

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: LE encefalitis epidémica, la corea de Sydenham y la enfermedad de Parkinson, por el Dr. E. Fernández Sanz.—Variedades de nevus y sus tratamientos más indicados, por el Dr. Sicilia.—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.—Asamblea de los Colegios médicos de España.—Remitido, por Federico Agut y Romero.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## La encefalitis epidémica, la corea de Sydenham y la enfermedad de Parkinson

POR EL

DOCTOR E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina; Profesor de la Facultad de Medicina de Madrid; Jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

—

Desde hace dos años los trabajos sobre la llamada encefalitis letárgica se van acumulando en número creciente hasta representar ya una cifra formidable, y que todavía continúa aumentando; pero aún no se ha publicado un estudio satisfactoriamente completo de esta por tantos motivos misteriosa dolencia, todavía no se ha trazado una síntesis verídica e imparcial de ella, que, sin olvidar ninguno de los datos reales, comprobados reiteradamente por la experiencia, sepa prescindir de las apreciaciones inexactas y de las arbitrarias interpretaciones que inevitablemente se han insinuado en las casi innúmeras comunicaciones dadas a conocer por tan diversos observadores, no todos suficientemente escrupulosos en sus investigaciones.

En tanto que se elaboran las sólidas y seguras nor-

mas nosológicas de la meningo-encefalitis epidémica, hemos de vernos obligados a ir penosamente acumulando las nociones empíricas y los juicios teóricos mediante una solícita inquisición a través de la profusa literatura a este asunto referente, sorprendiéndonos no pocas veces en esta fatigosa tarea algunos extraños y aventurados conceptos que, por su originalidad y por lo distanciados que se hallan del común pensar dominante en estas materias, nos semejan en un principio inverosímiles, siquiera el prestigio de los autores que los enuncian y la insistencia en su afirmación, nos obligue a meditar sobre ellos, y como resultado de nuestras reflexiones, lleguemos a la conclusión de que dichos singulares asertos contienen un germen de certidumbre innegable, siempre que, mediante una precisa valoración de las palabras concretas que para expresarlos se emplean, se desvanescan las aparentes paradojas, más terminológicas que reales, que a primera vista parecen significar.

No mencionaré, más que para condenarla, la censurable tendencia que se ha manifestado a aplicar abusivamente el diagnóstico de encefalitis letárgica a todos aquellos síndromes que de cerca o de lejos se le parecen o aun a algunos que no tienen con ella ninguna semejanza. Así como en un principio se pecaba por defecto y el desconocimiento de la dolencia hacía que pasaran inadvertidos muchos casos perfectamente típi-



cos, se ha incurrido después en el error opuesto, empleando a diestro y siniestro el mentado diagnóstico, precisamente en la época en que el brote epidémico que en nuestra patria no alcanzó nunca una gran intensidad, se halla, sino completamente extinguido, si notoriamente atenuado. Ahora que son raros los casos que todavía se observan de legítima encefalitis epidémica, es cuando más falsos diagnósticos de esta clase tienen que ser rectificados, por esa malhadada sugestibilidad de la mente, que la supedita a los cómodos dictados de la rutina y a los veleidosos arbitrios de esas infundadas corrientes de opinión que son las manifestaciones de lo que merace llamarse moda pseudocientífica.

En mi monografía sobre la encefalitis epidémica, recientemente publicada, (1) llamé la atención sobre las enfermedades con las que su confusión es posible, insistiendo con el debido detalle en los fundamentos de su diagnóstico diferencial; singularmente he insistido después, por la gran importancia práctica de este problema diagnóstico, en su distinción respecto del letargo histérico, con el que frecuentemente se ha equivocado. (2) De estos vulgares errores de diagnóstico, fáciles de evitar si se procede en la investigación clínica con el debido rigor, no tengo para qué tratar aquí, pues nada nuevo tendría que añadir a lo expuesto en las citadas publicaciones.

Tampoco he de detenerme mucho, por más que lo considere muy vituperable, en combatir el prurito de extender sin medida el concepto de la encefalitis epidémica, pretendiendo englobar en él otras varias dolencias, algunas de antiguo dotadas de indiscutible individualidad nosológica, o asimilando aquella a distintas enfermedades también desde hace tiempo netamente caracterizadas. En este asunto, se parte en general de una base cierta para llegar por sucesivas exageraciones y falseamientos de la realidad a conclusiones de todo punto inadmisibles. Así, de la existencia perfectamente probada de una variedad de encefalitis llamada mioclónica, se ha pasado a las tentativas de incorporación de la misma a la llamada corea eléctrica (de Dúbini) y últimamente en la Sociedad Médica de los Hospitales de París se ha suscitado el tema de las conexiones del corea de Sydenham con la encefalitis letárgica. Lesné y Langle (3) tratan de demostrar que existe una relación estrecha entre estas enfermedades, fundándose en la observación de una niña de ocho años que presentaba al lado de los síntomas clásicos del corea agudo vulgar, una tumefacción de las glándulas parótida y sub-maxilar y aumento de azúcar en el líquido céfalo-raquídeo, fenómenos éstos ajenos a la semiología del corea y características, en cambio, de la encefalitis letárgica, según la opinión de Netter, que los citados autores aceptan. El propio Netter, refiriéndose a este caso, después de insistir en

la frecuencia con que se observa la tumefacción de las glándulas salivares en la encefalitis, expuso la aventurada conjetura de que las crisis de corea que anteriormente había padecido la misma enfermita, posiblemente representarían otros tantos ataques de encefalitis letárgica; en la misma sesión le objetó muy razonablemente Achard, que para admitir el origen encefalítico de esos casos recidivantes de corea, sería necesario que se repitiesen no sólo los síntomas mioclónicos, sino también las demás manifestaciones de la encefalitis.

En la sesión siguiente de la misma corporación, Babonneix, (1) volviendo sobre dicho tema e insistiendo siempre en la importancia de la tumefacción de la parótidas como fenómeno ligado a la encefalitis letárgica, cita un caso de corea gravídica publicado por Apeut y Borilard ocurrido en una mujer sífilítica, en la cual entre otras complicaciones, sobrevino una parotiditis doble; ésta desapareció rápidamente a consecuencia, según Milián, de la supresión del yoduro; pero los autores se preguntan si se trataba realmente de una parotiditis iódica o dependiente de la encefalitis epidémica.

Como de lo expuesto se colige los fundamentos en que se pretende apoyar la supuesta analogía o similitud de la corea de Sydenham y de la encefalitis epidémica son tan escasos como deleznales; pero es tal el afán de destacarse por su originalidad que experimentan algunos publicistas, que no vacilan en tomar como pretexto las más leves concomitancias para forjar atrevidas hipótesis. Si prosperase la opinión que tiende a fusionar a la encefalitis epidémica con el corea vulgar, como hace pocos años se intentó demostrar por algunos médicos franceses que éste era de origen sífilítico, relacionando unos conceptos con otros y dejándose llevar de deducción en deducción a impulsos de la irreflexiva fantasía, no tendría nada de extraño que se llegara a la conclusión sorprendente de que la encefalitis letárgica es una modalidad de la sífilis. Volviendo al terreno de la realidad, de la observación imparcial de los hechos y de su meditada interpretación, lo único que hoy puede afirmarse es que la meningoencefalitis epidémica y el corea de Sydenham, son, han sido y serán enfermedades radicalmente distintas que pueden en algún raro caso coincidir en un mismo sujeto, y algo más a menudo presentar en sus respectivos cuadros uno o varios síntomas más o menos remotamente parecidos a los de la otra dolencia, pero sin que por estas vagas conexiones estemos autorizados jamás a suponer que existe igualdad, ni siquiera aproximación fundamental entre ambos procesos.

En cuanto a las relaciones de la encefalitis epidémica con la enfermedad de Parkinson por su relativa frecuencia y por la importancia de los problemas nosológicos y diagnósticos que plantean, especialmente en lo que a la determinación topográfica de las lesiones respecta, son merecedoras de atento examen.

(1) FERNÁNDEZ SANZ: *La llamada encefalitis letárgica*. Madrid. 1920.  
(2) FERNÁNDEZ SANZ: Dos casos de letargo histérico. *La Medicina Ibérica*, núm. 133, 22 Mayo 1920.

(3) LESNÉ y LANGLE: *Paris Medical*, núm. 25, pág. 510. 19 junio 1920.

(1) BABONNEIX: *Paris Medical*, núm. 26, pág. 525, 26 junio 1920.



A primera vista parece incomprensible que pueda ni pensarse siquiera en descubrir analogías entre una enfermedad febril, aguda, epidémica, de evidente tipo infeccioso, como la encefalitis, y un padecimiento indefinidamente crónico de carácter lesional lentamente destructivo a la par que irritativas, tiene probablemente por alteraciones degenerativas de determinados territorios de los centros nerviosos, como la parálisis agitante. Pero aunque la patogenia, la evolución y los síntomas generales de ambas dolencias sean muy diversos, es innegable que en una parte del síndrome de la encefalitis epidémica, en varios casos de ella, por lo menos, se advierten manifiestas semejanzas con los síntomas más típicos de la enfermedad de Parkinson. Tan cierto es esto, que sin prejuicio alguno por parte de los observadores, en la reciente epidemia de meningoencefalitis, a medida que los hechos clínicos se iban acumulando, se advirtió pronto la necesidad de admitir formas clínicas diferentes, y al lado de la denominada letárgica, la única conocida inicialmente, se crearon otras, una de las más importantes de las cuales ha sido la titulada mioclónica, a la que debe asimilarse la interesante y no rara variedad denominada por los autores anglo-sajones *pseudo-parkinsoniana*; de esta forma han publicado observaciones, entre otros, Taylor, (1) Ely, (2) Sicard y Bollack. (3) etc., y se caracteriza por el aspecto de rigidez del sujeto, por la hipermiotonia, temblor, actitudes catatónicas, etc.

También debe reconocerse que no solamente en la forma mioclónica, sino también en la clásica y propiamente llamada letárgica, se observan algunos fenómenos que recuerdan a la sintomatología de la enfermedad de Parkinson, singularmente en lo relativo a la imposibilidad del sujeto a su tendencia a permanecer inmóvil como una estatua, a la expresión de su rostro, que yo en mi citada monografía he calificado de tristeza resignada, y si a esto se agrega el temblor, que es relativamente frecuente, aun en la forma letárgica y que yo he tenido ocasión de apreciar en varios casos, generalizado o localizado en una o dos extremidades, extenso, de rapidez media, y afectando a los miembros en su conjunto, debe reconocerse que existe un cúmulo de hechos clínicos que establecen una patente semejanza entre el síndrome parkinsoniano y el de la encefalitis epidémica, al menos en un considerable número de casos de ésta.

Señalado así el parecido entre la expresión fenomenológica de ambas dolencias, en un principio se planteó el problema de sus conexiones en el terreno puramente sintomático, considerando la similitud señalada como susceptible de engendrar errores diagnósticos y explicando los caracteres distintivos que permitían evitar esta confusión; se admitía una variedad de la encefalitis epidémica que, por sus apariencias clínicas,

se consideraba como más o menos semejante a la enfermedad de Parkinson, y por esto se la llamaba forma pseudo-parkinsoniana, o para abreviar, parkinsoniana a secas; pero estos calificativos tenían sólo el valor puramente formal de expresión de analogías externas en los respectivos síndromes, y los conceptos nosológicos de ambos procesos continuaban teniéndose como distintos.

Más adelante, la manera de comprender las relaciones de la encefalitis epidémica y de la parálisis agitante, cambió radicalmente, surgiendo una atrevida innovación conceptual, que ha encontrado razonada resistencia, que no ha tenido aún confirmación indubitante y que parece difícil que en lo porvenir pueda arraigar en la ciencia como una verdad satisfactoriamente demostrada.

No se trata ya de una aproximación meramente superficial fundada sólo en las apariencias exteriores, sino de una tentativa de identificación íntima, profunda y completa. Esta intentada síntesis nosológica, que de tener plena realización obligaría a una radical modificación del concepto actual de la parálisis agitante, fué inspirada por la observación de algunos casos en los que a la encefalitis letárgica pareció suceder un síndrome persistente, de evolución crónica y de caracteres iguales a los típicos de la verdadera enfermedad de Parkinson, de la propiamente así llamada; como se ve, y juzgo inútil insistir más en ello, se plantea ahora el problema en términos muy distintos de los que revistió en un principio; en vez de fenómenos parkinsonianos concomitantes con la fase aguda de la encefalitis epidémica, considéranse otros consecutivos a ella y de larga duración, y no se habla ya de semejanzas aparentes, sino de la fusión de las dos dolencias en una sola entidad morbosa.

En apoyo de esta novísima opinión adúcese las siguientes observaciones: una de Souques (1), referente a una mujer de sesenta y seis años, en la que sobrevino, a consecuencia de una encefalitis letárgica, una parálisis agitante legítima, de realidad comprobada por su examen durante dos años; según Souques, se explica esta sucesión de estados patológicos, porque el virus de la encefalitis ataca de preferencia al mesocélo y a los ganglios centrales del cerebro, que constituyen el asiento de las lesiones de la parálisis agitante.

