios y no pude por menos de impresionarme dolorosamente.

«Que pidan pan y no juguetes.» «Más vale que los enseñen a trabajar.»

Y estas frases crueles, esas apreciaciones soeces y despiadadas, propias de un individuo sin afectos, lastimaron mis oídos con el chirriar estridente y metálico de un corazón mal engrasado por el óleo santo de la caridad. ¡Que yo creo mayor delito matar una ilusión que una persona!

Verdad que en el actual estado de la vida debe ser la seguridad de los garbanzos la primera aspiración de todos nosotros. Pero verdad también que no ha de ser la única. Y el Colegio de Huérfanos no es, no debe ser, un Asilo cualquiera.

Los hijos de nuestros compañeros, los que en mal hora perdieron sus padres, los que por ley inexorable de su propia desdicha quedaron desamparados en la tierra, no pueden ser equiparados con los huérfanos de un pobre y zafio terruñero; éstos, probablemente, tendrán bastante con poseer la evidencia del rancho seguro, de que no ha de faltarles a sus horas el condumio abundante, quizás mejor que cuando sus padres vivían, cuando ahitos de frío y picardías en su constante labor de trotacalles se retiraban a un camastro podrido, entre las azotainas de su madre y las blasfemias e imprecaciones de un padre borracho.

Pero los huérfanos de médicos deben aspirar a algo más. Tienen derecho a más que todo eso: tienen derecho a no echar de menos en el Colegio casi nada de lo que en sus casas tenían. Y es preciso, absolutamente preciso, imprescindible preciso, cultivarles, no sólo el estómago, sino también la inteligencia y el corazón.

Y figuraos el desconsuelo de un niño, el imperdonable dolor de un niño—lo más injusto que hay en el mundo—si sobre su desgracia irremediable de no tener padre ve que aquel año no le traen un juguete los Santos Magos Orientales. ¡Que en la cara rosada y mofetuda de un ángel de la tierra la risa es la expresión de la felicidad!

Y ¿qué mayor placer para nosotros que arrancar una sonrisa sincerísima—los niños no fingen la ale-

gría—con el esfuerzo pecuniario insignificante que representa la adquisición de un polichinela?

Por eso todos los facultativos tenemos el deber de ayudar al Colegio del Príncipe de Asturias. Para su sostenimiento, para dar habitación, ropa y comida a los desafortunados huérfanos de nuestros camaradas, es suficiente con que todos cumplamos lo legislado acerca de los sellos; mas para lo otro, para educar sus pequeños cerebros como corresponde a quienes son; para proporcionarles esas pequeñas y dulces satisfacciones del espíritu que, a buen seguro, no habían de faltarles en casa de sus padres idos, precisan, además, que todos nosotros, sin faltar uno solo, colaboremos en la medida de nuestras fuerzas, ya que no de nuestra voluntad, y enviemos periódicamente, con el sagrado imperativo de una obligación, juguetes, golosinas, libros, todo ese montón de íntimas alegrías infantiles que no regateamos a nuestros hijos, sin pensar en que hay otros que deben ser también hijos nuestros y que no podrán gozar de ellas si los olvidamos.

M. GIMÉNEZ AGUIRRE
(Cáceres)

Hay que renovarse

Mis antiguas campañas en favor de los médicos titulares creo que me dan algún derecho a intervenir de nuevo en la contienda.

Conforme con el doctor Juarros. Pasaron, y no deben volver, los tiempos en que toda asamblea de médicos quedaba reducida a un concurso de *jeremiadas*, en las que poníamos de manifiesto ante el público todas nuestras lacras y miserias, de la mayor parte de las cuales tenemos la culpa. Asambleas que terminaban siempre pidiendo el maná providencial del Estado, como lluvia benéfica que pusiera remedio a nuestros males.

Hay que renovarse si no se quiere sucumbir, elevando, ante todo, nuestro nivel moral y cultural, y llevándole al compás de los tiempos que se avecinan. Es preciso *socializar* la Medicina, no sólo en el sentido profesional, sino en el sentido científico. Hay que crear una nueva especialidad, el *médico sociólogo*—que no es lo mismo que el higienista público—, la primera, la más difícil y la más importante de todas, y de la que han de tener mucho los médicos titulares, que de este modo cumplirán la máxima evangélica de que los últimos serán los primeros.

