

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Un nuevo caso de síndrome de Fröhlich, por Antonio Crespo Alvarez.— Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago por conmoción á distancia del gran simpático torácico, por Celestino Alvarez.— Investigaciones hematológicas en los epilépticos, por el Dr. R. Alvarez de Toledo.— Shock traumático, por José Segovia y Caballero.— Periódicos médicos.— Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.— Taumaturgia sanitaria, por el Dr. Albiñana.— Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.— Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.— Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.— Crónicas.— Vacantes.— Anuncios.

UN NUEVO CASO DE SÍNDROME DE FRÖHLICH

FOR

ANTONIO CRESPO ALVAREZ

De Sanidad Militar.

Desde que Fröhlich dió á conocer por vez primera en 1901 el síndrome que lleva su nombre, bastantes casos análogos han aparecido en la literatura médica, y aunque no están resueltos de un modo definitivo todos los puntos con él relacionados, puede decirse que, á la hora presente, se conocen bastante bien los caracteres clínicos y la patogenia del síndrome adiposo-genital.

He aquí la historia clínica del enfermo que nos ocupa.

Se trata de un muchacho de veintidós años de edad, llamado Fernando Justo, natural de Santibáñez de la Sierra (Salamanca), y que ingresó en el servicio de observación de esta Comisión mixta en los últimos días del mes de Mayo.

Sus padres viven y están sanos. Han sido siete hermanos, tres de los cuales han muerto, sin que sepa de qué causa.

La anamnesis personal remota nada dice relacionado con la enfermedad actual. En cuanto á ésta, solamente había notado él la pérdida de la agudeza visual, muy acentuada en uno de los ojos (el derecho), y disminuída ligeramente en el otro. Frecuentes é intensos

dolores de cabeza y abultamiento ligero de los brazos y las piernas.

Un examen clínico detenido nos demostró: Ausencia casi absoluta de vello en el cuerpo; solamente existen escasísimos pelos en el pubis. Aumento considerable de grasa en el tronco, muy principalmente á nivel de las mamas y del vientre. Como en la fotografía se ve, este aumento de grasa da á su cuerpo formas femeninas. En el pubis la grasa se acumula también en bastante cantidad, siendo por eso bastante perceptible el surco suprapúbico. En los brazos y las piernas hay igualmente hipertrofia del tejido adiposo subcutáneo, principalmente á nivel de los tobillos.

La temperatura del cuerpo es subnormal; en ninguna de las distintas veces que la hemos comprobado llegaba en la axila á 36°. El número de pulsaciones es de 80, próximamente, al minuto. La talla es normal.

La atrofia de los órganos genitales es muy manifiesta. Los testículos, casi esféricos, y cuyo diámetro mide poco más de un centímetro, están íntimamente adosados al orificio externo del conducto inguinal. El pene es también de muy reducidas dimensiones.

Examinado el fondo del ojo, se aprecia atrofia de la pupila del nervio óptico, muy acentuada en el lado derecho, poco acentuada en el izquierdo.

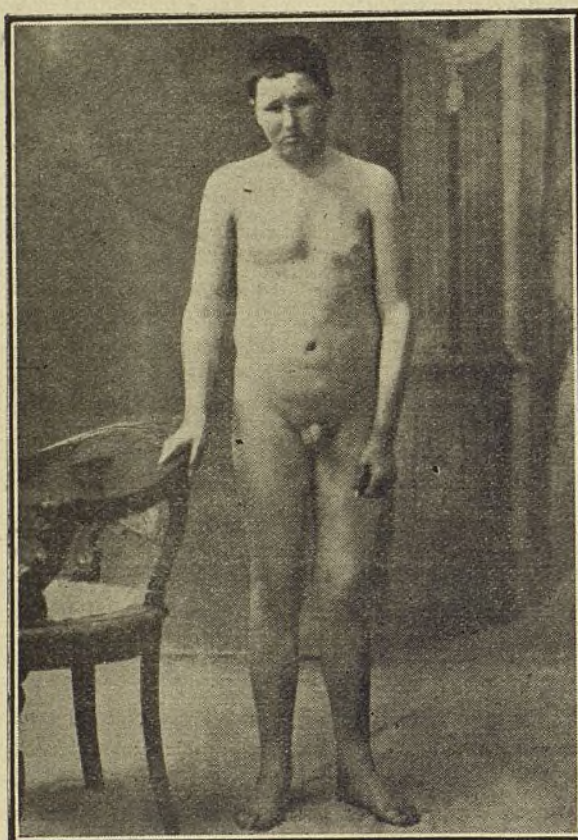
La cantidad de orina diaria es próximamente de 2.000 gramos, y en ella no encontramos albúmina ni glucosa. Había, sí, una ligera disminución de su densidad.

La fórmula leucocitaria marca claramente un trastorno considerable en las funciones de las glándulas de secreción interna. Fué la siguiente.

Polinucleares.....	47
Linfocitos.....	49
Gran las mononucleares.....	3
Eosinófilos.....	1

Total..... 100

La radiografía de la muñeca nos pone de manifiesto una mayor transparencia de los huesos del antebrazo y la falta de soldadura de las epífisis del radio y del cúbito.



La voz tiene un tono muy elevado, análogo a la de los eunucos.

Hay ausencia de apetito sexual. El examen psíquico de este enfermo nos pone de manifiesto un carácter apático y melancólico.

No hemos podido hacer la termorreacción de Cushing por no haber encontrado hipofisina glandular inyectable. Por razones especiales, tampoco nos ha sido posible obtener la radiografía de la silla turca.

Teniendo presentes los datos anteriormente referidos, tratemos de establecer el diagnóstico.

Es indudable que nos encontramos en presencia de un trastorno considerable de las glándulas de secreción interna, como claramente lo demuestra la enorme mononucleosis comprobada. Ahora bien, para orientarnos convenientemente, es preciso tener en cuenta dos glándulas, cuya hipofunción guarda analogía muy manifiesta con el caso clínico que estudiamos.

Esas glándulas son: el testículo y la hipófisis.

No haré más que mencionar el síndrome suprarrenogenital de Gallais, debido a una hipertrofia de la porción cortical de las glándulas suprarrenales, pues aunque se acompaña también de adiposidad manifiesta, los trastornos sexuales que en ella se observan son los opuestos a los que aquí encontramos; en efecto, lo que existe allí, es un aumento de la virilidad, observándose ese síndrome casi siempre en las mujeres y raramente en varones.