Sicard y Paraf (2) han observado frecuentemente en los sujetos convalecientes de encefalitis letárgica, actitudes envaradas y rigidez de aspecto parkinsoniano; pero en un solo caso califican al síndrome de parkinsonismo verdadero, con temblor típico de las manos y dedos, y extensión progresiva de este temblor a los demás segmentos de los miembros; según estos autores las formas oculoletórgicas predisponen al parkinsonismo consecutivo más que las mioclónicas.

Cuando los casos son recientes, de evolución corta

(1) TAYLOR: *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 50, pág. 558, 1919.

(2) ELY: *Journal of the American Medical Association*, vol. 50, pág. 558, 1919.

(3) SICARD y BOLLACK: *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 20 febrero 1920.

(1) SOUQUES: *Société de Neurologie de Paris*, 6 mayo 1920.

(2) SICARD y PARAF: *Société de Neurologie de Paris*, Sesión del 6 de mayo de 1920.



aún, no creo que sea lícito hablar de una verdadera parálisis agitante postencefalítica. Yo he tenido ocasión de estudiar varios casos en los que bastantes semanas y aun meses después del ataque de encefalitis, todavía persistían algunos síntomas de tipo parkinsoniano, como el aspecto de máscara del rostro, la inmovilidad general, la falta de flexibilidad en todos los segmentos corpóreos, el temblor a veces; pero ninguno me dió la impresión de una verdadera parálisis agitante, ni me creo autorizado a calificarlos así, pues a ello se oponen, aparte de varias manifestadas diferencias sintomáticas, la evolución regresiva, aunque lentamente.

Souques, Moreau y Pichon (1) han presentado en la sesión del 3 de junio de 1920 en la *Société de Neurologie*, de París, dos casos que consideran como afectos de parálisis agitante, a consecuencia de encefalitis letárgica; en el primero, que cuenta ya dos años de fecha, la rigidez muscular persiste, pero es de advertir que el temblor ha desaparecido; por esta razón no me parece probatorio este caso y tampoco lo es el segundo, como los propios autores sinceramente confiesan, por lo reciente de su comienzo, que sólo cuenta tres meses de fecha.

En la misma sesión de la citada *Société de Neurologie*, Babinski y Jarkowski (2) presentaron un caso muy interesante que dió lugar a una amplia discusión; trátase de un sujeto que padeció hace dos años la encefalitis letárgica, y que en la actualidad revela en la expresión de su rostro y en los caracteres de su marcha, la existencia de una rigidez parkinsoniana sin temblor, distinguiéndose esta observación de la mayoría de las comunicadas por los dos motivos siguientes: por la marcha progresiva de los síntomas que se van agravando gradualmente, a pesar del tratamiento, y por la asociación de un síndrome catatónico perfectamente típico.

En la polémica a que la presentación de este caso dió lugar, Achard aludió a la hipótesis de Netter, de que a continuación nos ocuparemos, según la cual, el virus de la encefalitis epidémica podría persistir en los centros nerviosos, dando lugar a procesos crónicos lentamente progresivos, como consecuencia permanente de la fase aguda, poseyendo, por lo tanto, el susodicho virus, aunque no frecuentemente, la capacidad de fijarse de modo duradero en el sistema nervioso central, como los agentes de la sífilis y de la enfermedad del sueño.

Sicard, en la misma discusión, se ocupó del pronóstico de los síndromes parkinsonianos postencefálicos, que debe, según él, fundarse en la existencia o no de temblor, siendo la presencia de éste un factor de gravedad, sobre todo, cuando interesa a los dedos pulgar e índice, pues esto caracterizaría a la forma progresiva y definitiva, que constituye la verdadera enfermedad de Parkinson; pero la exactitud y constancia del

pretendido valor pronóstico de esta particularidad han sido impugnadas por Souques y por Meige, y los datos recogidos en mi experiencia personal tampoco me permiten considerar como siempre; seguro el citado signo pronóstico.

Han sido objeto también de controversia las relaciones de la encefalitis epidémica con la parálisis agitante en la Academia de Medicina de París; Netter (1) sostiene que la identidad o la separación de ambos procesos no podrá decidirse en tanto que no se conozca con exactitud la causa y génesis del uno y del otro; pero por de pronto puede afirmarse que si bien el virus de la encefalitis manifiesta ahora su actividad de modo muy intenso y en forma epidémica, existe, en realidad, desde hace largo tiempo, con determinaciones más discretas de carácter esporádico; añade que dos enfermedades pueden parecer independientes cuando, en realidad, se trata de una sola, que se presenta unas veces aislada y otras en forma de epidemia, con síntomas parcialmente diversos en uno y otro caso: no se atreve por el momento a afirmar la subordinación a la encefalitis letárgica de todos los casos de enfermedad de Parkinson, pues es posible que algunas formas de ésta sean independiente de aquélla; pero es de tener en cuenta que hay casos de encefalitis que pasan inadvertidos, y la solución de este problema no será posible en tanto no haya avanzado más el conocimiento patogénico de las dos citadas dolencias.

Como se deduce de lo expuesto, Netter, aunque fuertemente inclinado a suponer a la parálisis agitante en dependencia en cuanto a su origen de la encefalitis, no se decide todavía a sostener que tal sea siempre la génesis de aquella enfermedad. Esta opinión, aunque así atenuada, ha encontrado severos contradictores que la han combatido con argumentos de gran fuerza.

Pierre Marie (2) declara que es cierto que en el curso o a continuación de la encefalitis letárgica se observan frecuentemente la rigidez y la facies propias de la enfermedad de Parkinson; pero no se trata de la parálisis agitante clásica, sino de un síndrome parkinsoniano que se distingue de ella por un conjunto de caracteres muy claros, que se han apreciado en casi todos los casos: falta de temblor, aparición inmediatamente después de una enfermedad aguda febril, en una edad mucho más temprana, sacudidas fibrilares en la lengua, alteraciones de la masticación, posibilidad de la regresión en las formas leves. No parece existir nada de común (salvo la semejanza sintomática, me permito observar yo) entre el síndrome parkinsoniano consecutivo a la encefalitis letárgica y la verdadera parálisis agitante, afirma P. Marie, agregando que acaso sea la misma la localización de las lesiones, pero no la naturaleza de éstas; en la encefalitis letárgica existen focos de infiltración perivascular de tipo infeccioso, mientras que en la enfermedad de Parkinson cuando se encuentran alteraciones materiales apreciables, con-

(1) SOUQUES, MOREAU y PICHON: *Presse Médicale*, núm. 40, pág. 399, 16 junio 1920.

(2) BABINSKI y JARKOWSKI: *Paris Médical*, núm. 26, pág. 528, 26 junio 1920.

(1) NETTER: *Académie de Médecine de Paris*, 15 junio 1920.

(2) PIERRE MARIE y Mlle. LEVY, *Presse Médicale*, núm. 41, pág. 407



sisten en fenómenos degenerativos intrínsecos de las células nerviosas.

Realmente, aunque la patogenia de la encefalitis letárgica y de la parálisis agitante sea aún muy oscura, se conoce bastante la anatomía patológica de una y otra y los datos positivos que acerca de los respectivos cambios texturales poseemos, no autorizan la total identificación de ambas afecciones que algunos autores pretenden llevar a cabo, antes al contrario, demuestran la existencia de considerables diferencias entre ellas.

Por consiguiente, debemos continuar admitiendo, por ahora, que la encefalitis epidémica y la parálisis agitante propiamente dicha, son enfermedades fundamentalmente distintas, si bien es cierto que durante y después de la primera se suelen observar cuadros morbosos, más o menos persistentes, con acentuados fenómenos parkinsonianos, pero que no deben confundirse con la verdadera y clásica enfermedad de Parkinson.

Por último, son también en extremo interesantes las relaciones de la encefalitis epidémica con diversos síndromes psicopáticos con la catatonía, a la que he aludido en uno de los párrafos anteriores al tratar del caso de Babinski y Jarkowski, con la confusión mental, de lo que he observado recientemente un caso gravísimo, con la hebefrenia, con otras formas de demencia precoz, etc.; pero de este importante asunto de las complicaciones y secuelas psíquicas de la meningoencefalitis epidémica, no puedo ocuparme aquí, por no hacer demasiado largo y heterogéneo este trabajo, aplazando su examen para un estadio ulterior.

## VARIEDADES DE NEVUS Y SUS TRATAMIENTOS MÁS INDICADOS

POR EL

DOCTOR SICILIA

(del Hospital de San Juan de Dios.)

Hombre de veintidós años, tiene nevus telangiectásico papilomatoso lado izquierdo vértice, otros puntos más rojos diseminados. Manchas telangiectásicas en la región mentoniana izquierda. Congénitos y tratados por nieve carbónica, lo cual indica su larga duración y resistencia a tratamientos en muchos casos, siendo muy frecuente encontrar curaciones interminables en estas deformaciones y malformaciones vasculares por el carácter cavernoso y turgente, que sienten la efectibilidad de los cambios de presión impresos por los vasos aferentes, la vis a tergo y la vis a fronte, y en otros casos, la participación de la piel y papilas cubrientes, formando aspecto queratocórneo y vegetante como en angioteratoma Mibelli y angiopapilomas. Los toques de cloruro de cinc y las inyecciones del mismo esclerógenas, así como las cauterizaciones con crista-

les de ácido crómico consiguen difícilmente resultado en los grandes que trombosan con embolias, por ser en algunos las coagulaciones blancas que tienen peligro, cosa fácil también con el percloruro de hierro. La terapéutica mejor es la física, conviniendo preferentemente dos grandes métodos: la electrolisis bipolar y la alta frecuencia o radiaciones penetrantes ultravioladas, estando indicado el primero en los voluminosos y arteriovenosos o de grandes alternativas en su contenido, debiendo preceder, siempre que sea posible, la ligadura de las arterias más inmediatas, clavando las agujas en polos opuestos, dividiendo el campo en pequeñas parcelas hasta formación de escara, yendo de positivo a negativo e invirtiéndola al contrario. Las agujas de depilación, así como las de acero al rojo oscuro en las minúsculas estelares o vasitos ramificados a lo largo de los mismos. El chisporroteo eléctrico, ya sea por parte metálica o del cristal de los aparatos de alta frecuencia, ya con finos electrodos metálicos especiales, produce pequeñas escaras en las nodulaciones y espesa descamación en región, pero exige vigilancia de lo cauterizado para su eliminación sin hemorragia.

En muchas formas maculosas extensas como estamos viendo en los paseos, los rayos X, las sesiones prolongadas de alta frecuencia con intensidad, el radio, todos estos elementos son útiles por la reacción seguida de gran descamación que producen, haciendo contraer vasos dérmicos ectásicos, que en algunos casos traspasa los límites, como vemos cuando se irradian focos de lupus, de telangiantasias, de epitelio-mas, de tiñas, sobre todo cuando ocupan las semimucosas, donde suelen ser también más prominentes y violáceos por mayor transparencia de la dilatación vascular, y también está indicada la fuerte fototerapia de cuarzo compresiva; en estos casos las pincelaciones muy concentradas de resorcina hasta un 50 por 100 en colodion, solución de silicato, de gelato, de dextrina, de goma arábica, emplasto de tártaro, sirven. En los nevus verrucosos la escarificación o la extirpación, siendo ésta requerida prontamente cuando se aprietan, ulceran, papilomatizan excesivamente o sufren la transformación maligna, y en los que recaen en mucosas cuando se inflaman mucho o sangran, así como el termo y el galvanocauterio o la asa galvanocáustica, y hasta la fría cuando están pediculados. En los nevus papulopilosos o pilosos, la depilación con aguja electrolítica hasta inflamación marcada que, como la mayoría de los procedimientos anteriores ensayados por mí, de los que conservo nota, han obtenido buen resultado. Es más, el nevus representa, según su variedad, algo importante, y es la tendencia de la piel a padecer dermatosis o alteraciones en que predominan las alteraciones de dicho elemento anatómico; así, en los de nevus vasculares suelen haber congestión de la piel o ser gruesos apopléticos y obesos; los de nevus verrucosos, alteraciones de capa córnea; los de nevus pilosos, hipertrichosis y seborreas, y una mezcla de éstos en proporciones diversas en los



viejos, cuyas pieles sufren regresión o alteración marcada de la mayoría de sus elementos constitutivos; por esto cuando se encuentran estas polimorfias pigmentosas, verrugosas, angiomatosas o telangiectásicas, pilosas, indican pieles seniles expuestas a ulceraciones, supuraciones, infecciones linfangíticas, cancroide sebóroides preepiteliomatosas, cuernos o papulas córneas, y cuando recaen en edades jóvenes, dan el xeroderma pigmentoso, o mejor polimorfo, así como en edades medias da la kerosis o xerosis, conviniendo disminuir los excesos, contribuyendo a llevar buena sangre en calidad y cantidad a la piel con inyecciones depuradoras y modificadoras, variables según análisis químico de las mismas, tonificando piel y organismo por los medios más prácticos, sobre todos físicos, mecánicos y cósmicos, en lo cual influyen los baños estáticos eléctricos con los electrolíticos por descomposición de iones medicamentosos y los termales hidrotérmicos con buena limpieza por fricciones, y siendo la mayoría de los nevus pequeños, limitados, diseminados como producto de falta de desarrollo parcial de elementos cutáneos, las curas locales resultan, pero no dan más que el fin estático, pues lo importante, y que hay que ir cambiando, es lo que representan, la tendencia especial de la piel, que hará prevenir y poner en guardia, y el estado de la nutrición con la idiosincrasia y naturaleza del individuo.