El tipo clásico del *médico de alcoba*, más o menos sabio y competente, pero siempre de horizontes limitados, tendrá que ir cediendo el paso al médico de la plaza pública, de espíritu abierto a todos los aires del progreso, atento a todas las palpitaciones de la vida para encauzarlas en el sentido de la máxima salud y el mayor bienestar posible de las colectividades. Verdadero *médico de pueblos*.

En la íntima e inevitable solidaridad de los destinos humanos, la salud de cada uno nos interesa a todos, y la salud de todos debe ser el primer interés de cada uno.

Es indudable, como ha demostrado el doctor Juarrros, que el habitante de España tiene muchas más probabilidades de enfermar y de morir prematuramente que el habitante de la mayor parte de los países europeos. Y esto, si hoy es debido en mucha parte a la decadencia orgánica hereditaria de la raza, no lo es menos a la indiferencia y la desidia con que miramos todos este supremo negocio de la salud general.

Hagamos que las gentes vean esto bien claro con nuestras incesantes campañas; demostremos que estamos en condiciones, a poco que se nos ayude, de remediar estas criminales deficiencias, y no tendremos que aspirar a la savia del Estado, según frase del señor Maura: será el Estado quien venga en busca de nuestra savia, y al venir en busca de ella es natural que nos la pague.

Hablemos, pues, sólo lo necesario; trabajemos mucho y no pidamos nada más que atención.

Que se den cuenta todos, público y Estado, de lo que podemos y estamos dispuestos a dar, y ya vendrán a buscarnos.

AGUADO MARINONI.

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 24 DE ABRIL DE 1920

La anestesia raquidiana en cirugía urinaria

El DR. SLOCKER reanuda su discurso de sesión anterior sobre anestesia raquidiana. Considera que para los prostáticos, para la prostatectomía, es una anestesia ideal, pero no siempre, pues, a su juicio, provoca hemorragias, como las que ha observado en operaciones ginecológicas realizadas por él. De todos modos, considera pertinente que en cirugía urinaria se utilice más que en otra clase de cirugía.

De su experiencia sobre dicha anestesia manifiesta que su ayudante, el doctor Becerra, ha comprobado que los enfermos, en vez de hacer dos o tres aspiraciones para que se difunda el líquido, no hacen más que una o una y media, y así tienen menos dolor de cabeza y menos tendencia al vómito. Es necesario recalcar, dice, la facilidad de que los accidentes intensos vienen por la susceptibilidad individual, y el enfermo que va a tener un accidente sincopal, o fenómenos tóxicos, la analgesia aparece más pronto, con signos de palidez, debilitación de pulso, etc., lo cual cabe pensar que debieran experimentarse, como prueba del anestésico, los efectos de instilaciones en la conjun-

tiva, etc., para ver la tendencia de esa susceptibilidad individual. Que si bien resulta una gran adquisición la raquianestesia, para evitar probables accidentes, debieran hacerse previamente análisis de orina y reconocimiento de las vías respiratorias y del corazón. Por esto no debe prodigarse la raquianestesia de una manera desconsiderada, pues, a pesar de estar en manos experimentadas, lo mismo que la anestesia general, puede producir accidentes. Que para evitarlos en muchos casos conviene contar con un experto anestesista, porque de este modo el operador sólo se fija en su intervención, sin preocuparse en la cara del enfermo, pulso, etc.

No es partidario de la colaboración del enfermo mientras se le está operando, pues los hay tan pusilánimes, que obligan a veces a darles un poco de cloriformo.

Se ocupa de cómo debe intervenir en la raquianalgesia, aconsejando que los trócares sean de bisel corto y las agujas delgadas.

El DR. PASCUAL dice que, a su juicio, el problema que se plantea no es precisamente que se anestesia mejor o peor, el que el enfermo tome parte o no en la operación, que la anestesia dure más o menos; el problema que se plantea se puede exponer de la siguiente manera: ¿Cuál es la acción nociva que los anestésicos generales tienen sobre el riñón, y cuál es la acción nociva que tiene la raquianalgesia? Hay bastantes trabajos en este sentido. Los trastornos de la insuficiencia renal, de la antigua uremia, pueden reducirse a dos categorías: enfermos en los cuales está perturbada la eliminación de los cloruros, estrechamente ligada a la función acuosa, y enfermos con insuficiencia renal, en los cuales la función ureica está perturbada, es decir, insuficiencia por retención de cloruros e insuficiencia por retención de urea.