El testículo, como sabemos, tiene dos funciones completamente distintas; una relacionada con la función genésica; otra en relación con su secreción interna. De la primera están encomendadas todas las células de la serie seminal (espermatozonias, espermatozitos, espermátides y espermatozoides) y las células de Sertoli, consideradas hoy como órganos nutritivos de las células espermáticas. (Hay quien cree, sin embargo, que tanto estas células, como las espermátides, intervienen en la secreción interna, fundándose en la abundancia de lipoides que contienen) Pero el papel principal, quizá el único, en la secreción interna del testículo, parece pertenecer a las células intersticiales ó células de Leydig. Residen éstas entre los distintos elementos del tejido conjuntivo y tienen caracteres que las individualizan claramente. Son células voluminosas, poliédricas, con núcleo esférico, á menudo excéntrico. El protoplasma, claro en la periferia, es finamente granuloso en la parte central. Estos gránulos están constituidos por finas gotas de grasa y por cristales en forma de bastoncito, con los extremos redondeados. Estos elementos son sustituidos por gránulos de pigmento en los testículos de los ancianos.

Indudablemente, muchas de las alteraciones que en nuestro caso clínico observamos guardan relación más ó menos mediata con la atrofia de estas células intersticiales. La obesidad, la hipotermia, la voz eunucoide, la ausencia casi total de vello en el cuerpo, etc., son síntomas que desde hace mucho tiempo se indican como característicos de la insuficiencia testicular y muy especialmente de eunucoidismo de Griffiths. Además, la atrofia macroscópica de los testículos hace pensar *à priori* en la atrofia microscópica. Ahora bien, nosotros no podemos olvidar que entre los síntomas recogidos y mencionados anteriormente, hay algunos que nos hablan claramente de la existencia de una tumoración hipofisaria. Entre estos síntomas mencionaremos: los frecuentes é intensos dolores de cabeza, la atrofia de la papila del nervio óptico y el aumento (aquí poco considerable) de la cantidad de orina, la cual, si tiene menor concentración de cloruros y urea que la normal, es porque está aumentada la cantidad de agua, y prueba de ello es que tanto la urea como los cloruros eliminados diariamente se conserva en los límites ordinarios.

La termorreacción de Cushing está lecería claramente un diagnóstico diferencial entre la hipofunción genital y la hipofisaria, siendo negativa en el primer caso y positiva en el segundo.

A pesar de que no hemos podido comprobar aquí esta importante reacción, no hemos dudado en consi-

derar este caso como debido á la hipofunción de hipófisis; es decir, que, á nuestro juicio, nos encontramos en presencia del síndrome adiposogenital de Fröhlich, fundándonos para decir esto en los tres síntomas últimamente mencionados, que acusan de modo indudable la tumoración de hipófisis.

Lo que sucede es, que se olvida con demasiada frecuencia las *acciones recíprocas glandulares ó interrelaciones humores* y que el esquema que los promotores de esta teoría los patólogos vieneses Eppinger, Falta y Rüdinger publicaron en 1908 para el tiroides, el páncreas y las cápsulas suprarrenales, puede generalizarse hoy, para la mayor parte ó todas las glándulas de secreción interna. Así la hipofunción de la hipófisis trae consigo la atrofia de los testículos ó su falta de desarrollo, y por eso, á los síntomas que el primer trastorno glandular acarrea, hay forzosamente que añadir los que origina el segundo, y de ahí la complejidad clínica de este síndrome.

Es curiosa, por demás, la relación humoral que guardan estas dos glándulas. Si á un animal en edad temprana se extirpa la hipófisis, sus órganos genitales no se desarrollan; si se extirpa en edad adulta, sufren los genitales un grado mayor ó menor de atrofia. Por el contrario, la extirpación de los genitales en un animal adulto no acarrea alteración alguna en la hipófisis; pues si el animal es joven, hay una *hipertrofia* de la glándula hipofisaria, á cuya hipertrofia es atribuida la talla exagerada de los eunucos.

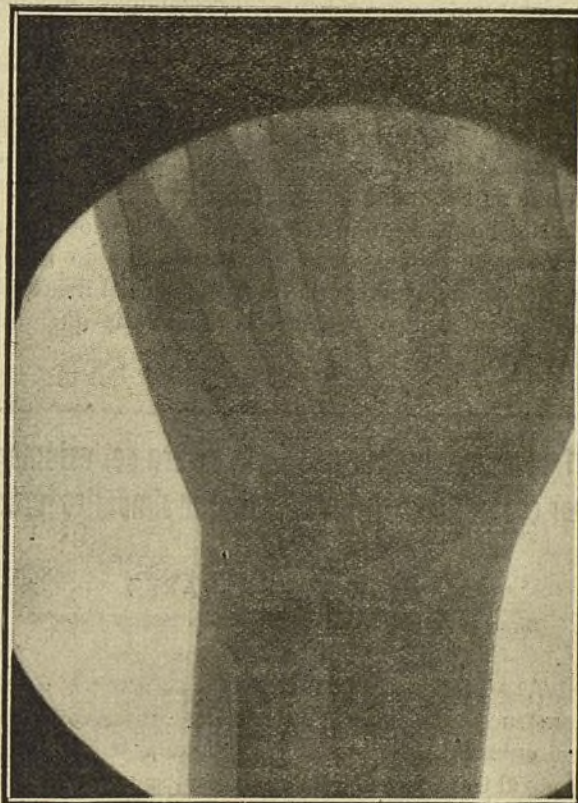
No están de acuerdo los patólogos acerca de cual de las tres porciones de la hipófisis (anterior, media ó posterior) es la que origina el síndrome de Fröhlich. Pero antes de abordar este punto mencionaremos la teoría de Erdheim que supone un centro trófico encefálico, el cual, comprimido por la tumoración de la hipófisis, determinaría el síndrome adiposo genital. Mala explicación tienen con esta teoría los casos de hipertrofia de la glándula con acromegalia ó gigantismo y sin Fröhlich; así como también los casos típicos de esta última enfermedad sin aumento de tamaño de la hipófisis que está esclerosada á consecuencia de la sífilis (Noorden), de la escarlatina (Baboneix y Paissan) ó de otras infecciones.