## Estado actual de la cirugía de la próstata. Clínica y crítica <sup>(1)</sup>

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA  
EL DÍA 28 DE ABRIL DE 1920

por el

DR. D. RAFAEL MOLLÁ

.....

Y basta ya, porque no es posible extenderme. Yo hubiera querido hablar de la patología, de doctrinas..., algunas he citado vagamente...; voy a ver si en un cuarto de hora, y así completaré la hora, si es que no canso a los señores Académicos, digo algo respecto al verdadero punto quirúrgico del tema.

También son puntos muy interesantes, la fisiología de la próstata..., pero no es posible desarrollarlo.

Hoy están a mi juicio, bastante bien sentadas, en medio de las dudas que nacen de la heterogeneidad del proceso, bastante bien sentadas las indicaciones, sobre todo de la intervención quirúrgica, pero, en honor de la verdad, la intervención quirúrgica es la excepción y el empleo de los medios paliativos es la regla.

De manera que la higiene del prostático, en todos sus aspectos, para evitar complicaciones, digámoslo

(1) Véase el número anterior.

así, en el proceso en marcha lenta, porque no es proceso de marcha aguda, tiene extraordinaria importancia. El tratamiento quirúrgico, pero no operatorio, tiene también extraordinario interés, porque en todos estos casos que no se operan, claro está que la sonda, el cateterismo permanente y algunas veces intervenciones que tienen el carácter de cruentas, pero que son paliativas; por ejemplo, la punción hipogástrica para salvar la situación de momento. Es más racional y más prudente el practicar una talla hipogástrica; lo mismo que el desagüe por vía hipogástrica o perineal, cuando la infección lo exige, pero son también operaciones paliativas que sólo a título excepcional se pueden recomendar.

El verdadero tratamiento radical de la hipertrofia prostática, el verdadero tratamiento curativo, está representado por la separación del obstáculo prostático. No le llamemos prostatectomía porque no es tal en la mayoría de los casos.

Y aquí, en el terreno de las indicaciones es donde cabe discurrir y discutir y desde luego sentar las indicaciones, claro está que siempre a base de tener un criterio justo. No es posible en cuestiones discutidas y discutibles que todo el mundo piense lo mismo, tanto en la cuestión de las indicaciones como en la vía a elegir (más que en los procedimientos, en la vía a elegir) y no obstante, son cuestiones que tienen una trascendencia inmensa.

Con Marion yo admito tres grupos de prostáticos (a base, desde luego, de las intervenciones radicales); prostáticos que *no deben* operarse, prostáticos que *pueden* operarse y prostáticos que *deben* operarse, así categoricamente.

Pero los límites entre unos y otros son los difíciles de señalar, porque hay que contar siempre con la voluntad del paciente y de los que le rodean; su cultura, su posición social, una serie de circunstancias que modifican mucho las indicaciones.

Pero dejando aparte esto y pudiendo libremente el urólogo expresar su voluntad e imponer su criterio, hay una serie de casos en los cuales no es necesaria la operación. Se puede decir que no deben operarse los prostáticos que no tienen deformación, que no pasan de su primer período. Ya sabemos que los períodos son tres: el primero, puramente *dinámico*, puramente congestivo; el segundo período, ya *mecánico*, en el cual se inicia sobre todo la retención, que es la expresión de esa dificultad mecánica, y el tercer período, que es continuación del segundo hay retención completa y retención, sobre todo con distensión, que es lo que agrava la lesión.

Los que no tienen retención, los que no tienen por consiguiente, necesidad de sondarse, no tienen por qué operarse, y yo voy más allá aún; hay prostáticos que llegan al segundo período en el cual se inicia la retención, sobre todo retención que exige el cateterismo, porque pasa ya más allá de los 80 o 100 gramos; pero no existiendo la infección, soportando bien el cateterismo, no habiendo disuria, no habiendo dolor



res, estos prostáticos no deben operarse tampoco porque soportan la enfermedad y como este es un proceso que no tiene una marcha clínica, exclusiva, fatal, porque hay prostáticos que se mantienen en el primer período, que no pasan de él y prostáticos que ni siquiera lo saben y muchas cosas que se descubren en las autopsias, todos estos no se deben operar. Hace pocos días, en la cama número 9, operé a un enfermo con fistula de ano, y al explorarle me encontré con una próstata voluminosa, uniforme, que no deformaba el conducto y que ni siquiera sabía este individuo que era prostático. Este individuo, probablemente, no pasará del primer período, y es cosa curiosa; hay prostáticos que se operan sin necesidad de operarse cuando no existe retención. Es sabido que el treinta por ciento de los hombres son prostáticos, de los cincuenta años en adelante; pero no hay más que un diez por ciento que sientan los efectos de la enfermedad, ya que el aumento de volumen no es lo que determina los fenómenos mecánicos, sino la deformación, no habiendo obstrucción mecánica no se presentan fenómenos congestivos.

Y vamos con los del segundo grupo:

Prostáticos que pueden operarse o no, según las circunstancias. Claro está que éste es un grupo muy numeroso, y es muy difícil condensar en una fórmula la expresión de la realidad clínica.

Pero, en general, todo prostático que tenga posición social que pueda dedicar al tratamiento higiénico y al tratamiento paliativo una gran parte de su vida, que tolera bien el cateterismo, que no va acompañado de dolores, de hemorragias, este individuo puede no operarse, sobre todo sabiendo dominar la infección, pudiendo evitar un proceso ascendente, no descuidando los cateterismos azépticos. Pero muchos de esos individuos que no pueden atender debidamente a su cuidado, que en cierto período de la vida están molestos, si tienen un estado general bueno, si no hay infección ascendente, deben operarse y, desde luego, los enfermos de este grupo son los que toleran el cateterismo; pero que tienen una infección difícil de dominar y que son jóvenes, por lo mismo que tienen muchos años por delante y en estos años es casi seguro que se agravará la infección, deben operarse.

Acordada la intervención, hay una serie de problemas a resolver. La elección de vía no es indiferente. Es sabido que la prostatectomía perineal fué la primera que se practicó y fué una operación que dió grandes resultados, como no los ha conseguido la prostatectomía transvesical, y se comprende porque es una operación en la cual las hemorragias no son de temer, ya que las arterias del perine están a la vista, porque el desagüe es una verdad, en dirección vertical, porque se opera a campo abierto y es una operación artística y que reúne todas las condiciones que debe reunir una operación quirúrgica.

Por eso consiguió tantos éxitos, y yo puedo afirmar que los primeros prostáticos que operé hasta el año 10 de este siglo (en el año 8 ó 9 fué cuando empezó a pro-

pagarse en toda España la vía tranvesical); operé nueve enfermos y no se murió ninguno—y luego tampoco; de los enfermos que he operado por vía perineal no se ha muerto nadie, y, en cambio, por la vía transvesical, tengo una mortalidad de un 14 por 100, pero esto puede ser debido, desde luego, a otras causas ajenas a la vía, por que nada más variable que las condiciones en que se operan los prostáticos. Si operamos solamente jóvenes, éstos en el período de retención sin infección lo mismo por la vía perineal que por vía gástrica, no se morirá casi nadie, pero se opera en las condiciones desastrosas en que se opera, con infección ascendente por estado de uremias, en los debilitados, en los viejos, en los escleróticos, en los individuos que por lo general tienen taras orgánicas y, sobre todo, por perturbaciones profundas del metabolismo orgánico, artríticos, diabéticos, etc., la mortalidad es grande.

¿Qué indicaciones tienen una u otra vía? Yo hubiera querido hablar de otros medios de tratamiento, sobre todo de la fulguración, pero es un procedimiento que al fin y al cabo es una variante de la prostatectomía transvesical, y sobre todo del empleo de las sustancias radioactivas. Sólo he de decir dos palabras: Fuera de España se ha hecho muy poco en el tratamiento de la hipertrofia de la próstata por las sustancias radioactivas. Yo tuve la curiosidad, por que son problemas que siempre me han interesado, cuando fui al extranjero con la misión médica escolar, de interrogar a la mayoría de los urólogos franceses.—El país de la prostatectomía, ha sido Francia realmente y ni en Inglaterra ni en Francia se ha propagado, digámoslo así, el tratamiento de la hipertrofia de la próstata por los rayos X.—Yo interrogué a Legueux y sus discípulos, a los discípulos de Marión, de la Escuela de Lariboissière tomé nota, y sobre todo de algunos urólogos y algunos, desde luego, radiólogos como Bergonié, y todos ellos me contestaron con una mueca de escepticismo, excepto Bergonié, el cual me significó que no tenía experiencia propia ni conocía la ajena, pero que desde luego, le parecía muy razonable. A mí me parece también muy razonable el empleo; en primer lugar, porque desde luego se trata de un tumor benigno, pero sea por que no hay experiencia, sea por lo que sea, las esperanzas han salido, a mi juicio, fallidas, es decir, que no han correspondido desde luego a la realidad.

Dejando a un lado, desde luego, apriorismos y todo espíritu de industria, que no puedo suponerlo en quién aconseja este procedimiento. es cierto que podrá disminuir el volumen de la próstata, y yo lo que he conseguido, y es lo único que he podido apreciar esta disminución de este volumen, pero la retención no desaparece, y es por que como he dicho tantas veces, la retención es la que domina; sin retención, no hay prostáticos, y la retención no la determina el volumen, sino la deformación, y como la deformación no desaparece, claro está que no puedo considerar curada una prostatitis aún cuando disminuya el volumen de la hipertrofia.

Y es por este juicio sintético que yo afirmo, quizás,



sea, como digo, por que no hay bastante experiencia, pero quizás sea un medio curativo que prometa, pero hoy, me parece que las realidades no han correspondido a lo que se esperaba.

Y voy a terminar en unos minutos, hablando de indicaciones de la vía perineal y de la vía hipogástrica. Las distintas evoluciones de la hipertrofia imponen a veces indicaciones que hay que seguir. En la hipertrofia vesical hay necesidad de la prostatectomía transvesical cuando la inteción no impone otra vía; en la hipertrofia transversal y rectal que llega a ponerse en contacto con la rama uquiática está indicando claramente la intervención por periné. La evolución perineal, no es frecuente porque generalmente la próstata se eleva al encuentro el obstáculo, digámoslo así, del periné, y es uno de los orígenes de la elevación del cuello, de la formación del bajo fondo vesical, etc., de una serie de lesiones que no es posible detallar; y, por fin, la evolución uretral en un lado solo: cuando son los dos lados, llega a borrarse el contorno de la uretra y es el origen de la inmensa mayoría de las retenciones, cuando coincide además con la evolución endo uretral, coincide con el predominio de uno de los lóbulos sobre el otro lóbulo, porque entonces vienen las deformidades de la uretra.

De manera que hay, por ejemplo, formas de encaje recíproco; un lóbulo y otro se encajan, y desde luego, con estos enfermos se hace imposible el cateterismo; la deformación angular, cuando se eleva la parte posterior, y así sucesivamente todavía podemos ver representados más detalles de anatomía patológica, como por ejemplo, este lóbulo medio excesivamente elevado, con bajo fondo vesical, causa de las infecciones, causa sobre todo de la formación de cálculos secundarios en los individuos a quienes el cateterismo no se practica debidamente.

¿Qué inconvenientes, qué peligros, qué ventajas tienen las dos formas de prostatectomía? Indudablemente la prostatectomía hipogástrica es más fácil, es muy sencilla, es la operación, puede decirse, de los urólogos no cirujanos. No se necesita más que un bisturí para practicar la talla hipogástrica y luego el dedo para estirpar.

Más bien como recuerdo que para ilustrar, en una de estas figuras he representado las dos vías. La vejiga, el periné, la próstata rechazada hacia la periferia, el adenoma representa una próstata con hipertrofia total; de manera que vaciamos con el dedo o con la tijera se rasga primero la mucosa y luego la falsa cápsula prostática, por que la enucleación por fuera de la próstata expone a grandes hemorragias puesto que está luego la verdadera cápsula prostática de tejido, de estroma y ésta está confundida con una malla de vasos, el plexo de Santorini, venas, arterias y las hemorragias son muy grandes.