Añade que los anestésicos generales alteran profundamente la función renal, sobre todo en cirugía urinaria. Habla de la oliguria, que es el trastorno más importante que se presenta en la anestesia general, en lo que se refiere a la cirugía urinaria, aparte de su proceso específico (tuberculosis de riñón, vejiga, estrechez uretral, hipertrofia prostática, etc.) En los casos de enfermos de tipo verdaderamente urinario, tienen lesiones ascendentes de dilatación o infección del aparato urinario, están dilatados los uréteres, los cálices, la pelvis, etc., y en estos individuos el trastorno más importante que presentan es que orinan la urea a la concentración máxima. Por tanto, la retención de urea en la sangre tiene una importancia extraordinaria en los enfermos renales, hasta el punto que, siendo la cantidad normal de urea de 35 centigramos por 1.000, cuando esta cantidad va subiendo, va agravándose el enfermo, y con dosis de tres o cuatro gramos por litro de sangre, fatalmente se producirá la muerte. Expone un ejemplo que aclara dicho concepto. Y desde este punto de vista pregunta: ¿Qué es lo que se sabe de la raquianestesia y de los trastornos de intoxicación que provoca al nivel del ri-

¿no? Se sabe muy poco, apesar de la investigación de cloruros y de prueba de Ambarl antes y después de la raquianestesia. Que él sigue practicando investigaciones, que no puede presentarlas con una conclusión definitiva por ser en corto número sus observaciones.

Respecto a lo dicho por el señor Slocker, que muchas veces se presentan hemorragias, dice que, en efecto, es así, pero obedece a no haber hecho taponamiento de la cavidad prostática.

El DR. PULIDO (hijo) dice que su experiencia se basa en haber ayudado a su maestro, el doctor Gueda, a emplear la raquianestesia en muchos casos, y que al fin tuvieron que renunciar a ella por superar los inconvenientes a los de otros medios, siendo éstos dolores intensísimos de cabeza, que persistían días enteros, y eliminación de ácido úrico y uratos en las orinas; que luego ha visto algunas intervenciones de esta índole, y su ánimo no se inclina en ningún sentido. Cita la experiencia del doctor Pagés, de la Beneficencia provincial, que ha realizado 1.300 raquianestesis y ha observado localizaciones meníngeas de infección general, citando dos casos de meningitis tuberculosa, uno del señor Pagés y otro del señor Gueda, que fallecieron poco después; cita otro caso, operado de acceso apendicular, que inmediatamente después de la anestesia raquídea se presentó una meningitis séptica que acabó con la vida del enfermo; otro, de parálisis general, que se exacerbó tanto los fenómenos cerebrales que hubo de recluirlo en un manicomio, y otro, por fin, de un muchacho con una demencia precoz, que después de la raquianestesia tuvo una verdadera meningitis tóxica, que por fortuna, fué vencida.

Dice que el doctor Pagés llama la atención sobre la frecuencia con que se observa el *herpes labialis*, y habla de una enorme depresión sanguínea, que en algunos casos se acentúa de tal modo que puede seccionar la facial sin dar sangre.

Termina diciendo que opina, como el señor Slocker, que en los casos de hipertrofia de la próstata se pueden presentar hemorragias, y por esto algunos autores han renunciado a seguir practicando la raquianestesia.

El DR. MOLLÁ rectifica extensamente, aclarando algunos conceptos emitidos por el doctor Slocker respecto a los accidentes debidos a la raquianestesia, ya en el acto de la punción ya a la dosis del líquido inyectado; que respecto a la técnica, cualquier descuido puede producir accidentes, lo mismo que el desconocimiento del índice de tolerancia, que es muy estrecho; y que oscila entre unos centigramos de la estovaina cuando se emplea, lo que no ocurre en la anestesia general, que pueden lo mismo darse en varios períodos 40 que 50 que 100 gramos.