La actividad manifiesta que la inyección del extracto posterior de hipófisis determina en el individuo, así como también la inactividad aparente de la hipofisina del lóbulo anterior, hizo creer á muchos de los que á estos estudios se dedican que, en contra de lo que la anatomía microscópica parecía enseñar, era la porción posterior y no la anterior la que realmente intervenía de un modo directo en la patogenia de la acromegalia ó del síndrome de Fröhlich. Estudios posteriores pusieron de manifiesto que, en lo que se comprendía con el nombre de parte posterior, había dos clases de tejidos, completamente distintos, no separables macroscópicamente, pero sí microscópicamente. En efecto, en los límites con la porción anterior se encuentra un tercer lóbulo, llamado lóbulo medio, en el que existen unas células epiteliales cúbicas, algunas ciliadas, con contenido amorfo, que revisten las paredes de la hen-

didura interlobar y unas vesículas llenas muchas de ellas de una substancia coloide, análogas á las vesículas tiroideas.

El lóbulo posterior, por el contrario, está compuesto de fibras nerviosas y células de neuroglia.

La actividad que el extracto de ambas porciones (no se ha podido hacer un estudio separado) produce en el individuo, recae principalmente en el aparato cardiovascular y no modifica en nada el desarrollo del esqueleto, el metabolismo de las grasas y las funciones genitales que son las alteraciones principales que se observan en la acromegalia (cuando hay hiperfunción) y en la obesidad hipofisaria (cuando hay hipofunción).



El lóbulo anterior de la hipófisis es una formación de tejido glandular, desenvuelto á expensas del mame-lón faríngeo primitivo; es, pues, una producción ectodérmica. En él encontramos células sin granulaciones de ninguna clase (células cromóforas) y células con granulaciones (células cromófilas). Estas últimas á su vez abarcan dos especies: unas granulaciones toman fuertemente los colores ácidos (células acidófilas ó eosinófilas) y otras los básicos (células basófilas). También segregan estas células gotas de grasa, con caracteres análogos á la que segregan las células de la porción cortical de las suprarrenales. Por fuera de estas células, se encuentran masas de substancia coloide, destinada probablemente á pasar directamente á la sangre de los capilares, ya que este órgano está desprovisto de linfáticos.

No se conocen claramente y de un modo completo todas las funciones encomendadas á esta porción de la glándula. Parece, sin embargo, indudable que su hiperfunción determina el crecimiento desmesurado de

las epífisis de los huesos largos y su hipofunción la falta de osificación de dichas epífisis y la persistencia de los cartílagos de conjunción. La radiografía que acompaña a este trabajo es por sí lo bastante elocuente para cerciorarnos de que se trata aquí de un caso de hipofunción de la porción glandular de la hipófisis, ya que de haber sido debida esta falta de osificación a la insuficiencia testicular (como a veces sucede) se acompañaría necesariamente de una talla elevada del enfermo, cosa que aquí no existe.

También habla muy en favor de la localización de esta enfermedad en la porción glandular de la hipófisis, el hecho de que en estos enfermos, que son hipotérmicos, se determina una reacción térmica específica y claramente comprobable, inyectándoles hipofisina glandular (reacción de Cushing).

Todo ello nos induce a pensar que, a pesar de las opiniones autorizadísimas que hoy sostienen lo contrario (Fischer y otros), la parte glandular de la hipófisis juega un papel importantísimo en la patogenia del síndrome de Fröhlich.

Nos ha parecido interesante la publicación del presente caso clínico, cuyo diagnóstico ha sido robustamente consolidado con la conformidad del ilustre doctor Cañizo, a quien debemos la radiografía que publicamos.

Junio, 1919.

Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago por conmoción a distancia del gran simpático torácico

POR

CELESTINO ALVAREZ

Director-proprietario del Sanatorio Quirúrgico de Oviedo (1).

7.º Terminada la elongación, se procede a la reconstrucción anatómica con tres suturas: una de los músculos profundos, que comprende a todos ellos, excepto al trapecio y dorsal ancho, y otra que comprenda a estos músculos. En las suturas musculares he obtenido los mejores resultados, haciendo sutura continua de Pozzi, mas atravesando todo el espesor del plano que se sutura, de tal manera, que la aguja perfore en cada uno de los labios de la herida, siempre de dentro a afuera, con lo cual el hilo se entrecruza en zig-zag y los bordes quedan ranversados, realizando una compresión que favorece la hemostasia e impide la formación de hematomas, que se formarían al olvidar este detalle. Los extremos del hilo de ambas suturas musculares se hacen atravesar la piel, sobre cuya superficie se los ata a una torundita de gasa. La operación queda terminada con la sutura de la piel en sutura continua. En general, a los ocho días de la intervención pueden quitarse los puntos superficiales, y a los doce se intenta sacar los profundos, tirando de sus cabos libres; pero si se encontrase alguna resistencia, se dejan todavía unos días más, hasta que pueda extraérseles sin violencia; pues de ejercerse sobre la seda produciría su rotura y la for-

mación ulterior de accesos hasta su expulsión. En todas las suturas se emplea como material la seda algo gruesa. Para facilitar su salida deben los puntos de sutura hacerse de modo que queden distanciados para que el hilo tenga una dirección bastante oblicua. La intervención debe ser bilateral.

Por último, se aplicará un vendaje compresivo para favorecer la hemostasia de los planos musculares operados.

Los nervios intercostales que en la actualidad elongo, son los sexto, séptimo, octavo y noveno pares.

Historias clínicas

Renunciamos a consignarlas todas las de nuestros operados, pues ello fatigaría indebidamente a los lectores. De entre ellas hemos entresacado las que siguen, que cada una representa un grupo de enfermos semejantes.

Úlcera gástrica.

M. C., natural de Lueca, de veintiséis años, militar.

Antecedentes hereditarios sin ninguna particularidad digna de mención.

El enfermo gozó siempre de buena salud hasta el mes de Noviembre de 1909, en que comenzó su afección gástrica, inaugurándose ésta con pirosis, gastralgias y vómitos alimenticios. En Mayo de 1911 padeció una abundante hematemesis, instalándose desde entonces una intolerancia gástrica absoluta para toda clase de alimentos, incluso para la leche, que provocaba algún tiempo después de su ingestión vómitos frecuentes.