No siempre el adenoma es un adenoma puro. A veces domina la forma fibrosa o las formas infiltradas, que son verdaderas neoplasias; si el diagnóstico fuera siempre seguro, el diagnóstico de la forma anatómica,

exacto la elección sería más fácil, pero en caso de duda, sobre todo si existe infección, y aún no existiendo, tratándose de próstatas sospechosas, generalmente es más benigna la vía perineal. En cambio en próstatas blandas, en próstatas sin infección, que se nota poca consistencia, sin hemorragias, porque las hemorragias frecuentes suelen también iniciar una evolución sospechosa, cuando el individuo no tiene un volumen muy grande del abdomen, debe seguirse la vía hipogástrica porque cuando el abdomen es muy voluminoso o el pubis es muy alto, es también mejor emplear la vía perineal.

Pero a mi juicio, lo que decide la vía, es la infección. Creo que no debe hacerse una prostatectomía por vía hipogástrica si la infección existe, porque el desagüe en la vía hipogástrica está invertido, hay que forzar el cuello y además queda una cavidad y la hemorragia muchas veces suele matar al enfermo, mientras que por la vía perineal el desagüe evita la infección.

Podrá tener importancia la posibilidad de quedar fístulas, la posibilidad de la incontinencia, pero repito que lo que decide a mi juicio la elección de vía es la infección y como la mayor parte de los prostáticos desgraciadamente se operan en períodos que ya casi son son inoperables, si se opera por la vía hipogástrica a estos individuos de forma infectada, es condenarlos casi a una muerte segura.

Esto fué el origen seguramente de la gran mortalidad que tiene la prostatectomía transvesical, porque se opera en estas condiciones malas. De ahí que estos enfermos den una mortalidad del 14 por 100, mientras que la perineal oscila entre el 1, el 2, el 4 y hasta el 6 por 100 en las estadísticas de mayor mortalidad.

Y no quiero cansar más a la Academia. Solo me resta agradecer desde luego la gran dosis de bondad y de paciencia que han tenido acompañándome en esta disertación.

## Periódicos médicos

### HEMATOLOGÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

**I. Nuevas orientaciones de hematología clínica, por el profesor León Audain, antiguo director del Laboratorio de Hematología de Port-au-Prince.**— El interés de la hematología reside en los conocimientos que suministra al médico para el diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica de las enfermedades en general y en particular de las infecciones.

Ciertas grandes leyes, demasiado ignoradas desgraciadamente, rigen la hematología clínica; practicar exámenes de sangre sin tenerlos en cuenta es no querer recibir más que nociones vagas, inconsistentes y totalmente desprovistas de unión, que hacen imposible la tarea de deducir conclusiones útiles.

El estudio hematológico del organismo en las infecciones, perseguido sin tregua durante veinte años, nos



ha permitido descubrirlas. La gran dificultad residía en la interpretación de la fórmula hemoleucocitaria. ¿Cuál es su significación, o dicho de otra manera, ¿por qué se observan enfermedades con polinucleosis y con mononucleosis?

La fórmula hemoleucocitaria ¿depende de la naturaleza de la enfermedad o del lugar donde se produce la infección? En segundo lugar importa resolver el problema de la leucocitosis. En los tratados de hematología se lee que en ciertas enfermedades hay hiperleucocitosis, y en otras hipoleucocitosis estaban estas observaciones acertadamente interpretadas ¿La hiper e hipoleucocitosis dependían de la naturaleza de la enfermedad o de la *reacción del organismo*?

Nuestros estudios hematológicos personales nos han permitido dividir los tejidos y órganos en dos grandes clases: 1.<sup>a</sup> Los que son pobres en elementos linfoides o desprovistos de estos elementos. 2.<sup>a</sup> Los que son ricos en elementos linfoides.

El mismo microbio, desenvolviéndose en una o en otra de estas dos clases, da lugar a una fórmula hemoleucocitaria completamente diferente. Cuando el colibacilo actúa en la vejiga, desprovista de elementos linfoides, se observa una polinucleosis, mientras que, desarrollándose en el intestino rico en estos elementos, lo inflama, y la fórmula hemoleucocitaria es una mononucleosis; como el hecho es general y constante, se pueden deducir de él estas leyes hematológicas fundamentales.

El organismo se defiende inicialmente por dos procedimientos contra los microbios invasores.

1.<sup>o</sup> Por un procedimiento de *defensa o distancia* cuando una región pobre en elementos linfoides o desprovista de estos elementos es atacada por un microbio, moviliza los polinucleares, quienes, partiendo de sus centros de origen, afluyen en más o menos gran número hacia el punto atacado (hecho conocido).

2.<sup>o</sup> Cuando una región rica en elementos linfoides es asiento de una invasión microbiana, estos elementos entran en acción y oponen una defensa local al microbio invasor.

3.<sup>o</sup> Cuando el organismo está decaído y la defensa local no puede organizarse inmediatamente, la defensa a distancia (polinucleosis) se esfuerza para suplirla hasta que se establece la mononucleosis de defensa local, infinitamente más importante.

Es en virtud de estas leyes por lo que las inflamaciones de tejido celular, de los pulmones, de la pleura, de la vejiga, etc., presentan *normalmente* una fórmula *polinucleósica* durante todo el curso de la enfermedad.

Es también obedeciendo a estas leyes por lo que las inflamaciones del intestino (salvo aquellas limitadas a las glándulas) ofrecen siempre *normalmente* una fórmula hemoleucocitaria *monocleósica*. En aquellos casos dudosos donde las investigaciones clínicas habituales no nos permitan fijar el sitio exacto de la infección, la hematología nos prestará grandes servicios. Tal, el caso de un niño, presa de una fiebre violenta,

sin ningún otro síntoma morboso; el examen hematológico nos muestra una fórmula ligeramente polimelócica; algunas horas después esta fórmula es monocleócica; en este caso se puede estar seguro que se trata de un principio de infección de origen intestinal.

Por lo que a la leucocitosis se refiere, la cuestión es infinitamente más simple. El conocimiento del papel de los leucocitos permite decir *a priori* que la defensa del organismo contra el microbio está en razón directa con el número de leucocitos.

Se ha querido dividir las enfermedades, en enfermedades con hiper y con hipoleucocitosis. En realidad, esta división no ha sido afortunada; hay organismos que se defienden más o menos bien (hiperleucocitosis más o menos marcada), y organismos que se defienden más o menos mal (hipoleucocitosis). Apesar de lo que pretenden ciertos autores, el número de los leucocitos juega un papel bastante considerable, es un hecho que hemos observado mil veces y que nos ha permitido reglar el pronóstico por el aumento o disminución de los leucocitos.

Los casos como el que nos dió a observar el profesor Mr. Bar, de infección de poder oprónico débil, son infinitamente raros y casi despreciables.

De todo lo que antecede, sacamos la consecuencia de que en toda infección hay dos factores importantes que considerar.

1.<sup>o</sup> El factor hemoleucocitorio. 2.<sup>o</sup> El factor leucocitorio. Si la fórmula hemoleucocitosis nos da desde el punto de vista del diagnóstico indicaciones precisas sobre el tejido u órgano asiento de la infección, la *combinación* de estos dos factores que coadyuvan al mismo objeto, la defensa del organismo duplica el interés de la cuestión.

Así obrando se llega a tener una idea neta, *matemática* del grado de resistencia del organismo, y el pronóstico así hecho tendrá todas las garantías para el éxito, ver claro en un organismo, poder por los medios apropiados reanimarle cuando desfallece, sostener o exaltar en defensa, hacer, en una palabra, terapéutica resonada. ¿No será esto en todos los casos de infección, asegurar la cura?

Se dirá que practicar análisis de sangre todos los días para conocer exactamente el pronóstico y dirigir la medicación es bastante difícil, sobre todo si el número de enfermos es grande, esto es verdad desgraciadamente, para remediarlo hemos tratado de implicar la cuestión, para que todos puedan tener una guía de pronóstico seguro sin tener que recurrir con tanta frecuencia al análisis de la sangre de sus enfermos.

La exposición de éste método será el objeto de nuestro próximo artículo.—(De la *Presse Medicale*, 6 noviembre de 1920).—R. Pulpon.

## MEDICINA

### EN LENGUA EXTRANJERA

I. Tratamiento de la disfagia en las laringitis tuberculosas.—La disfagia es uno de los síntomas más comunes de la tuberculosis laringea, al menos en la



fase terminal del proceso, y una de las dificultades con que se tropieza al tratar estos enfermos, los cuales no pueden comer. A esto se debe que la tuberculosis de la laringe sea una de las enfermedades más molestas. La causa de la disfagia es el edema o, mejor dicho, la infiltración de la parte superior de la laringe, epiglotis, aritenoides y pliegues aritenoepigloteros, con o sin ulceración.

El nervio sensitivo, cuyo territorio corresponde al vestíbulo de la laringe, es exclusivamente el laríngeo superior, el cual, después de penetrar en la cavidad de la laringe, pasa muy próximo a la superficie entre el borde superior del hueso hioides y el superior del cartilago tiroideos. Si al reconocer al enfermo se rechaza el lado izquierdo de la laringe con un dedo de la mano derecha, el pulgar de la misma mano siente perfectamente el asta mayor del hioides y el espacio tirohioideo libre. Una compresión algo más fuerte sobre este área, en particular si la laringe está enferma, produce al punto un dolor fuerte que se propaga al conducto auditivo externo, y es debido a que el nervio laríngeo superior se encuentra directamente debajo del dedo que practica el reconocimiento.

La disfagia puede ser corregida en muchos casos por la anestesia local y el mejor procedimiento consiste en coger el nervio en el punto en que se halla debajo de la piel e inyectar en su trayecto unas cuantas gotas de una solución de alcohol al 85 por 100. Al principio el enfermo siente un dolor fuerte que se propaga al oído, lo que prueba que la inyección está bien hecha. Este dolor dura unos cuantos segundos, va seguido de analgesia completa y la disfagia desaparece en absoluto. El efecto sobre el estado físico y moral del enfermo es notable. Es curioso observar que el edema y la infiltración disminuyen y la mucosa adquiere su volumen normal. Las lesiones laríngeas pueden así ser tratadas directamente, y el enfermo alimentarse de buena manera.

La anestesia puede durar varios meses en algunos enfermos, en otros dura sólo unos cuantos días; pero por lo general se obtiene una anestesia permanente con seis o siete inyecciones.

El tratamiento es prácticamente inofensivo teniendo el operador algo de cuidado, y no exige más conocimientos técnicos especiales que los de anatomía regional, que todo práctico debe poseer. —(*New York Medical Journal*). —F. Toledo.

**2. Sintomatología del vólvulo del ciego.**—El vólvulo del ciego puede comenzar de dos maneras: o bien repentinamente con dolor abdominal fuerte y cólicos acompañados de vómitos, o, lo es más común, el enfermo esté estreñido y sienta dolor en el abdomen, sobre todo, en la fosa iliaca derecha donde se producen verdaderos accesos cólicos. Estos fenómenos prodromicos radican en el ciego móvil, pero por lo común se atribuyen al apéndice.

El dolor del vólvulo es intensísimo, continuo algunas veces pero casi siempre como cólico y aparece en

forma de paroxismos que coinciden con la contracción intestinal. Al seguir su marcha el proceso, el intestino se distiende y paraliza cesando la pesistalsis. La intensidad del cólico disminuye progresivamente y es sustituido por un dolor más fijo, debido a la reacción peritoneal incipiente. El dolor suele estar localizado más bien en la parte superior de la fosa iliaca derecha, pero su sitio varía, y se ha observado en la región hepática o en el lado izquierdo. En estos casos, la localización del dolor es debida a la dislocación completa del ciego.

El dolor se extiende progresivamente a través del abdomen hasta el dorso y la región sacra. Es espontáneo, pero el enfermo puede calmarle variando de posición. Al palpar el abdomen no suele apreciarse punto alguno de exacerbación. El enfermo compara el dolor a un magullamiento profundo o a una constricción fuerte intra-abdominal.

El vómito se presenta a poco de comenzar el dolor y es casi siempre un síntoma constante, pues según prueban las estadísticas sólo falta en el 10 por 100 de los enfermos. En algunos casos excepcionales se presenta a las veinticuatro horas de empezar el dolor abdominal, y es persistente aunque en ciertos enfermos cesa durante algún tiempo hasta por completo. Conviene admitir que el vómito no es fácil como en otros tipos de obstrucción intestinal y casi nunca fecaloideo.

La consecuencia inmediata del vólvulo es la falta de expulsión de heces y de gases que puede ser completa desde el principio; pero esta regla tiene algunas excepciones. Después de producida la obstrucción, la parte inferior del intestino grueso puede expulsar, espontáneamente o de otro modo, su contenido, aunque sólo durante las primeras horas que siguen al vólvulo. La paresia del intestino grueso es debida a su parálisis refleja.