Que, desde luego, ha visto síntomas molestos, como dolores de cabeza, vómitos; pero que esto impresiona menos que la anestesia general, porque en la raquidiana el enfermo lo ve, lo siente, lo dice, toma parte realmente en el acto, y obliga al operador a tomar

una parte directa en esta clase de accidentes.

El doctor Mollá cita casos en que habrá de emplearse la anestesia local y otros la raquianestesia; que esta última no altera en nada el funcionalismo del riñón, y que la permeabilidad de éste persiste desde luego en condiciones normales, sin tener los inconvenientes que tienen los anestésicos generales.

Dice que el doctor Leguen emplea la anestesia local en las prostatectomías, quien inyecta cuatro punciones en cruz en los cuatro extremos del diámetro de la próstata y la extirpa con el dedo, de modo que, poniendo un poco de voluntad, se puede hacer la anestesia local para la extirpación de la próstata; pero no tiene comparación, desde luego, con la perfección de la anestesia raquidiana para los casos de prostatectomía. Aportan nuevos argumentos para demostrar la anestesia raquidiana en cirugía urinaria; que no combate sistemáticamente la anestesia general, puesto que en su larga práctica lleva hechas más de 4.000 anestias y no ha visto morir a ningún enfermo en la mesa de operaciones. Que respecto a las sustancias que se emplean, en la anestesia raquidiana considera la novocaína inferior a la estovaina asociada a la estricnina, no debiéndose rebasar de seis a siete centigramos de estovaina, inyectados en los alrededores de la cola de caballo, único modo de que no sobrevenga accidente alguno.

Contesta brevemente a lo dicho por el señor Pascual y señor Pulido, que en 40 prostatectomías que tenía practicadas ninguno ha muerto de hemorragias, porque siempre taponó cuando opera por periné; y termina citando hechos para demostrar que el problema de la anestesia, a su juicio, será una exageración, pero inmodestia nunca; que el problema lo resuelve de una manera definitiva la anestesia raquidiana.

El DR. RECASÉNS, al intervenir, dice que este año en su clínica ha practicado 44 anestias raquidianas; que prefiere la estovaina; que las defensas son mejores en la anestesia raquidiana que en la general: pero que, a pesar de todo esto, continúa siendo partidario del cloroformo.

El DR. SLOCKER, al rectificar dice que sigue creyendo en la frecuencia de los accidentes, y que si no se les da importancia es porque ocurren en una sala de clínica donde no se presencian, pues el profesor auxiliar es el encargado de atenderlos; que hablaba con el mismo optimismo con que el doctor Recaséns acaba de hacerlo, y que si el doctor Leguen, ese gran maestro de la cirugía urinaria en la actualidad, le han producido una sugestión tan enorme los fracasos que ha tenido en los 40 casos, no es extraño que a él le suceda lo propio; que en el supuesto que una enferma esté bien anestesiada y pueda hablar, es lo que más molesta al operador, no por la charla, sino que la enferma, en un caso de laparotomía, por ejemplo, al verse los intestinos fuera de la cavidad abdominal, instintivamente echa mano a ellos, y puede infeccionar la herida y dar motivo a una peritonitis de fatales consecuencias. De manera que, hasta cierto, punto va a

PAPELES YHOMAR

Simples con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).
CULTIVO DESECCADO, EN POLVO, DE BACILOS LAOTICOS
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 31.—Valencia.

coincidir con el doctor Recaséns, que se decide por el cloroformo.

Termina diciendo que los accidentes mortales son muy difíciles de borrar, y por esto se dirige a los cirujanos que hayan tenido la desgracia —o la fortuna, desde el punto de vista de la experiencia— de tener crecido número de casos funestos, y lo confiesen, como lo hacía el doctor Ribera, que era de los pocos cirujanos que podían hablar de las muertes de sus operados, contándolos por centenares.

DOCTOR CESALDO

Medicina social y cotos sociales de previsión

CONCLUSIONES PRESENTADAS POR EL INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL A LA ASAMBLEA DE COTOS SOCIALES ORGANIZADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN

PONENTES

Luis Huerta

A. Aguado Marinoni

I

1.^a Es incumbencia de la *Medicina social* el dar solución adecuada a la *cuestión social*.

2.^a La *cuestión social* es síntoma evidente del *malestar humano*.

3.^a El *malestar humano* delata el *mal vivir* de la Especie (la desorganización social.)