Estado preoperatorio.—El enfermo presenta una desnutrición exagerada, intolerancia gástrica absoluta que comprende a la leche. Dolor en barra que arranca del epigastrio, se irradia hacia la columna vertebral y que alcanza el máximo de intensidad en el momento mismo de la ingestión del alimento. Los dolores se alivian algo con el vómito que ofrece un aspecto vinoso. Hace ocho días padeció una abundante hematemesis. Las heces fecales son invariablemente negruzcas y semejantes a la pez, según declara el paciente.

El análisis del jugo gástrico (procedente del vómito) dió el resultado siguiente:

Análisis cualitativo.

Acido láctico.....	Indicios.
Acido acético.....	Indicios.
Acido butírico.....	Negativo.
Bilis.....	Negativo.
Sangre.....	<i>Franco positivo</i>

Análisis cuantitativo.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	222	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	140	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	40	158
F. = Cloro fijo.....	254	109
T. = Cloro total.....	440	321
$\frac{A - H}{C} = \text{Coeficiente de Hayem y Winter.}$		
	1,90	0,86

(1) Véase el número anterior.

Las cifras expresan miligramos y son referidas á 100 c. c. de jugo analizado. (Análisis del Laboratorio del Dr. Castañón, de Oviedo.)

De todos los anteriores datos se desprende el diagnóstico: *Úlcera gástrica de la corvadura menor, en franco período de agudeza.*

Este estado era el del paciente el día 20 de Julio de 1912, fecha en la que la presente historia fué recogida.

El día 25 de Julio de 1912 fué operado, practicándose en él la elongación del quinto, sexto, séptimo y octavo pares dorsales. A partir de las veinticuatro horas siguientes á la operación, el enfermo acusó un notable alivio; cesaron los dolores, y los vómitos y la leche fué desde entonces perfectamente tolerada. Como únicas molestias aquejaba el enfermo una sensación de peso en el estómago y una anestesia en cinturón á la altura de los pares dorsales seccionados.

Un mes más tarde el enfermo ingería y digería sin la menor molestia toda clase de alimentos sólidos y líquidos, excepto los alcohólicos, que le fueron prohibidos, y el análisis de su jugo gástrico después de la ingestión del desayuno de prueba de Ewald (250 c. c. de té sin azúcar y 60 gramos de corteza de pan), extraído á la hora de su ingestión, dió el siguiente resultado:

Análisis cualitativo.

Acido láctico	Indicios.
Acido acético.....	Indicios.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción negativa.
Sangre.....	Reacción negativa.

Análisis cuantitativo.

		Cifras normales.
A. = Acidez total	189	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	58	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	54	168
F. = Cloro fijo.....	178	109
T. = Cloro total.....	290	321
$\frac{A-H}{C}$ = Coeficiente de Hayem y Winter.....	2,04	0,86

Como se ve por las precedentes cifras comparadas con las del análisis preoperatorio, la acidez clorhídrica disminuyó notablemente. Asimismo es de observar la reacción negativa de la sangre, lo cual demuestra la evolución hacia la cicatrización, si no la cicatrización completa de la úlcera.

En la actualidad el enfermo se encuentra completamente curado, prestando su servicio militar en nuestras posesiones de Africa. A partir del mes siguiente de la operación, en que se le sometió á la alimentación ordinaria, el enfermo no aquejó la menor molestia en su estómago. El resultado de la intervención fué, pues, en este caso, *francamente curativo.*

Úlcera gástrica.

D. C. A. M., natural de Avila, de cuarenta y seis años de edad, fué historiado por el Dr. Yagüe, de Madrid (especialista en enfermedades del aparato digestivo), el día 17 de Diciembre de 1915 y de esta histo-

ria recogemos los datos más importantes que á continuación se citan:

Forma del vientre aplanado. Ondulaciones peristálticas perceptibles por palpación. Sensibilidad cutánea aumentada.

Situación del estómago.—Límite superior á nivel del quinto espacio intercostal izquierdo, límite inferior un través de dedo por debajo de la línea umbilical. Sus dimensiones medidas sobre la línea paraesternal eran de 17 centímetros y horizontalmente sobre la línea epigástrica medía 19 centímetros. Después de la insuflación pudo demostrarse por percusión, el aumento de la capacidad gástrica por dilatación en todos sus diámetros.

Análisis del jugo gástrico.

Cantidad recogida después de una hora de ingerido el desayuno de prueba: 150 c. c. de líquido con abundantes restos de pan, formes é informes. Color blanquecino, olor ácido de fermentación. Aspecto turbio; después de la filtración claro transparente.

		Cifras normales.
A. = Acidez total.....	299	189
H. = Acido clorhídrico libre.....	189	44
C. = Cloro combinado orgánico.....	65	58

Acido láctico no existe.

Sangre.....	Reacción positiva.
Digestión de los albuminoides.....	Rápida.
Digestión de los hidrocarbonados..	Lenta.

Existe retención alimenticia.

Del referido examen dedujo el Dr. Yagüe el siguiente diagnóstico:

Hiperclorhidria con hipersecreción, por úlcera yuxtapi-lórica, con estenosis pilórica espasmódica, en neurópata.

El enfermo siguió desde esta fecha el tratamiento médico indicado por el Dr. Yagüe, sin obtener la má. leve mejoría, á pesar de cumplirlo puntualmente. Por el contrario, los trastornos fueron en aumento hasta realizarse en el enfermo una verdadera y casi completa intolerancia gástrica.

En el mes de Septiembre de 1916, esto es, siete meses después de seguir el tratamiento médico indicado, se presentó en nuestra consulta. Su estado general era deplorable, pues padecía una desnutrición intensa. El enfermo vomita la mayor parte de sus tomas de leche, después de molestas gastralgias y se agudiza su pertinaz estreñimiento.

La exploración de su aparato digestivo demuestra: Lengua saburrosa y estómago muy dilatado desde el quinto espacio intercostal hasta dos traveses de dedo por debajo del ombligo. El resultado del análisis del jugo gástrico fué análogo al practicado por el Dr. Yagüe y que antes mencionamos.

Pocos días después del reconocimiento le fué practicada mi operación, seccionando y elongando los sexto, séptimo, octavo, noveno y décimo pares intercostales.

Practicado un segundo análisis dió resultados idénticos al preoperatorio.