El dolor que existe al principio se mitiga poco a poco, pero cuando cesan los paroxismos se presenta un nuevo síntoma, a saber: la distensión abdominal que hace la pesistalsis más visible. La distensión principia en cuanto cesan el dolor y los vómitos, y se hace enorme, pero su rasgo característico principal es estar francamente localizada en la región del vólvulo, porque en este sitio se produce una exudación abundante de líquido fermentescible, y se forma una cantidad considerable de gases.

El sitio de la distensión varía; puede estar localizada en la región umbilical o en el hipocondrio izquierdo. Se cita un caso en el que se formó un tumor ovalado sonoro, que simulaba por su forma, un quiste ovárico. En ciertos casos se extiende por la región umbilical y se hace evidente en el hipocondrio derecho.

Según se ha visto en los casos operados, el fondo del ciego se encuentra a la izquierda, y hay ascitis aunque casi siempre en cantidad tan pequeña que no puede apreciarse clínicamente. Cuando existe, está formada por un líquido turbio o francamente hemorrágico.

Tales  
ciego. I  
rentes a  
son los  
odusión

### 3. E

C. Lian  
común  
ximamen  
de su se

Es mu  
tante de  
muy leja  
intercost  
lo que se  
do que s  
es un fen  
ciclo car

Por re  
cardíaca  
Es raro  
Es más f  
mostrado

Respec  
debido a  
principio  
ruido mu  
vulas au  
autores i  
es un fen  
go al ru  
(Bristsh

### 4. E

sado en  
E. Rehfu  
pretación  
ba y de s  
siones:

1.<sup>a</sup> El  
y en amb  
fracciona  
nación ex  
y los rest  
trar alter  
nales pue  
Al análisis  
agregarse  
cos espec  
rias. Pue  
camente l  
te de mic

2.<sup>a</sup> La  
pone un c  
Esta ya s  
de activid  
cado más  
ción secre





Tales son los síntomas peculiares del vólvulo del ciego. Los síntomas generales, por ejemplo los referentes al pulso la temperatura normal o sub-normal, son los mismos que se observan en toda variedad de oclusión intestinal.—(*New York Medical Journal*).—F.

**3. El tercer ruido del corazón.**—Este ruido, dice C. Lian, no es tan raro como cree Gallarvardin ni tan común como afirma Thager. Le ha observado próximamente en el 10 por 100 de los soldados enfermos de su sección.

Es muchas veces sordo y se oye como un eco distante del segundo ruido normal, y no es raro que sea muy lejano. Se oye sólo en el vértice o en el espacio intercostal situado por encima. No se oye en la base en lo que se distingue de la duplicación del segundo ruido que se oye mejor en esta región. Por regla general es un fenómeno transitorio y no se descubre en todo ciclo cardíaco ni en todo examen.

Por regla general, la lentitud de las contracciones cardíacas permiten oír con mayor claridad este ruido. Es raro oírle estando el enfermo en posición vertical. Es más frecuente en los sujetos jóvenes, según ha demostrado Thager.

Respecto a su mecanismo existen dos teorías: 1.<sup>a</sup>, es debido a la distensión brusca de los ventrículos al principio del diástole y puede considerarse como un ruido muscular o como debido a la tensión de las válvulas auriculoventriculares. Lian concuerda con los autores ingleses y americanos en que este tercer ruido es un fenómeno fisiológico; 2.<sup>a</sup>, es un fenómeno análogo al ruido pretodiastólico en el ritmo de galope. (*British Medical Journal*).—F. Toledo.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**4. Estudio de la comida gástrica de prueba basado en datos experimentales.**—Los doctores Martín E. Rehfufo y Philip B. Hawk han estudiado la interpretación que debe darse a la comida gástrica de prueba y de sus estudios establecer las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> El análisis gástrico es ya funcional o específico y en ambos campos tiene sus limitaciones. El análisis fraccionado de una comida de prueba es una determinación exacta del funcionamiento secretorio y motor y los resultados de estos dos estudios pueden demostrar alteraciones funcionales. Las alteraciones funcionales pueden reconocer un origen funcional u orgánico. Al análisis del funcionamiento motor y secretorio debe agregarse la demostración de los elementos patológicos específicos, tales como sangre, pus, moco y bacterias. Pueden considerarse signos patognomónicos únicamente las células cancerosas y la presencia constante de microorganismos infecciosos patógenos.

2.<sup>a</sup> La interpretación del análisis gástrico presupone un conocimiento de la secreción gástrica normal. Esta ya se ha definido bien, tanto durante el período de actividad gástrica como de reposo. Hemos comunicado más arriba las desviaciones normales. La reacción secretoria normal puede dividirse en tres tipos,

pero en la enfermedad pueden ocurrir muchas variaciones. La enfermedad puede alterar, bien la curva digestiva o la interdigestiva, o ambas; puede alterar el funcionamiento y agregar sus elementos específicos al total de la labor gástrica.

3.<sup>a</sup> No existe curva patognomónica en ningún estado gástrico. No existe ninguna curva patognomónica en el cáncer gástrico, la úlcera, las inflamaciones ni en ningún otro de los estados gástricos. Podemos decir únicamente que puede producir, y por lo general produce, tipos bien definidos de alteraciones secretorias y motrices y tipos bien definidos de elementos patológicos.

4.<sup>a</sup> Se necesita con urgencia una opinión racional sobre este asunto y, más que nada, se necesita labor constructiva sobre los factores que provocan alteraciones funcionales, así como el aislamiento y la demostración de los elementos patológicos que indican un verdadero estado gástrico patológico. En nada, es esto tan esencial como en el estudio del carcinoma gástrico.

5.<sup>a</sup> Debemos definir claramente las desviaciones en los factores en la salud, lo que hemos iniciado en nuestros laboratorios y ya indicado en estudios sobre la carne de res, cerdo y cordero, leche, huevos, vegetales y en artículos que publicaremos en breve sobre el efecto de todos los distintos alimentos sobre la digestión gástrica normal.—(*Edición Española del The Journal*, A. M. A. 9-12-920.)

**5. Síntomas raros causados por el cerimen en el meato auditivo.**—El doctor Julius Kaunitz explica un caso que, por su rareza merece conocerse: Mr. W., de setenta y tres años, con historia familiar y personal sin nada de importancia, sufrió náuseas, vómitos, diarrea, vértigo y debilidad durante doce horas, el 17 de julio de 1920. La hija atribuyó estos síntomas a intoxicación por ptomaina, debida a algún alimento, al parecer descompuesto, que había consumido el día antes. Me sospeché que la diarrea se debía a un purgante que había tomado la noche anterior.

La paciente estaba bien alimentada. Los órganos torácicos y abdominales y los miembros eran al parecer normales. La paciente se hallaba recostada sobre el lado derecho. Al tratar de volver la cabeza hacia la izquierda, esto producía en seguida vértigo muy molesto, náusea y debilidad. Sólo podía sentarse o ponerse de pie con el mayor esfuerzo y siempre con la cabeza y el cuerpo inclinados hacia la derecha. El paso era vacilante y necesitaba apoyarse para andar. Tenía nistagmo lateral marcado cuando miraba a la izquierda, pero no cuando miraba a la derecha. La paciente negó haber tenido ningún trastorno auditivo reciente, sordera o ningún sonido o sensación rara en los oídos. Una exploración auricular, sin embargo, reveló un disco delgado de cerilla de un cuarto de pulgada (6 cm.) en frente del tímpano. Al punccionarse este disco, los síntomas molestos se aliviaron inmediatamente. La paciente pudo entonces volver la cabeza hacia la izquierda, sentarse, ponerse de pie o andar



como de ordinario. El nistagmo había desaparecido.—*(Edición Española del The Journal, A. M. A. 9-10-920.)*

## PEDIATRÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Algunas observaciones sobre la trombosis de los senos en los niños.**—El diagnóstico en la trombosis de los senos tiene una importancia grandísima; pero es casi siempre difícil, y con frecuencia, imposible.

Hay, dice el doctor J. Oppenheimer, dos formas de trombosis, una primitiva o marasmática y otra secundaria o infecciosa. La primera se observa casi siempre en el seno longitudinal superior, rara vez en el lateral por excepción en el cavernoso. Se produce en los extremos de la vida y en las enfermedades consecutivas como la diarrea de los niños. Casi nunca se diagnostican en vida del enfermo.

La segunda forma trombosis infecciosa es la más frecuente y consecutiva a la propagación de un proceso infeccioso desde las partes contiguas a la pared del seno. Se desarrolla en el seno más próximo a la lesión primitiva, la cual, las más de las veces, radica en el oído medio.

El síntoma general más importante de la trombosis de los senos es la fiebre de tipo muy séptico. Los niños de alguna edad se quejan de cefalalgia. En ciertos casos se observa infarto unilateral de los ganglios situados en la unión de las venas facial y yugular interna. Este infarto y el edema post-mastoideo constituyen signos de gran valor. El infarto de los ganglios retrofaríngeos puede producir disfagia. En ciertos casos hay neuritis óptica.

El cultivo positivo de la sangre prueba que han penetrado núcleos orgánicos en la circulación, y exige operar sin perder tiempo.

El pronóstico depende de la duración de la enfermedad antes de ser operado el enfermo.—*(Archives of Pediatrics.)—F. Toledo.*

## TERIOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Estado actual del tratamiento científico y racional de la tuberculosis pulmonar.**—El doctor Fernando R. Torres hace un detenido estudio de este interesante tema y termina con las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Actualmente, el tratamiento científico a base de los conocimientos que la inmunidad y la biología nos proporcionan en la curación de las enfermedades infecciosas como la difteria, la peste bubónica, el carbunco, etc., es parcial en sus resultados curativos en cuanto a la tuberculosis se refiere.

2.<sup>a</sup> La aplicación de las tuberculinas a pequeñas dosis y del pneumotórax artificial, dan excelentes resultados siempre que se indiquen con prudencia en los casos adecuados.

3.<sup>a</sup> El tratamiento de la tuberculosis debe ser ecléctico y cada caso beneficia de un procedimiento distinto; pero siempre combinado con la cura de aire, de reposo y de alimentación suplementaria.

4.<sup>a</sup> Las sierras de Córdoba y Alta Gracia, en primer término, reúnen condiciones climoterápicas inmejorables para la curación de la tuberculosis pulmonar, y en su medio, la aplicación de los demás tratamientos es el ideal.—*(La Semana Médica.—Buenos Aires, 7-10-920).*

## TERAPÉUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Intoxicación por el naftol beta en el tratamiento de la anquilostomiasis, por Wilson G. Smillie.**

Como resultado de interesantes experiencias llevadas a cabo por el autor, para conocer la toxicidad del naftol B, se establecen en este trabajo las siguientes conclusiones: 1.<sup>a</sup>, las grandes dosis de naftol B (18 gramos para los adultos) empleadas en el tratamiento de 79 casos de anquilostomiasis, produjeron síntomas tóxicos muy graves en dos casos y también, notables alteraciones de las células sanguíneas en otros dos casos; 2.<sup>a</sup>, la acción tóxica del naftol B, en estos cuatro casos, ocasionó una destrucción de los glóbulos rojos. El medicamento ataca especialmente a estos elementos, destruyéndolos en gran número, cuyo resultado es la anemia aguda, ictericia, dilatación del bazo y del hígado, dilatación de la vesícula biliar y hemoglobinuria. En los leucocitos no se observaron alteraciones. El hígado, bazo, riñones y otros órganos no fueron afectados primitivamente, sino de una manera secundaria, debido a la anemia y a los efectos nocivos producidos por la eliminación de gran número de hematies destruidos; 3.<sup>a</sup>, en tres de los casos graves de intoxicación había existido recientemente paludismo y es probable que los casos en que los glóbulos rojos estén alterados por la malaria, sean los más susceptibles de la intoxicación por el naftol B; 4.<sup>a</sup>, el naftol B, a dosis de 18 gramos, es tan tóxico que no puede recomendarse para el uso general en el tratamiento de la anquilostomiasis. *(Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, vol. XI, núm. 4, abril 1920)—E. Luengo.*

**2. Tifus e inyecciones intravenenosas de urotropina, por M. Glatard.**—El A. ha tratado 114 enfermos de tifus, con inyecciones intravenenosas de urotropina, inyectando hasta 3 gramos en 5 c. c. por inyección y por día; por término medio el enfermo recibe tres inyecciones pero pueden administrársele hasta 8, que equivalen hasta 24 gramos de urotropina. Sus conclusiones son, que la inyección intravenenosa de esta sustancia favorece la caída de la temperatura en la inmensa mayoría de los casos, desde la segunda inyección; provoca además una diuresis abundante y facilita por tanto la eliminación de las toxinas; como consecuencia disminuye la mortalidad (desde el 29 al 14 por 100); en cambio después del descenso de la temperatura, no produce ningún efecto sobre los demás síntomas. La astenia miocárdica se combate más ventajosamente por el aceite alcanforado, la estricnina y el nucleinato sódico.—*(Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hopitaux de Paris, núm. 23, 1.º 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

##### Reciprocidades?—Comisión activa.—No es para tanto

Con mucha e innegable razón se quejan los médicos guipuzcoanos una vez más del abusivo uso que se hace por nuestros gobernantes, de la facultad, no bien claramente deducida de las leyes, según la cual se autoriza a los médicos extranjeros para el ejercicio de su profesión en España. Es verdaderamente incomprensible y pudiera decirse que es irritante lo que en el asunto ocurre. Médicos extranjeros hay a quienes para el ejercicio de su profesión en España, se les ha obligado a matricularse y examinarse de todas las asignaturas de la carrera, mientras que otros, con una simple Real orden de autorización ejercen provistos de los títulos de su país, en el cual, por otra parte, no se consiente a los médicos españoles que ejerzan, ni aún habiendo sufrido las mismas pruebas que ellos en los países respectivos. En Alemania, por ejemplo, el español que adquiere el título de doctor en una Universidad del Imperio, no puede ejercer sin embargo la Medicina, sin tener el diploma especial de médico del Estado alemán, para el cual las mas veces se exige que sea natural del mismo; en correspondencia con esto, hace muchos años conocemos a varios médicos alemanes que han ejercido libremente en España sin más requisito que la Real orden de autorización a que hacemos referencia. En Francia ha llegado a darse el caso de que un médico español, cuyos servicios han sido aprovechados durante la guerra en un Hospital de sangre y al que se ha condecorado con la preciada distinción de la Legión de Honor por estos mismos servicios, se ha visto privado, llegada la paz, de seguir ejerciendo en aquel país. Dígasenos si esta conducta puede considerarse como reciprocidad leal con la nuestra, cuando se considere los médicos franceses que ejercen en nuestro país y principalmente en la provincia de Guipúzcoa.