4.^a La *cuestión social* abarca *cuatro problemas fundamentales*: a) *Tierra*, b) *Raza*, c) *Cultura*, y d) *Trabajo*. Estos cuatro problemas pueden considerarse como los cuatro puntos cardinales de la *cuestión social*.

5.^a El *problema de la tierra* es el primero de los puntos cardinales de la *cuestión social*.

6.^a Ni económica, ni política, ni jurídica, ni socialmente se ha dado hasta la fecha una *solución práctica* satisfactoria al problema de la tierra.

7.^a La *Medicina social* estudia, con rigor y método científicos el problema de la tierra.

8.^a La *Medicina social* trata de dar, satisfactoriamente, una *solución equitativa de carácter práctico* al problema de la tierra.

9.^a Para ello fundamenta sus trabajos en la *Economía*, la *Historia* y la *Sociología*.

10. Sin aquella solución previa no es posible el planteamiento en firme del *problema de la raza*, segundo de los puntos cardinales de la *cuestión social*.

11. La *raza* requiere plenitud de vida, mejoramiento somático, bienestar fisiológico y descendencia sana en *calidad* más que en *cantidad*.

12. La *Medicina social* labora intensamente por el mejor acierto en la selección racial.

13. En este punto, la *Medicina social* pide auxilio a la *Higiene*, la *Eugénica* y la *Antropología*.

14. Sobre la base del edificio racial se cierne el tercer punto cardinal, el norte de la vida humana: el *problema de la cultura*.

15. La *cultura humana* abarca una doble función: *educativa* e *instructiva*.

16. El problema de la *cultura* demanda el concurso de la *Psicología* (genética y experimental) y de la *Paidología*.

17. La *cultura humana* debe ser integral, progresiva y armónica.

18. Y, finalmente, La *Medicina social* investiga el *problema del trabajo*.

19. El *trabajo*, para ser fecundo y creador, requiere una sólida y amplia *organización científica*.

20. Los principios de la *Energética*, los canones de la *Estética* y las normas fundamentales de la *Ética*, son las variables en cuyos módulos la *Medicina social* elabora, en síntesis armónica, las fórmulas generales del problema.

II

1.^a Los *Cotos sociales de previsión* pueden servir de ejemplo y de avanzada en la resolución del problema social, si no pierden de vista las cuatro columnas fundamentales en que ha de asentarse una buena organización social: *Riqueza*, *Salud*, *Cultura* y *Trabajo*.

2.^a Las tres causas inmediatas del *malestar humano* son la *miseria*, la *enfermedad* y la *incultura*. La causa inicial ha sido el apartamiento del hombre de las leyes biológicas naturales por una civilización, si grande en lo material, moralmente mal encauzado.

3.^a El medio terapéutico, el instrumento de que disponemos para combatir esas causas primordiales de *malestar*, es el *trabajo*; como guía, la *previsión social* y como base, la *vuelta a la Naturaleza*.

4.^a El *trabajo* es obra de cooperación y debe perseguir el cumplimiento de la gran ley natural de la *Solidaridad Humana*. Hay que hacer extensivos a todos los hombres los beneficios de la *riqueza*, de la *salud* y de la *cultura*, y los deberes del *trabajo*.

5.^a La *organización científica* del *trabajo* debe referirse no solo a la técnica de producción, sino también a la influencia que ejerce sobre la *salud* del hombre y a la justa distribución de la *riqueza* conseguida.

Crear *riqueza* a costa de la *salud* es engendrar *miseria*. Sólo la *salud* y la *cultura* permiten al hombre el pleno disfrute y el buen uso de la *riqueza*.

6.^a La *Previsión social* es el verdadero arte de gobernar a los pueblos.

7.^o Una buena *Previsión social* no puede limitar-

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)

se a un sentido puramente económico, debe contener, ante todo, un sentido de amplia previsión *sanitaria*, de salud individual y colectiva, de raza, de perfeccionamiento humano, y otro *cultural*.

8.^a Y esto es lo que esperamos de los *Cotos sociales* de previsión que de este modo serían a la vez verdaderas *Escuelas de Medicina Social*.

9.^a Para ello proponemos que entre los elementos directores de cada Coto social figure un médico y un *pedagogo* en relación directa con el Instituto de Medicina Social.