La mejoría siguió de cerca á la operación y cuatro meses después reaparecieron las molestias, durando este estado poco tiempo, para de nuevo reaparecer la mejoría de los primeros meses postoperatorios, siendo de notar que para lograrlo no fué preciso ningún medicamento. Y á propósito de la recaída de este enfermo, hemos de consignar que no es infrecuente en nuestros operados observar pasajeras recaídas que desaparecen por sí solas antes de que el sujeto entre de lleno en la normalidad.

En el día de hoy nuestro historiado sigue perfectamente, sin que ningún alimento le perjudique en lo más mínimo, pues todos los tolera y digiere su estómago. Cesaron las gastralgias y vómitos, y su dilatación gástrica disminuyó, casi hasta desaparecer por completo. Pesa 7 $\frac{1}{2}$ kilos más que en la fecha en que fué operado.

El resultado de nuestra intervención fué, pues, *completamente curativo*.

Pasada la recaída anotada, la reacción de Weber practicada en las heces fué siempre negativa.

Hiperclohidria.

Historia clínica del 3 de Julio de 1912.

D. A. R. C., natural de Gijón, de treinta y ocho años de edad, peón de muelle, pesa 56 kilos.

Los antecedentes hereditarios carecen de interés.

Gozó de buena salud hasta hace nueve años en que empezó á sentir ardores de estómago, pirosis, y gastralgias que solían terminarse con el vómito. La alimentación mixta ordinaria se hizo á poco imposible, quedando el enfermo sometido forzosamente á la dieta láctea exclusiva.

En sus antecedentes existe el alcoholismo pronunciado.

Actualmente conserva el apetito, pero se vé forzado á renunciar á toda alimentación sólida, pues aun la ingestión de leche le produce á poco un violentísimo dolor, que nace en el epigastrio, irradiándose hacia la espalda. Más tarde vomita, desapareciendo el dolor para reaparecer al poco tiempo. La ingestión de leche y aun la de agua, le alivia momentáneamente.

Análisis del jugo gástrico.

Practicado en 9 de Julio de 1912. Déayuno de prueba de Ewald extraído á la hora de su ingestión.

Aspecto: tubio, con abundantes materias en suspensión.

Color: amarillo verdoso.

Olor: inodoro.

Examen cualitativo.

Acido láctico.....	Reacción positiva débil.
Acido acético.....	Reacción positiva débil.
Acido butírico.....	Reacción negativa.
Bilis.....	Reacción positiva.
Sangre.....	Reacción negativa.

(Se continuará.)

Trabajo del Laboratorio de Medicina Legal de Granada.

Investigaciones hematológicas en los epilépticos⁽¹⁾

FOR EL

DR. R. ALVAREZ DE TOLEDO

Catedrático de Medicina Legal y Toxicología.

2.º A las nueve del 12-XI-1918.

Durante el ataque: 10.600 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....		62
— eosinófilos.....		2
Mastleucocitos.....		0
Linfocitos pequeños.....	16	
— grandes.....	2	
— leucocitos { pequeños.....	6	31
— leucocitos { grandes.....	4	
— leucocitos { tóides de granulaciones azurófilas.....	3	
Linfocitos { grandes mononucleares.....	2	4
— formas de tránsito.....	2	
Células de Rieder.....		1

Treinta minutos después: 8.000 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....		69
— eosinófilos.....		6
Mastleucocitos.....		0
Linfocitos pequeños.....	13	
— grandes.....	2	
— leucocitos { pequeños.....	4	23
— leucocitos { grandes.....	3	
— leucocitos { tóides de granulaciones azurófilas.....	1	
Linfocitos { grandes mononucleares.....	1	2
— formas de tránsito.....	1	
Células de Rieder.....		0

3.º Una hora y cuarto después de la comida. A las diez del 22-XI 1918.●

Durante el ataque: 10.300 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....		60
— eosinófilos.....		5
Mastleucocitos.....		0
Linfocitos pequeños.....	21,3	
— grandes.....	1	
— leucocitos { pequeños.....	7	31,8
— leucocitos { grandes.....	2,5	
— leucocitos { tóides de granulaciones azurófilas.....	1	
Linfocitos { grandes mononucleares.....	1,7	2,7
— formas de tránsito.....	1	
Células de Rieder.....		0,5

Treinta minutos después: 8.200 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....		65
— eosinófilos.....		6
Mastleucocitos.....		0
Linfocitos pequeños.....	16,5	
— grandes.....	0,7	
— leucocitos { pequeños.....	5,2	24,6
— leucocitos { grandes.....	2,2	
— leucocitos { tóides de granulaciones azurófilas.....	1	
Linfocitos { grandes mononucleares.....	0,7	3,2
— formas de tránsito.....	2,5	
Células de Rieder.....		1,2

A pesar de ser ligeros los accesos en esta enferma, siempre pude comprobar la leucocitosis durante ellos.

Salvo en el primer ataque en que no hubo gran alteración de la fórmula, en los otros dos sí hubo mononucleosis, aunque moderada.

(1) Véase el número anterior.

Caso núm. XII. — Mujer de veintitrés años. Estudiado un caso. Media hora después del almuerzo, el 22-X-1918.

Durante el ataque: 12.800 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	38	
— eosinófilos.....	2	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	34	
— grandes.....	10	56
— leucocitoides.....	12	
Linfocitos pequeños.....	4	
— grandes mononucleares.....	0	4
Linfocitos... formas de tránsito.....	0	

Treinta y cinco minutos después: 9.600 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	60	
— eosinófilos.....	2	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	10	
— grandes.....	7	30
— leucocitoides.....	13	
Linfocitos... formas de tránsito.....	8	
Linfocitos... grandes mononucleares.....	0	8

Es una observación típica que confirma la leucocitosis y mononucleosis del ataque epiléptico.

Caso núm. XIII. — Mujer de veintidós años, á quien dan con suma frecuencia los accesos. Estudiados dos.