No hace muchos años que alguien presentó una proposición de ley en las Cortes, y consiguió que fuese aprobada por el Senado, pero no

por el Congreso, en la que se pedía que los españoles, que hubiesen adquirido sus títulos profesionales en ciertas escuelas del extranjero, pudiesen ejercer en España. Muchos se opusieron y clamaron contra tan discreta pretensión y entonces pronosticamos que se volvería a caer en la abusiva situación que ya entonces existía, y nuestro pronóstico se ha cumplido por desgracia; pero al señor ministro de Instrucción pública acudimos y acudiremos a todos sus sucesores para que haga desaparecer la bochornosa anomalía.

Buena ocasión se presenta a los Colegios de Médicos para gestionar colectivamente la consecución de la regularidad en un estado de cosas que afecta más que a nuestros intereses, a nuestro decoro nacional.

.....

Al día siguiente de aparecer en la *Gaceta* la Real orden según la cual se confiaba a una Comisión compuesta del rector de la Universidad de Madrid, los cinco decanos de las Facultades, los señores Picón, Marañón, Hoyos y Cabello, bajo la presidencia del señor Cortezo, la misión de proponer las bases de reforma de un Reglamento de oposiciones a Cátedras, se reunió la misma en el Rectorado de esta Universidad y comenzó sus trabajos, que continuados en sesiones diarias de larga duración, se encuentran extraordinariamente adelantados.

Parece que se propone que los tribunales no sean ya designados por el Ministro, sino a propuesta de las Corporaciones que tienen en ello representación, dándose ésta a las Facultades y Claustros respectivos, al Consejo de Instrucción pública, a las Academias, a los elementos competentes no oficiales y a los alumnos, desaparecerán los emolumentos pagados en forma de dietas por sesiones, que a tantos abusos daba lugar y se establecerá un sistema de exclusión en cada uno de los ejercicios, que podrá capacitar al opositor que los aprobara todos para optar a ventajas y derechos que en la actualidad no tiene.

Justo es que se ponga pronto término al incomprensible estado de cosas que hace que se en-



cuentren en la actualidad vacantes un número tal de Cátedras y Escuelas que es verdaderamente inverosímil.

Insiste el *Boletín de la Asociación de Titulares* en el tema de la supresión de lo que él llama los dos primeros párrafos de la Real orden de tramitación del pago de los titulares. Ya dimos suficientes explicaciones al colega que sabe muy bien que no hemos omitido ni una letra de la parte dispositiva de la Real orden y sí solamente la enumeración de los nombres de los que habían pedido aclaraciones a la forma de planteamiento del artículo de la ley de presupuestos incluido en esta por la sola y personal gestión de un Senador cuyo nombre omitimos por modestia. Si tanto empeño tiene el "Boletín", no tenemos inconveniente en que, cuando tengamos un pequeño lugar para ello, se publiquen los referidos nombres y así lo haremos, para tranquilidad suya, sin pedir en cambio que él confiese a quién ha sido debida la inclusión en la ley de presupuestos de la parte fundamental, que esto ya lo dice el diario de sesiones, ya lo sabe el país entero y a nosotros nos basta y aún nos sobra, mientras seguimos trabajando por lo que siempre hemos trabajado antes que nadie, al mismo tiempo que otros y después que otros se cansen.

DECIO CARLAN

## Asamblea de los Colegios médicos de España

Los Colegios de toda España han acordado en Valencia días pasados la norma de su vida futura. Cuanto se diga es poco para expresar la significación enorme de esa Asamblea.

El Colegio de médicos de Valencia, en cuya junta directiva se reúnen elementos de mentalidad elevadísima y de virilidad envidiable, planteó y redactó los problemas y temas que debían someterse a examen y discusión de las juntas directivas de todos los Colegios de España, y trazado el programa, invitó a esas juntas a reunirse para definirlo y ponerlo en práctica.

Breve ha sido el tiempo de esa reunión; pero tan intensa ha sido la labor y tan identificados se han mostrado los allí congregados, que en esos pocos días han sido redactados nuevos estatutos para los Colegios, y se han creado las bases de una Federación de los mismos, que les dará extraordinarias facultades para regir los destinos de la Sanidad Española.

Los antiguos estatutos de la Colegiación, adolecían, entre otros defectos, de una lenidad extremada, en lo

referente a sanciones a imponer a los colegiados. Y no es que la misión principal de los Colegios sea esa; antes bien, será siempre el ideal de una colectividad, al no tener necesidad de acudir a medios de represión contra ninguno de sus individuos, porque ello revelaría que han llegado al máximo de perfección en sus cualidades profesionales y sociales. Mas hasta que ese ideal se logre, precisa obligar a los asociados a una convivencia de mutuo auxilio y respeto profesional, que cuando no es rigurosamente observada por espontánea voluntad, hay que imponerla.

Hasta ahora los Colegios no podían exigir de modo efectivo a los médicos el cumplimiento de sus acuerdos; de hoy en adelante, sin vacilaciones de ningún género, aquellas correcciones disciplinarias que los Colegios impongan, y que según los anteriores estatutos actuales, quedaban muchas veces incumplidas, tendrán ahora una efectividad que cuidarán de robustecer las autoridades sanitarias y gubernativas. El recurso en caso de penas graves será permitido al castigado; pero el Tribunal Supremo será un jurado profesional, el directorio de la Federación Nacional; su fallo será inapelable.

La Colegiación obligatoria es ley; mas ella se vulneraba con frecuencia apelando a subterfugios; «con título profesional y pago de los derechos de contribución se puede ejercer la medicina», llegó a decir una disposición ministerial. De hoy en adelante el ser colegiado será tan indispensable para la profesión de médico como el de aquellos otros dos requisitos a que la disposición aclaratoria aludía. Y, tan es así, que todo médico, al salir de su residencia y trasladarse a la circunscripción de otro Colegio para ejercer la profesión en ella por más de ocho días, deberá inscribirse en ese Colegio y someterse a sus costumbres y reglamentos.

Existía desde tiempo en España una Junta de gobierno y Patronato encargada de regular el ingreso en el Cuerpo de titulares y de clasificar éstos. En su tiempo ese organismo tuvo su razón de ser; la vida colectiva médica de España estaba en embrión, y la necesidad de que no quedaran aislados en sus partidos los médicos rurales les hizo buscar una agrupación que fuera una salvaguardia de sus intereses. Hoy la asociación de médicos españoles es un hecho; los médicos que ejercen en los pueblos deben ampararse en esa Asociación, regida por ellos mismos, sin la ingerencia de elementos políticos, que no han de laborar nunca en su favor con el desinterés y buena voluntad que lo harán desde ahora sus compañeros, agrupados por provincias y por regiones, constituyendo todos, no un Patronato, que representa tutela, sino una hermandad, que significa derechos místicos y apoyo colectivo. La función sanitaria asignada a los médicos titulares representará para los mismos el carácter de autoridad que le dará independencia y estabilidad. Así lo ha entendido la Asamblea al pedir para los mismos el que se les asigne dotación como a tales inspectores municipales de Sanidad.



Mas no basta todo esto. Es voluntad firme de todos los médicos españoles el vivir en íntima compenetración de intereses y aspiraciones. A ello va dirigida la Federación de Colegios de toda España.

Se propone este organismo el que las agrupaciones médicas provinciales se presten apoyo, a fin de dar a sus decretos y decisiones mayor fuerza. A este fin, los Colegios que por vecindad geográfica a por comunidad de intereses de cualquier orden, tuvieran mayores motivos de convivencia, se agruparán en confederaciones regionales. Cada una de estas tendrá un representante que ha sido ya votado en la Asamblea; juntos estos representantes forman el Directorio Nacional bajo la presidencia de una ilustre personalidad elegida por aclamación en la reunión citada; el doctor Sanchis Bergón, de Valencia.

Los representantes son los señores Sánchez Saráchaga, de Santander; García Burriel, de Zaragoza; Bartomen, de Barcelona; Crespo, de Zamora; Bardaji, de Cáceres; Centeno, de Sevilla; Blanc, de Madrid, y Uruñuela, de Vizcaya.

No son precisas consideraciones para comprender la inmensa fuerza de que en un momento dado puede disponer esa Federación de médicos. Sólo a la enunciación de la misma, surge la realidad de movimientos formidables que será difícil contrarrestar, porque además ellos estarán inspirados en razones de justicia y equidad que han de presidir siempre a los actos de la federación.

Y para demostrar el alcance de esos movimientos colectivos, bastará citar un hecho que el Colegio de médicos de Valencia ha realizado estos días.

Se trataba de una huelga de industriales en virtud de la cual se privaba a Valencia de leche; ni aun los niños y enfermos iban a poder disponer de tan indispensable alimento; las autoridades fracasaron en su gestión de arreglo. En ese momento intarviene el Colegio, llama a los huelguistas y les hace ver la importancia y gravedad de sus acuerdos; les indica el deber que los médicos tienen de amparar a los niños y enfermos para los que la leche es único alimento.

A las pocas horas los huelguistas depusieron su actitud. Y por oficio dirigido al *presidente del Colegio de médicos* dieron por terminado el conflicto, en virtud de las indicaciones de la clase médica. Al día siguiente Valencia fué abastecida de leche, y la población entera se dió cuenta del papel importante que la clase médica había desempeñado en este gran conflicto social.

No son para referidos en este momento los casos de innumerables atropellos cometidos en las personas de los médicos, por el más desenfrenado caciquismo. Se citarán casos como el de un pueblo de la región catalana, en el que un médico que trató de elevar justamente sus ingresos, de acuerdo con el Colegio de la provincia, fué desposeído de la titular, y como los caciques no consiguieron con esta medida hacerle salir del pueblo que en él tenía su confianza, le aislaron, en tal forma, que el propio alcalde obligó a los comer-

ciantes a que no abasteciera de comestibles ni al médico, ni a su familia, y, últimamente, enferma la señora del compañero, impidieron al abastecedor de leche que se le facilitara. Y hubiera quedado sin alimentación, víctima de esta nueva forma de homicidio, ideado por el furor caciquil, si el Colegio de médicos no hubiera enviado todos los días un propio, con la cantidad de leche precisa para la alimentación de la enferma. Relatada esta odisea por el representante respectivo bastó que la Asamblea dirigiera un breve y conminatorio telegrama al Gobernador de la provincia, para que el asunto quedara resuelto.

Asombra pensar en los beneficios inmensos que podremos obtener, si perseveramos en los propósitos que ha inspirado la Asamblea de Valencia.

En la lucha que la clase por intermedio de sus Colegios sostiene en la fauna caciquil para el logro de reivindicaciones económicas o morales, el cacique suele tener a su disposición un mal compañero que perturba la realización de nuestras aspiraciones, olvidando ante la oferta económica del momento los deberes de amistad y de compañerismo, y hasta los propios intereses, pues tarde o temprano, aislado en el ejercicio profesional, tendrá que sucumbir. Contra estos malos compañeros que desacatan los acuerdos del Colegio y amparan los desafueros caciquiles van dirigidos los nuevos estatutos de los Colegios de médicos. Ya no podrán desobedecer los preceptos estatuidos en bien de la colectividad.