10. A este Instituto correspondería señalar las normas generales que habrían de tener en cuenta para el mejor desempeño de su trascendental misión.

11. La vuelta a la Naturaleza, el *Naturismo*, sin desdeñar ninguna de las conquistas de la civilización, enseña al hombre donde está el origen de todos sus bienes: en el amor, en el cultivo de la *Tierra*.

Ateneo de Madrid, 20 de septiembre de 1920.

Sección oficial

MINISTERIO DE LA GOBERNACION ⁽¹⁾

REAL ORDEN

Art. 31. Cuando se trate de epidemias de origen hídrico, se tomarán muestras de agua de distintos puntos, si la localidad se abastece de varios, o en diversos puntos de la conducción si el origen de las aguas es único, para remitirlas al laboratorio oficial más próximo y poder precisar el origen y lugar de la contaminación.

Art. 32. Una vez declarada la existencia de una epidemia en una localidad, prepondrá el inspector al gobernador, si lo creyere necesario, la utilización de los servicios facultativos de los que ejercen profesiones sanitarias.

Art. 33. Desde la denuncia de los primeros casos hasta la extinción de la epidemia, el inspector provincial estará en relación con el del distrito y el municipal, que le darán cuenta diaria y detallada de la marcha de la epidemia.

Art. 34. Será obligación del inspector provincial dar conferencias públicas en los lugares epidemiados, sobre el origen, marcha, carácter y modo de contagio de la enfermedad de que se trata, y medio de prevenirla.

Art. 35. Podrá disponer que los inspectores de distrito a sus ordenes giren, en los casos de epidemia, las visitas que él determine.

Art. 36. En los casos en que observare infracción manifiesta de lo preceptuado en materias de Higiene, podrá imponer por sí mismo los correctivos a que está autorizado en virtud de las funciones sanitarias que

ejerce. Todo recurso que se interponga contra las providencias del inspector providencial, por los que se crean perjudicados por ellas será elevado inmediatamente a la Inspección general de Sanidad.

Art. 37. Siempre que tuviere conocimiento o denuncia de casos de enfermedad exótica o sospechosa de serlo, o de enfermedad de naturaleza desconocida, pero de gran mortalidad, se trasladará el inspector por el medio más rápido al punto en que ocurrieren los casos.

Art. 38. Si el diagnóstico clínico no fuera lo suficientemente claro y careciere el inspector provincial de medios para el diagnóstico bacteriológico, tomará de los enfermos los productos necesarios para su remisión al laboratorio oficial más próximo o al Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, indicando detalladamente el procedimiento seguido para la obtención de tales productos y la hora exacta en que lo hizo.

También informará al laboratorio para que éste se oriente en sus investigaciones sobre la clase de análisis que se desea y en vista de la enfermedad que se sospecha.

Art. 39. Al propio tiempo y tratándose de enfermedades exóticas, comunicará en telegrama cifrado a Inspección general de Sanidad el resultado de sus investigaciones, solicitando, si lo creyera necesario, por la carencia de medios, el envío de personal y material del Instituto.

Art. 40. Aun sin necesidad de la certeza del diagnóstico de enfermedad exótica, sino sólo ante la simple sospecha, procederá al más riguroso aislamiento de los enfermos o a su traslado al Hospital de epidemias o local de aislamiento, adoptando al mismo tiempo aquellas medidas ajustables a la profilaxis de la enfermedad que se sospecha. De todo ello y detalladamente dará cuenta al inspector general y al gobernador.

Art. 41. Siempre que las necesidades lo exijan y tenga que acudir a las poblaciones personal técnico de laboratorio, laborará este personal de perfecto acuerdo y en armonía con las autoridades sanitarias de la provincia.

Art. 42. Todos los años, y según las consignaciones del presupuesto lo consientan, realizará estudios de higiene local en distintos pueblos, prefiriendo en la elección de los mismos a aquellos en que la mortalidad supere a la media en la provincia o en que con frecuencia se padezcan infecciones de origen hídrico.

Art. 43. En los lugares que visite con este motivo estudiará detalladamente el aprovechamiento de aguas, las condiciones higiénicas de vías y viviendas y los sistemas de evacuación de aguas y residuos, así como en general los servicios municipales relacionados con la higiene y sanidad de la población, tomando además del Registro civil los datos de nacimiento y de defunción de los diez últimos años.