1.º Durante el ataque (8-XI-18 cinco y media tarde): 19.500 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	54	
— eosinófilos.....	8	
— basiófilos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	20	
— grandes.....	1	36,5
— leucocitoides.....	15,5	
Linfocitos... formas de tránsito.....	0	1,5
Linfocitos... grandes mononucleares.....	1,5	

Treinta minutos después: 10.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	65,5	
— eosinófilos.....	8	
— basiófilos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	15,5	
— grandes.....	1,5	25,5
— leucocitoides.....	8,5	
Linfocitos... formas de tránsito.....	0	1,5
Linfocitos... grandes mononucleares.....	1,5	

2.º Media hora después del almuerzo. A las doce y tres cuartos del día 15-X-1918.

Durante el acceso: 13.800 leucocitos por milímetro cúbico

Polinucleares neutrófilos.....	65	
— eosinófilos.....	1,5	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	26	
— grandes.....	0	32
— leucocitoides.....	6	
Linfocitos... formas de tránsito.....	0,5	1,5
Linfocitos... grandes mononucleares.....	1	

Treinta minutos después: 6.900 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	70	
— eosinófilos.....	2	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	21	
— grandes.....	0	24
— leucocitoides.....	3	
Linfocitos... formas de tránsito.....	2	4
Linfocitos... grandes mononucleares.....	2	

En estas dos observaciones se confirma lo que llevamos dicho tantas veces en este trabajo. Hay evidente leucocitosis (de 9.000 sobre la normal en la 1.ª y de cerca de 7.000 en la segunda) con mononucleosis moderada.

Caso núm. XIV. — Mujer de cuarenta y un años. Estudiados cuatro accesos.

1.º Una hora después del almuerzo. A las diez del 10-XII-1918.

Durante el acceso: 16.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	60	
— eosinófilos.....	8	
Mastleucocitos.....	1,5	
Linfocitos pequeños.....	14	
— grandes.....	0,5	24,5
— leucocitoides.....	1	
— grandes mononucleares.....	5	
— leucocitoides de granulaciones azurófilas.....	4	10
Linfocitos... formas de tránsito.....	4	6
Linfocitos... grandes mononucleares.....	2	
Células de Rieder.....	0	

Treinta minutos después: 12.800 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	60,5	
— eosinófilos.....	7,5	
Mastleucocitos.....	1,5	
Linfocitos típicos.....	21,5	
— grandes.....	0,5	26,5
— leucocitoides.....	1	
— grandes mononucleares.....	1	4,5
— leucocitoides de granulaciones azurófilas.....	2,5	
Linfocitos... formas de tránsito.....	0,5	2,5
Linfocitos... grandes mononucleares.....	2	
Células de Rieder.....	1,5	

2.º Una hora después del almuerzo. A las nueve y tres cuartos del 30-XI-1918.

Durante el ataque: 10.300 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	54	
— eosinófilos.....	10	
Mastleucocitos.....	0,3	
Linfocitos pequeños.....	15,6	
— grandes.....	0,7	30,8
— leucocitoides.....	3,5	
— grandes mononucleares.....	1	14,5
— leucocitoides de granulaciones azurófilas.....	10	
Linfocitos... formas de tránsito.....	1,5	4,9
Linfocitos... grandes mononucleares.....	3,4	

Treinta y cinco minutos después: 9.300 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	62	
— eosinófilos.....	12	
Mastleucocitos.....	0,5	
Linfocitos típicos.....	18,5	
— grandes.....	1,5	25
— leucocitoides.....	1	
— grandes mononucleares.....	1	5
— leucocitoides de granulaciones azurófilas.....	3	
Linfocitos... formas de tránsito.....	0	0,5
Linfocitos... grandes mononucleares.....	0,5	

3.º En ayunas. A las nueve y cuarto del 28-XI-1918.

Durante el ataque: 16.000 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	46,8	
— eosinófilos.....	8	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	26,4	
— grandes.....	0,4	38,8
— leucocitoides.....	2	
— grandes mononucleares.....	8	12
— leucocitoides de granulaciones azurófilas.....	2	
Linfocitos... formas de tránsito.....	0,4	3,6
Linfocitos... grandes mononucleares.....	3,2	
Células de Rieder.....	2,8	

Treinta minutos después: 8.000 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	67	
— eosinófilos.....	10	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	13	
— grandes.....	0	
— leucoci- toides..	5 } 1 } 1 }	20 7 1,5
— {pequeños.....		
— {grandes.....		
— {de granulaciones azurófilas.....		
— {grandes mononu- cleares.....		
— {formas de tránsito.	1	2,5
Linfoleucocitos....		
Células de Rieder.....		0

4.º Media hora después del almuerzo. A las nueve y tres cuartos del 18 XI.

Durante el acceso: 13.000 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	51	
— eosinófilos.....	6	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	29	
— grandes.....	2	
— leucoci- toides..	8 } 1 } 0,4 }	40,4 9,4
— {pequeños.....		
— {grandes.....		
— {de granulaciones azurófilas.....		
— {grandes mononu- cleares.....		
— {formas de tránsito.	0,6	1,6
Linfoleucocitos....	1	
Células de Rieder.....		1

Treinta y cinco minutos después: 12.000 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	68	
— eosinófilos.....	8	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	10	
— grandes.....	0,9	
— leucoci- toides..	6 } 3 } 0 }	19,9 9
— {pequeños.....		
— {grandes.....		
— {de granulaciones azurófilas.....		
— {grandes mononu- cleares.....		
— {formas de tránsito.	1,4	3,2
Linfoleucocitos....	1,8	
Celulas de Rieder.....		0,9

De los cuatro accesos estudiados en esta mujer, en dos hubo aumento notable del número de leucocitos durante el ataque, tanto que en uno de ellos (en el 3.º) llegó a duplicarse la cifra que de los mismos había en el intervalo del ataque. En los otros dos casos era muy pequeño y casi despreciable ese aumento.

De los cuatro accesos analizados, en el primero, a pesar de haber leucocitosis convulsiva, no hubo cambio en la fórmula leucocítica. En todos los demás casos observé lo siguiente:

1.º Que había disminución de los polinucleares neutrófilos durante el acceso, y a veces en un 20 por 100.

2.º Que inversamente y como sucede en ciertas infecciones (las del grupo tífico por ejemplo) cruzándose con las cifras anteriores, había linfocitosis.

3.º Que existiendo eosinofilia en todos los casos las cifras eran muy semejantes durante y después del ataque, con ligera disminución, sin embargo, durante el acceso (opinión de Morselli y Pastore).

4.º Que en conjunto los linfoleucocitos también están ligeramente aumentados durante el acceso.