Y si, llevados de su insensatez, los desobedecen y se colocan al margen de la ley, pronto se convencerán de que cuando se les acabe el apoyo interesado y transitorio de los caciques locales y pretendan cambiar de residencia no podrán hacerlo sin colocarse de nuevo bajo la sanción correspondiente al amparo de la colectividad, porque ésta se lo impedirá enérgicamente por medio de su robusta organización que comienza en la Junta de distrito, sigue que en el Colegio provincial se amplía a la Federación regional de los Colegios y tiene su máxima autoridad en la Federación nacional, representada por el Directorio constituido por elementos de todas las federaciones regionales.

## REMITIDO

Sr. Presidente del Colegio de Médicos de Zaragoza.

Muy señor mío y compañero: en los números 15 y 16 del *Boletín Oficial del Colegio Provincial* han sido, a mi juicio, indebidamente publicadas las sesiones celebradas por la Junta de gobierno, con motivo de mi escrito de quejas contra el médico de Tobeal, en los cuales creo se vierten conceptos ofensivos a mi decoro y masculinidad que me interesa mucho sean rectificados con urgencia en el susodicho *Boletín*, teniendo el sentimiento de expresar a usted, con toda clase de respetos, he visto con gran disgusto la actuación de la Junta de gobierno bajo su presidencia, cuya actuación



me permito calificar de inverosímil, antireglamentaria y notoriamente parcial, por añadidura, dando parte a elementos extraños a la clase médica, capacitada siempre para poder juzgar por sí sola de cuantos asuntos entre colegiados puedan originarse.

El mero hecho de dirigirse a esos elementos extraños a la honrosa familia médica rompen ya la armonía y nuestros respetos, que hasta aquí permanecieron incólumes, y si esta improcedente conducta lastima la delicadeza de los que por su corrección y su cultura jamás necesitaron de informes caciquiles, en la misma proporción lastima el buen concepto de los que hirieron la susceptibilidad de un médico colegiado que sólo ha cumplido elemental deber reglamentario, poniendo en conocimiento de la Junta de gobierno sus diferencias con otro médico colegiado. Estos informes caciquiles de menor cuantía son vejatorios e incompatibles con la libertad y autonomía del hombre de Ciencias y atentatorios a la unión y la paz que debe existir entre comprofesores y que todos seguramente sentirán el mismo rubor y disconformidad acompañándome moralmente en la protesta.

Todo ha debido intentar la Junta de gobierno con la sola intervención de la clase médica antes de dividir a colegiados (vencedor y vencido) escarneciendo la dignidad de una profesión liberal en la persona de su colegiado, si es verdad que esas Juntas desean la unión y bienestar de la clase, y no el efímero disfrute de una oligarquía deleznable y liviana.

Esa Junta de gobierno probablemente ha olvidado los artículos 108 y 109 del Reglamento, saltando bruscamente a la amonestación pública, sin previa advertencia verbal o escrita de carácter privado, permitiéndose el atrevimiento de paternales Concejos, que mucho agradezco, pero no he solicitado concediendo prerrogativa al médico Tobeal, pareciendo excitar a que continué atropellándome y a la vez agriando nuestras diferencias, considerando imposible el cumplimiento de mi ejercicio profesional, sin humillarme al despotismo de aquel envalentonado con insinuaciones a esa parte del vecindario de todos, o sean los paniaguados del médico de Tobeal el camino a seguir para auyentarme del pueblo, que son sus vehementísimos deseos, o en otro caso hacerme víctima de un atentado personal, que no sería el primero en sufrir.

¿Cómo ha de ser equitativo ni legal que sus acuerdos profesionales hagan ofrendosas vejaciones y quiten garantías al médico titular en vez de robustecerlas? ¿Cómo ha de acatar ningún espíritu recto esos fraternales desahogos? ¿Qué juzgarán los dignísimos colegiados al saber que el médico de Tobeal es hijo de «Codos» y cómo no han de reconocer no lleve el dicente inferioridad y el estigma de «forastero»? ¿Qué dirán mis queridos compañeros cuando sepan que la Junta de gobierno ha olvidado perseguir el intrusismo en Codos y en otros lugares como en este, analfabeto? ¿Qué ha hecho esa Junta, contra la dueña de una botica y parientes del médico de Tobeal, clausurada repetidas veces por carecer de regente? ¿Puede decir el médico

de Tobeal que frecuentemente ha desempeñado interina y por espacio de muchos meses la titular de Codos, el nombre del regente de la botica, desde la muerte de don Juan de Dios Manjón, ocurrida en noviembre del año 1918, hasta el día 28 de enero último, fecha en que este Ayuntamiento, nombró interino al farmacéutico de Santa Cruz de Grío? ¿Conoce el médico de Tobeal las clausuras de la botica de sus parientes antes y después de mi ingreso en Codos? ¿He dicho una sola palabra, por consideración mal «agradecida» hasta el día 18 de enero próximo pasado, en que me ordenó el señor inspector Provincial de Sanidad, informara bajo responsabilidad, sobre el funcionamiento de la botica, verdadera manzana de discordia?

Es preciso, indispensable, se fijen bien todos los venévolos lectores del *Boletín del Colegio Provincial*, que la Junta de gobierno, para poder juzgar, acordó en la sesión del día 20 de febrero, solicitar informes a los Ayuntamientos de Codos y Tobeal, y a algunos compañeros; y en la del «13» de marzo. ¡Oh!, fatalidad de número, recibidos los «papeles» de los alcaldes de Codos y Acered y parrocos de los mismos pueblos, y luego dicen: *somos los sevillanos superticiosos* echándome la Junta nada menos que dos «curas» para cantarme responsos, y que el de Acered es ejemplar de muchas libras de humanidad aplastante. ¡Señores de la Junta, habéis de saber, que no me he repuesto aún de la «espantá» como ocurría a la vista de negra sotana a mi paisano el Gallo (calvo)! ¿Qué tiene que ver en este asunto, que el médico de Tobeal tenga un tío «cura» en Cariñena? Os juro por la «Bebé» que aún no me salió el susto del cuerpo.

En comunicación del Colegio de 18 de marzo, me dice mi querido colega, señor García Burriel, según informaciones proporcionadas por compañeros de los pueblos inmediatos, en disparidad a las cartas que obran en mi poder de los comprofesores limítrofes, Cariñena, Aguarón, Langa del Castillo, Encinacorba, Miedes y Mainar, limitándose, por tanto, la Junta de gobierno, a las noticias de los médicos de Santa Cruz de Grío y Daraca, conociendo al primero por haber estado en Codos, «unas horas», acompañándome en práctica judicial, sin que todavía, tenga el placer de conocer a los de Daroca.

¿Qué habrán podido decir estos señores sin conocerme ni conocerlos? ¿Adivinarán desde tan largas distancias, si el médico de Tobeal es continuo visitador de Codos? ¿Si infringe o no los artículos 10, 11, 12, 13, 14 y 15 del Reglamento? ¿Si ejerce o no coacciones en su pueblo natal «Codos» con sus paniaguados y entre paisanos para arrebatarme la titular y usufructuar esta «prebenda» que considera de su única y exclusiva pertenencia? Los aludidos señores, tienen la palabra.

La Junta de gobierno, nombrada para tan conciliadores fines y al parecer de tan fraternales propósitos poseída, ya que ha tenido a bien dar a la publicidad su actuación, debe publicar también íntegros mi escritos y los del médico de Tobeal, así como las preguntas



o consultas que haya gestionado, e informes recibidos a fin de no dejarme indefenso a gratuitas inculpaciones, que con ardor bélico, hayan podido hacerme demandando mi escrito de quejas al señor presidente del Colegio Provincial, con apremiante alusión, mucha «luz» para mejor conocimiento y juzgamiento de los señores colegiados y médicos en general, y bien depurado formen juicio exacto de lo actuado por la Junta de gobierno del Colegio Provincial.

Si así lo hace, dando el más persuasivo ejemplo de respetos a los compañeros, el Colegio de Zaragoza, merecerá mi aplauso y gratitud, más si por satánica tentación, prefiriera la conservación de poderes dictatoriales, o a la cordialidad y justicia que invoco; el que suscribe declara sinceramente su disconformidad y respectiva protesta, después de dar las gracias por su amistosa intervención, rechazando la humillación de que me hace víctima, acorralándome por la aplastante razón de las fuerzas y no la fuerza de la razón que debe imperar.

Lo dicho, dicho queda, querido colega, no hay que dar voces, ni gritar arrojando al suelo o dejar de publicar la presente que remito certificada, menospreciando a un colegiado humilde «paria rural» pero al fin, miembro de la gran familia médica, y necesitado, por tanto del apoyo justo y legal, más que otros favorecidos por la suerte o encumbrados para autohombearse por el voto de esas mismas «parias rurales».

Confesemos todos lealmente sin reducir culpas de antemano y siempre perdonadas entre hermanos de profesión.

No pretendo ofender, ni molestar a nadie en lo más mínimo, pero la honorabilidad de los señores que componen la Junta de gobierno del Colegio Provincial, no pueden negarme el derecho de legítima defensa, publicando la presente que remito certificada en el *Boletín Oficial del Colegio Provincial*, y todos los documentos que existan en su poder, para que resplandezca la verdad y justicia que invoco, que a todos nos obliga y mucho más en este asunto que deja en entredicho el honor de un colegiado, prescindiendo de convencionalismos mohosos diciendo las cosas en «crudo»; pese a quien pese, sin necesidad de apelar al derecho que me concede la ley de imprenta u otros medios de publicidad, toda vez que deberes de dignidad me prohíben silenciar este asunto ya publicado por la Junta.

Y el que suscribe, después de dar gracias anticipadas por tan singular favor a los estimados compañeros que componen la Junta de gobierno del Colegio Provincial por la inserción, manifiesta a la misma, que esta discrepancia de opiniones, no merma en lo más mínimo, los respetos y amistad que profesa a todos, muy particularmente a los señores García Burriel y Lambán; su afectísimo, seguro servidor y compañero q. b. s. m.,

FEDERICO AGUT Y ROMERO.

Codos, 18 de abril de 1920.

.....303.....

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 1.º DE MAYO DE 1920

#### La electrocardiografía en el diagnóstico clínico.

El DR. CALANDRE expone una comunicación sobre aplicaciones de la electrocardiografía a la clínica, basada en 200 observaciones. Dice que la electrocardiografía es un procedimiento exploratorio que tiene por objeto registrar los fenómenos eléctricos que se producen durante la revolución cardíaca. El corazón, como todos los músculos, produce al contraerse trabajo mecánico y calor, pero en el momento de la contracción, cada punto del músculo que entra en actividad se hace electronegativo con respecto a las demás partes del mismo músculo que se hallase entonces en reposo; se originan, por tanto, más variaciones de potencial eléctrico que llevan consigo el nacimiento de una corriente eléctrica, que podrá revelar un galvanómetro muy sensible, adaptado al electrocardiógrafo de Einthoven. El que usa el señor Calandre es el modelo Nicolai, consistente en un poderoso electroimán, entre cuyos polos magnéticos se halla colocado y en tensión, un finísimo hilo de platino o de cuarzo plateado, por el que ha de pasar la corriente eléctrica proveniente del corazón. Un foco luminoso potente proyecta la sombra del hilo, considerablemente ampliada por un dispositivo óptico sobre un aparato registrador fotográfico, en el cual va dejando impresionado el electrocardiograma, o sea la curva de las oscilaciones del hilo de platino cuando circula por él la electricidad que emana de dicho órgano. Experimentando en animales, se puede recoger la electricidad del corazón mediante electrodos impolarizables aplicados sobre el propio corazón puesto al descubierto. En el hombre, la derivación tiene que hacerse aplicando los electrodos a la superficie del cuerpo. Para hacer esta derivación se pueden utilizar las cuatro extremidades en diversas combinaciones; la más conveniente es la de brazo derecho a pierna izquierda, por ser la más aproximada a la dirección del eje del corazón. Basta para ello introducir ambos miembros en unos recipientes con agua salada, en los cuales penetran a su vez los electrodos. El cable conductor que une los electrodos al aparato, suele tener tres o cuatro metros, pero se le puede alargar muchos cientos de metros, y entonces cabe lo que se conoce con el nombre de teleelectrocardiografía, es decir, que el aparato puede estar en conexión con diferentes clínicas de un hospital por medio de unos conductores, como los de teléfonos, y se pueden obtener así electrocardiogramas de los enfermos sin que éstos tengan que ser sacados de su sala.

El señor Calandre dice que la electrocardiografía tiene sobre los procedimientos mecánicos de exploración, las ventajas siguientes: 1.ª, su mayor sensibilidad; 2.ª, que los electrocardiogramas traducen directamente la actividad funcional del miocardio; 3.ª, que

**BARDANOL**

Compuesto de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estaño coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia



se suprimen los errores atribuidos al factor personal, y así el aspecto de los diferentes electrocardiogramas que se obtengan de un mismo individuo, permanece constantemente igual durante muchos años, a condición de que el estado de su corazón permanezca invariable y de que se haya operado en igualdad de condiciones.