Art. 44. Complementará los datos que recoja con cuantos puedan suministrarle los técnicos de ingenie-

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI

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

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

ría y construcción de las Comisiones sanitarias provincial o locales.

Art. 45. Redactará, como consecuencia de estos estudios, las Memorias resúmenes correspondientes, que serán todo lo concisas que sea posible, sin perjuicio de la claridad, y en ellas hará constar el resultado analítico de las aguas, para lo cual remitirá muestras al laboratorio de que disponga, siempre que éste cuente con los medios necesarios, o al Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

Art. 46. El inspector provincial informará o tramitará sin dilaciones los asuntos que no hubieran de quedar ultimados o resueltos por el ejercicio de las facultades propias de la Inspección provincial, resolviendo sobre aquellos que sean de su competencia y autoridad delegada, con o sin consejo de la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad, según la naturaleza o importancia de los asuntos, graduando bajo su responsabilidad la conveniencia de este trámite, al que acudirá, desde luego, en todos aquellos casos en que por la varia competencia técnica que exija su cabal reconocimiento o adecuada resolución o por la importancia de los intereses que ésta pueda lastimar, proceda oír el informe previo o consejo de dicha Comisión.

Art. 47. El inspector provincial de Sanidad es el jefe directo de los inspectores de distrito, los cuales deberán comunicar directamente con él para todos los actos del servicio.

Art. 48. Los inspectores provinciales de Sanidad redactarán todos los años una Memoria-resumen, en la que se consignen por lo menos: los datos estadísticos de importancia sanitaria referentes a la provincia: el estudio de las epidemias ocurridas, marcando su duración, origen, marcha, medidas adoptadas y juicio crítico de los resultados obtenidos, y mejoras higiénicas realizadas en las poblaciones de la provincia o logradas en higiene escolar, hospitalaria, industrial, rural y en profilaxis contra la morbilidad y mortalidad infantil antituberculosa y antivenérea.

Art. 49. Cuando los recursos del presupuesto lo permitan podrán los inspectores provinciales ampliar sus conocimientos en el extranjero. Los estudios se ajustarán a lo que la Superioridad determine. Será requisito indispensable el conocimiento del idioma del país en que la ampliación de estudios vaya a hacerse.

CAPÍTULO III

DE LA SUBINSPECCIÓN DE SANIDAD INTERIOR

Art. 50. Será función inherente a dicho cargo la visita periódica y vigilancia de las Inspecciones provinciales, a fin de unificar la organización de los servicios, subsanando o corrigiendo cuantas deficiencias notaren.

Por estas visitas, que serán siempre ordenadas por Real orden a propuesta de la Inspección general de Sanidad, devengará las dietas y gastos de viaje establecidos en la legislación vigente.

Art. 51. Además de dichas funciones tendrá las

que le corresponden con arreglo al Reglamento aprobado por Real decreto de 27 de julio último.

Disposición final.

Art. 52. Queda derogado el Reglamento de 15 de junio de 1912 y las demás disposiciones que se opongan a lo dispuesto en este Reglamento.

Aprobado por Su Majestad.—Madrid, 27 de agosto de 1920.—P. D., Ruano.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,0; ídem mínima, 707,5; temperatura máxima, 12°,2; ídem mínima, 4°,4; vientos dominantes, NE. NNE.

Continúan siendo frecuentes las anginas catarrales, los brotes de reumatismo articular agudo y los estados congestivos de las vías respiratorias. Las angiocolitis catarrales también se han hecho notar así como los estados hemorroidales.

En los afectos crónicos no se han presentado agravaciones muy significadas.

En los niños siguen siendo abundantes las anginas y no aumentan los casos esporádicos de escarlatina que se habían observado.