Caso núm. XV. — Mujer de cuarenta y nueve años de edad. Estudiados tres accesos.

1.º En ayunas.

Durante el acceso: 12.600 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	56	
— eosinófilos.....	1,6	
Mastleucocitos.....	0,8	
Linfocitos pequeños.....	30,4	
— grandes.....	0	
— leucocitoides.....	4	
Linfoleucocitos....	7,2	
— {grandes mononucleares..		
— {formas de tránsito.....	0	7,2

Veinte minutos después: 8.600 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	61	
— eosinófilos.....	1	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	33	
— grandes.....	0	
— leucocitoides.....	3	
Linfoleucocitos....	2	
— {grandes mononucleares..		
— {formas de tránsito.....	0	2

2.º A las diez y seis y media del 30-X-1918. A las cuatro horas del almuerzo.

Durante el acceso: 11.300 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	44	
— eosinófilos.....	2	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos pequeños.....	28	
— grandes.....	4	
— leucocitoides.....	18	
Linfoleucocitos....	3	
— {grandes mononucleares..		
— {formas de tránsito.....	1	4

Treinta minutos después: 7.300 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	51,5	
— eosinófilos.....	1,5	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	28,4	
— grandes.....	3,8	
— leucocitoides.....	8	
Linfoleucocitos....	3,8	
— {grandes mononucleares..		
— {formas de tránsito.....	3	6,8

3.º En ayunas. A las nueve y cuarto del 28-XI-1918.

Al acabar el ataque: 12.400 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	60	
— eosinófilos.....	2,5	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	22	
— grandes.....	2,5	
— leucoci- toides..	7 } 2 } 1 }	32,5 10
— {pequeños.....		
— {grandes.....		
— {de granulaciones azurófilas.....		
— {grandes mononu- cleares.....		
— {formas de tránsito.	2	4,5
Linfoleucocitos....	2,5	
Células de Rieder.....		0,5

Treinta y cinco minutos después: 11.200 leucocitos por milímetro cúbico.

Polinucleares neutrófilos.....	70,5	
— eosinófilos.....	2	
Mastleucocitos.....	0	
Linfocitos típicos.....	20	
— grandes.....	0,5	
— leucoci- toides..	1 } 1 } 1 }	23,5 3
— {pequeños.....		
— {grandes.....		
— {de granulaciones azurófilas.....		
— {grandes mononu- cleares.....		
— {formas de tránsito.	2,5	3
Linfoleucocitos....	0,5	
Células de Rieder.....		1

En todos los accesos hubo leucocitosis periférica,

1.º A las nueve del 5-XII-1918. En ayunas.

1.º En ayunas. A las nueve del 6-XII-1918

Durante el ataque: 9.800 leucocitos por milímetro cúbico.				
Polinucleares neutrófilos.....				51,5
— eosinófilos.....				2,5
— basiófilos.....				0
Linfocitos típicos.....		22		
— grandes.....			1,5	
— leucocitos.....	3	14	37,5	
— de granulaciones azurófilas.....	8			
— grandes mononucleares.....	3			
Linfoleucocitos.....			1,5	6,5
— formas de tránsito.....			5	
Células de Rieder.....				2
Treinta y cinco minutos después: 6.400 leucocitos por milímetro cúbico.				
Polinucleares neutrófilos.....				68,5
— eosinófilos.....				2
— basiófilos.....				0
Linfocitos típicos.....		16,5		
— grandes.....			0	
— leucocitos.....	4	7	23,5	
— de granulaciones azurófilas.....	2			
— grandes mononucleares.....	1			
Linfoleucocitos.....			2	4,5
— formas de tránsito.....			2,5	
Células de Rieder.....				1,5

En esta observación, como en tantas otras, resulta una vez más confirmada la fórmula general establecida en la segunda parte de este artículo.

SHOCK TRAUMÁTICO ⁽¹⁾

POR

JOSÉ SEGOVIA Y CABALLERO

Alumno de Medicina Legal.

El mecanismo motor que entra en juego en la carrera ó en la lucha comprende los músculos y todos los órganos que contribuyen á su actividad, lo que explica la parte de los factores vasomotores cardíacos y respiratorios en los síntomas clásicos del shock. Así pues, mediante los estímulos adecuados es despertada la memoria ontogénica ó filogénica que denomina Crile «asociación», y el mecanismo nervioso desarrollado por la presencia de hechos parecidos á la vida del individuo ó de la especie responde de manera apropiada. Estas asociaciones pueden ser beneficiosas para el individuo o bene-asociaciones ó perjudiciales par a él (noci-asociaciones). El organismo en el caso del desarrollo filogénico trata de aumentar las bene-asociaciones y disminuir las noci-asociaciones para tratar de crear un estado ideal que Crile denomina de *anoci-asociation*.

Estas asociaciones cuyo resultado final es la actividad motriz son provocadas tanto por la excitación de los receptores al contacto (contact ceptors) que se encuentran en los tejidos y especialmente en la piel, como por los receptores á distancia (distance ceptors) que no son sino los sentidos especiales.

Por consiguiente, la excitación de estos receptores transmitida por los nervios al cerebro, ocasionará la descarga de energía que se traducirá en la actividad motora antes expresada; pero en todo individuo hay en un momento dado una cantidad limitada de energía potencial acumulada en las células nerviosas; cuando las excitaciones son muy intensas ó repetidas puede disminuir esta reserva hasta llegar al agotamiento.

(1) Véase el número anterior.

Si la actividad motriz resulta de la excitación del mecanismo motor, los fenómenos por los cuales se traducirá este agotamiento constituirá lo que se denomina agotamiento físico, pues si hay un obstáculo á la reacción normal contra la excitación del mecanismo motor, entonces se forma un círculo vicioso debido á que los órganos que no pueden obrar normalmente reaccionan entre sí mismos.

El estado de agotamiento intenso que se produce en uno ú otro caso es el shock. Por consiguiente, el shock es debido á la excesiva conversión de energía potencial en cinética como respuesta á los estímulos adecuados.

De acuerdo con estas ideas los fenómenos de agotamiento tendrán lugar en aquellos órganos cuya función normal es transformar la energía potencial en cinética; el cerebro (mejor dicho el sistema nervioso central), el hígado, las suprarrenales y los músculos que constituyen lo que Crile denomina sistema cinético. (Véase Anatomía patológica.)