El doctor Calandre, después de estos preliminares, se ocupa de los fundamentos teóricos para demostrar que cuando un punto de un músculo entra en contracción, se hace electronegativo con respecto a los demás puntos del mismo músculo que se halla en reposo; se producen, pues, unas variaciones de potencial que pueden ser registradas con un galvanómetro adecuado, y entonces el músculo hace el papel de una pila eléctrica y la corriente marcha como en ella por el interior del músculo, desde la parte activa o electronegativa, que hace las veces del cinc, a la parte en reposo o electropositiva, que hace las veces del cobre.

Ya en este terreno, el señor Calandre se ocupa de los electrocardiogramas normales; y aprovechándose del aparato de proyecciones, presenta varios de aquéllos en demostración de lo que acaba de comunicar, haciendo aplicaciones a la clínica sobre la electrocardiografía en las arritmias, bloqueo aurículo ventricular, extrasístole, taquicardia paroxística, arritmia respiratoria, arritmia completa, taquisistolia auricular, etc.

Termina su interesantísima comunicación afirmando, que cada vez va siendo más indispensable disponer de una instalación de esta clase en todo servicio de cardiología, por ser de gran interés las grandes utilidades que reporta la electrocardiografía, como instrumento de estudio en las investigaciones experimentales, tanto de orden fisiológico como farmacológico.

El DR. ESPINA, después de felicitar al señor Calandre por su brillante exposición sobre cardiografía, dice que si la percusión antigua es una gloria nacional de la ciencia francesa, la aparición del método gráfico ha sido la realización absoluta y las esperanzas más halagüeñas para recoger todo aquello que se sucede con el tiempo y en el espacio. Y el corazón se ha aprovechado del descubrimiento y de la aplicación del método de Marey, y de tal manera, que se han ido completando unos con otros los medios de exploración, todos ellos fundados en el registro gráfico de su función. Hace historia de cómo han ido sucediéndose esta clase de estudios, sobre la importancia del miocardio, endocardio, ruidos cardiacos, soplo mitral y soplos mixtos, etc.; hasta aparecer el esfigmómetro, que dió motivo a los trazados de insuficiencias airticas, mitrales, etc.

Por esto, dice el señor Espina, la gran importancia que reviste la cardiografía expuesta con tanta claridad y precisión por el señor Calandre respecto a los procesos del miocardio, a la interrupción entre la onda auricular, la ventricular y el sístole completo en sus tres fases.

Termina el señor Espina diciendo, que cree que en este punto y se llega a un diagnóstico de mayor exac-

la exposición del señor Calandre le falta una segunda parte: la electrocardiografía de los medicamentos cardiomotores, es decir, una revisión hecha a través de la luz de la fotografía, de las revoluciones cardiacas respecto a muchísimos puntos oscuros de la acción de medicamentos heróicos, si bien algo ha indicado del sulfato de quinina como tónico cardíaco.

El SR. CALANDRE rectifica brevemente añadiendo que de intento no ha hecho referencias a las aplicaciones de la electrocardiografía a la experimentación en los diversos territorios de la Fisiología y de la Farmacología; que por lo que se refiere a esta última existen trabajos aislados, como los de Cohn, Dudley y Harris, sobre la acción de la digital, de Kahn sobre la adrenalina, de Straus sobre la estrofantina, de Clerc y Pezzi sobre la nicotina, etc., y sobre la *uabaina* y de los medicamentos hipotensores.

El DR. ESPINA, de nuevo usa de la palabra para decir que no es tan difícil dar medicamentos cardiomotores, lo difícil es medirlos; y apoya su opinión citando un caso de una señorita en la que se presentó un bloque completo del corazón, a consecuencia de una altísima temperatura por infección, y como el órgano estaba sano, le dió cien gotas de tintura de digital en doce horas; sostuviéronse las fuerzas del miocardio y la enferma se salvó.

#### Estudio radiológico del estreñimiento

El DR. CARRO empieza por decir que el estreñimiento es una afección de las más complejas, de las de más difícil estudio, porque más que una enfermedad, es un síndrome que acompaña a diversos padecimientos agudos o crónicos. Muchas veces es un síndrome de tan poco relieve, que casi puede decirse existe con un estado normal del individuo en lo que respecta a las restantes funciones. Prescinde del estreñimiento agudo para hablar sólo del crónico, que unas veces son constitucionales (astenia congénita de Stiller) y otras adquirida.

Los primeros, en su mayoría mujeres, son enfermos de tipo flácido, delgado, que entran por antonomasia en el grupo de asténicos, y que por su constitución esquelética parecen pretuberculosos; de torax largo, piel flácida, de ángulo xifoideo extraordinariamente agudo, con una distancia grande entre el apéndice xifoides y el ombligo. Estos enfermos tienen un índice constitucional por encima de 70, apareciendo flotantes la duodécima, undécima y hasta la décima costilla, pero en muchos de los cuales no se encuentran estas costillas flotantes, y sin embargo, son enfermos típicos de astenia congénita general y atonía de los músculos, dilatación atónica de estómago, de tipo vertical muy fácilmente comprobado por radioscopia, en los cuales a las diez horas de ingestión normal de alimentos, se encuentran todavía en su estómago restos alimenticios, sin que haya obstáculo en la evacuación pilórica.

Indica que hoy los estudios radiológicos precisan

**TOLUEN**

Pelrid's C.º, New-York

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

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

Ayuntamiento de Madrid



itud patológica y topográfica, encontrándose en este último aspecto; estreñidos de tipo cecal y rectal. Los residuos alimenticios, en vez de pasar de ciego a colon transversal y llegar a ángulo esplénico de éste en un plazo de diez o doce horas, permanecen durante diez y ocho, veinte o veinticuatro horas en ciego, y según el grado de permanencia se clasifica el estreñimiento en tipo moderado, intenso y muy intenso.

En condiciones normales de funcionamiento gástrico, a las dos horas de ingestión de una papilla de prueba a base de un preparado de bismuto o de bario, a la dosis de 150 gramos, se ve que la papilla llega al ciego en estómagos que funcionan bien; a las cuatro o cinco horas pasa por el colon ascendente al transversal, y de ocho a doce horas debe encontrarse la papilla en el ángulo esplénico del colon.

Habla después de los estreñidos atónicos, de los de temperamento nervioso, de los estreñidos espasmódicos y de otros aspectos patológicos que pueden observarse radiológicamente, como son adherencias intestinales, que a veces constituyen oclusión incompleta, estenosis no absoluta, peristaltismo intestinal muy acentuado en la zona anterior al sitio de la estenosis y zurrido al paso de líquidos y gases. Este examen radiológico, por motivos de estreñimiento, presta servicios en la apreciación de adherencias por procesos inflamatorios, en los desplazamientos o compresiones intestinales por órganos aumentados de volumen, por lo que debiera generalizarse este medio de exploración, y que ante un estreñido no debe limitarse el médico a indicarle un régimen dietético a base de alimentos que estimulen el intestino, que lo más frecuente entre los estreñidos es el tipo atónico, el más difícil de tratar, porque está ligado a un estado general y en su consecuencia hay que tratar al mismo tiempo el intestino y dicho estado. (Queda en el uso de la palabra).

DOCTOR CESALDO.

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,0; ídem mínima, 707,0; temperatura máxima, 13°5; ídem mínima, 4°3; vientos dominantes, NE. NNE.

Pocas variaciones se han observado en el estado de la salud pública desde la semana anterior; las anginas faríngeas y tonsilares, catarrales y exudativas, siguen siendo muy frecuentes y de muy diferente importancia, desde las más ligeras y benignas, hasta las más graves; también continúan presentándose casos de escarlatina en los niños y aún en los adultos.

.....SOS.....

## Crónicas

**Contra una sentencia.**—El 29 del actual se verá en el Supremo el recurso de casación interpuesto por el Colegio de Médicos de la provincia de Alava contra sentencia dictada por la Audiencia de Vitoria en querrela por injurias a un médico perteneciente a aquel Colegio.

La querrela la motivó cierto acuerdo tomado por el Ayuntamiento de Cripán, acuerdo que el titular consideró injurioso; se procesó al alcalde y a los concejales; pero intervino el caciquismo, y los encartados fueron absueltos.

**La locura de un cirujano.**—Leemos en un diario: «El cirujano Gebhard ha sido víctima de un acceso de locura cuando se hallaba operando a una mujer y se puso a hacerla la disección. La paciente murió en la cama de operaciones.

Recientemente, el mismo cirujano había amputado un brazo a un soldado herido y no había hecho nada para detener la hemorragia. Ha sido encerrado en un manicomio.»

**Casos de viruela.**—El día 11 del actual regresó a Zaragoza, procedente de Mequinzena, el inspector provincial de Sanidad, que fué a este pueblo con objeto de estudiar el modo de atacar rápidamente la epidemia de viruela que se había desarrollado.

Actualmente sólo hay quince casos de dicha enfermedad.

El vecindario puso una gran resistencia a la vacunación y ¡caso lamentable! por fuerza se practicaron hasta 1.750 vacunaciones.

**El médico de Llodio.**—La audiencia ha sobreesido la causa seguida contra el médico del pueblo de Llodio, fundándose en que los hechos denunciados no constituyen delito.

El procesamiento de dicho médico fué uno de los motivos de la actitud adoptada por los médicos vasconavarros en defensa de la clase.

**Instituto de Medicina social.**—Primera serie de conferencias públicas organizadas por este Instituto en el Ateneo de Madrid.

Doctor Pittaluga.—El problema político de la Sanidad pública.

Don Julio Senador.—La miseria como enfermedad social.

Doctor Piga.—Medicina social y proyecto de construcción de escuadra.

Don Ramón García Redruello.—Los Ayuntamientos y su función higiénico-social.

Doctor Eduardo Alfonso.—El naturismo como medio de renovación fisiológica, individual social.

Don Fernando Ruiz Dana.—Poder Sanitario.

Doctor Aguado Marinoni.—Previsión y Medicina Social.

Oportunamente se dará cuenta del día y la hora en que haya de tener lugar cada conferencia.

**La Sociedad de Pediatría.**—El día 13 del actual, bajo la presidencia del rector de la Universidad, señor Carracedo, se efectuó en el local del Colegio Médico la sesión inaugural del curso de la Sociedad de Pediatría.

Leyó la memoria de los trabajos de 1919-20 el secretario, don Juan Garrido, y don Hipólito Rodríguez Piniella un discurso, que resultó muy interesante, sobre el

# 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.



tema «Influencia del estado psicológico en el niño enfermo». El doctor Carracido puso fin al acto con palabras de elogio y aliento para la culta labor de dicha Sociedad.

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

**Liga Española de Medicina Social.**—Por iniciativa del Sr. Aguado Marinoni y con el consejo y protección de altas personalidades de los campos médico y sociológico, se está constituyendo una Liga Española de Medicina Social con propósitos de acción inmediata y enérgica en beneficio de la salud pública.

Se ruega a todas las sociedades y a los particulares que estén conformes con la idea y deseen formar parte en la constitución de la Liga, que se sirvan manifestarlo cuanto antes por escrito al señor Secretario general del Instituto de Medicina Social, Ateneo de Madrid, Prado, núm. 21.

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

Se ruega a todos los que deseen tomar parte activa en estas conferencias, sean o no miembros del Instituto, que se sirvan comunicarlo por escrito a su secretario general, Ateneo de Madrid.

**El cuatrigésimo aniversario de la Escuela Dental de París y los odontólogos españoles.**—Con motivo del cuarenta aniversario de la fundación de la Escuela Dental de París, la Escuela de Odontología de Madrid ha acordado adherirse a los actos con que se celebra, y para cumplimentar el acuerdo, se ha nombrado una comisión compuesta por los señores Aguilar, Landete, Díez, Devís, Valdés y Valderrama, que aprovecharán esta oportunidad para cambiar impresiones con sus compañeros franceses sobre el Congreso Odontológico Internacional que se celebrará en Madrid en el próximo abril.

También se proponen invitar al Sr. Villain, de París, para que dé en España algunas conferencias.

**Oposiciones a cátedras.**—La Gaceta publica entre otras, las siguientes Reales órdenes del Ministerio de Instrucción pública:

Anunciando al turno de oposición entre auxiliares la provisión de la cátedra de Patología general, con su clínica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Anunciando al turno de oposición la provisión de la cátedra de Curso de las enfermedades de la infancia, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad Central.

Anunciando al turno de oposición la provisión de la cátedra de Medicina legal y Toxicología, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago.

**LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DOCTOR GIRAL.** Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.); agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorios del doctor Giral.

Al presente número se acompaña un prospecto de la casa Bayer y C.<sup>a</sup>, Ausias March, 16 y 18, Barcelona, cuya lectura recomendamos por contener la opinión del doctor Gudden, sobre LA ADALINA.

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

#### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

#### SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente).

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Laura 74

BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid—Teléf. J. 923.