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

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico social

	Promedio anterior.	Octubre de 1920
Fiebre tifoidea.....	17	20
Tifus exantemático.....	2	2
Viruela.....	36	2
Sarampión.....	5	4
Escarlatina.....	6	10
Coqueluche.....	4	1
Difteria.....	11	12
Gripe.....	54	10
Otras epidemias.....	6	1
Tuberculosis pulmonar.....	150	128
Ídem meningea.....	9	8
Otras tuberculosis.....	24	26
Cáncer.....	58	71
Meningitis.....	59	48
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	57	44
Orgánicas del corazón.....	90	78
Bronquitis aguda.....	41	25
Ídem crónica.....	32	24
Pulmonía.....	40	25
Bronconeumonía y otras.....	122	85
Enteritis (menores de dos años)...	80	57
Apendicitis y tífis.....	3	2
Hernias y obstrucciones.....	14	12
Cirrosis hepática.....	14	13
Nefritis.....	42	35
Septicemia puerperal.....	7	9
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	39	30
Senectud.....	37	20
Otras enfermedades.....	254	271
TOTAL.....	1.311	1.071

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

Comparación por grandes grupos de edades

	Promedio anterior	Octubre de 1920
Menores de un año.....	187	130
De uno a cuatro años.....	155	114
De cinco a diez y nueve años.....	115	102
De veinte a treinta y nueve años.....	243	208
De cuarenta a cincuenta y nueve años.....	270	252
De sesenta en adelante.....	339	262
Sin clasificación.....	2	3
TOTAL.....	1.311	1.071

Varones..... 538
Hembras..... 533

Promedio diario de mortalidad de octubre en el quinquenio anterior..... 42,29
Idem id. id. en octubre de 1920..... 34,55
Idem id. id. en septiembre de 1920..... 34,96

OBSERVACIONES

Sigue consolidándose el retorno a las cifras normales anteriores a 1918.

La mortalidad de octubre ha sido la más baja registrada en este mes en los ocho últimos años.

El descenso ha sido proporcional en todos los grupos de edades.

Han ocurrido cinco defunciones menos por fiebre tifoidea.

La escarlatina disminuye más lentamente. Dos óbitos, por su causa, menos que en septiembre y cuatro más que el promedio anterior.

Las infecciones puerperales han causado dos víctimas sobre el promedio quinquenal anterior.

LUIS LASBENNES

Crónicas

Socorros a médicos.—La Real Academia Nacional de Medicina, en sesión de 5 del actual, acordó anunciar y conceder a médicos necesitados o a sus familias los siguientes socorros: dos de 500 pesetas y siete de 250 de la fundación Pérez de la Fanosa, y cuatro de 250 pesetas del Excmo. Sr. D. Carlos Melcior y Sendín.

Las solicitudes, indicando el domicilio, se presentarán en la Secretaría (Arrieta, 10), de once y media de la mañana a cuatro de la tarde, hasta el día 2 de diciembre, acompañando los siguientes documentos: el médico, copia de su título y certificación facultativa de su imposibilidad física para ejercer; las viudas, etc., certificación de matrimonio y de defunción, copia del título del causante e hijos menores de catorce años que viven en la actualidad.

Los que hayan obtenido anteriormente socorros o donativos de esta Academia por cualquier concepto no podrán solicitarlos de nuevo.

Asamblea sanitaria en Mérida.—La segunda asamblea sanitaria del distrito se celebró el 12 del actual.

Gran entusiasmo reinó en ella, y entre otros acuerdos tomados, figura el de que los Ayuntamientos consignen en sus presupuestos las cantidades señaladas a los practicantes.

Cierre de hospitales.—Dicen de Londres que la Admi-

nistración del London Hospital ha anunciado que va a cerrar el establecimiento por falta de recursos. Los hospitales ingleses no tienen otro presupuesto de ingresos que el de las suscripciones voluntarias, y éstas han disminuído mucho a consecuencia de la carestía de la vida.

Una obra interesante sobre la guerra mundial.—El doctor L. Graux, acaba de publicar el tomo 7.º y último de su notable obra *Las falsas noticias de la gran guerra*. Es una obra sin precedente que figura en todas las grandes bibliotecas del mundo; interesante y de gran utilidad para el historiador futuro. Es de todos los libros publicados sobre la guerra de 1914-18, el que de una manera más original y con más datos la describe. El autor ha tenido en esta obra la idea ingeniosa de hacer brillar la verdad a través de la mentira y lo ha conseguido. El precio de los siete volúmenes de tan interesante obra es 52 francos y medio.

SULFOBARIUM (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; a granel, por kilos. *Único* preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha; 35, Tel. M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

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