Del mismo modo este estado de agotamiento podrá ser producido por todos aquellos estímulos que ocasionen la transformación de energía potencial en cinética, como son los traumatismos de todo orden, la emoción, las intoxicaciones, el ejercicio físico, el insomnio, etc., colocando Crile en este grupo (creemos que sin razón) el bocio exoftálmico.

En lo que se refiere al shock traumático que es lo que nos interesa, la intensidad del shock estará en relación con el número de receptores que hayan sido estimulados, lo cual depende de la naturaleza del traumatismo, lo que explica que los traumatismos obtusos y muy extensos provoquen shock más fácilmente que las heridas limpias; y del sitio traumatizado. En efecto, estos receptores (noci-ceptores que llama Crile) están muy desigualmente repartidos siendo mucho más abundantes en aquellas regiones que durante la evolución filogénica han estado más expuestas á traumatismos (por ejemplo, las manos, los pies, la cara); en cambio son escasas en aquellas como la espalda ó la nuca que están relativamente poco expuestas, y falta en absoluto en el cerebro, donde según las experiencias de Crile no producen shock los traumatismos más intensos.

Con objeto de comprobar que los fenómenos del shock no se deben á la intoxicación ni al descenso de la presión arterial, sino al mecanismo indicado, ha practicado Crile los siguientes experimentos:

Se secciona la médula espinal de un perro al nivel de los primeros segmentos dorsales; al cabo de algunas semanas se han restablecido los reflejos, quedando la parte inferior del cuerpo sin conexiones con el cerebro. En estas condiciones á pesar de los traumatismos insistentes y repetidos no se produce el shock.

Otro experimento muy demostrativo es el siguiente: Se anastomosan los sistemas circulatorios de dos perros seccionando la carótida y la yugular de un lado en cada perro, y uniendo el cabo central de la carótida de un perro con el cabo periférico de la del otro perro y el cabo periférico de la yugular con el cabo central de la yugular del otro perro. En estas condiciones y anestesiados los dos perros con el mismo anestésico se hace sufrir á uno de ellos un traumatismo.

Sacrificados al mismo tiempo los dos perros, y haciendo preparaciones con la misma técnica, se encontrarán en el perro traumatizado las alteraciones características del shock, mientras que no se encontrarán estas alteraciones en el otro perro.

Por último, para probar Crile que si bien el descenso de la presión arterial es clínicamente muy importante, no es la causa de estas alteraciones, anastomosa Crile las arterias de dos animales y traumatiza uno de ellos. En cuanto la presión

arterial empieza á descender, deja pasar sangre del otro animal para mantener la presión sanguínea al nivel normal en el perro traumatizado.

De este modo las alteraciones del shock se producen, sin embargo, pero hecho muy importante: *se necesita un traumatismo mucho más intenso para producir un shock de la misma intensidad que en condiciones ordinarias.*

Más recientemente dos autores norteamericanos, Janeway y Ewing (1), han practicado unos interesantes experimentos que tienden á demostrar que el shock no es el agotamiento de los centros nerviosos, como lo prueba: 1.º, que los animales en estado de shock se reponen rápidamente en cuanto la presión sanguínea vuelve á los límites normales, lo cual se compagina mal con un agotamiento de las células inversas; 2.º, que después de una prolongada exposición y amasamiento de los intestinos, el descenso de la presión arterial no era suficientemente grande; 3.º, dentro del tiempo limitado en que se desarrollan las intervenciones quirúrgicas no es posible obtener alteraciones anatómicas de las células nerviosas, ni siquiera una anemia de los centros nerviosos suficiente para explicar los fenómenos del shock.

Como resultados de sus observaciones, concluyen que, por lo menos, para los casos por ellos estudiados de shock producido mediante la excitación de los intestinos, la causa del shock era la parálisis vasomotora local del área esplácnica, lo que ocasiona un acumulo extraordinario de sangre en los vasos espléncicos.

Parecen, pues, volver á la teoría de Goltz y Fischer, aunque estos autores no la citen en su trabajo. Esto explicaría por qué la anoci-asociación de Crile, aunque fundada en hechos erróneos, según su opinión, da buenos resultados en la evitación del shock, evitando esta parálisis refleja de los nervios vasomotores locales.

Otras experiencias más modernas abogan también en favor de estas ideas. En un reciente trabajo (2), el cirujano norteamericano Mann concluye de una serie de experimentos que la excitación de los centros nerviosos, por prolongada y extensa que sea, es incapaz de producir la muerte del animal, á menos que se exciten los nervios que inhiben la respiración ó los movimientos cardíacos, é insiste en que el ligero descenso de la presión arterial y de la respiración que se obtiene mediante la excitación de los troncos nerviosos de los miembros, no es shock, y que mucha de la confusión que existe en la patogenia del shock deriva de considerar como shock muchos de estos estados. Este autor admite que, por lo menos para ciertos grupos de casos caracterizados por la aparición no inmediata del shock, la causa esencial de éste es el estancamiento de la sangre en un territorio determinado por la parálisis vasomotora, lo mismo que resulta de los trabajos citados por Janeway y Ewing, pero con la diferencia de que Mann ha podido comprobar este estancamiento de la sangre, no sólo en el área esplácnica cuando se excitaban los intestinos, sino en un miembro cualquiera después de la excitación del nervio correspondiente.

Dejando esta cuestión sobre la cual es preciso aguardar nuevos datos para poder emitir un juicio definitivo, indicaremos otros hechos recientes, fruto de la experiencia de la guerra, que ofrecen el más alto interés, tanto desde el punto de vista teórico como práctico. Nos referimos á la

Teoría tóxica.—La experiencia de la guerra última ha hecho modificar bastante el concepto de la patogenia y el

tratamiento del shock. Estas ideas son tan recientes, que apenas han tenido tiempo de hacer su comprobación en la Clínica y en el Laboratorio y no podemos, por consiguiente, dar una opinión definitiva sobre ello; pero su interés es muy grande y no podemos prescindir de exponer estas nuevas teorías.

Han sido sobre todo los cirujanos franceses los iniciadores de esta teoría, aunque también ha sido adoptada por muchos cirujanos ingleses. Quénu y Delbet han llegado independientemente uno de otro á una concepción parecida.

(Continuará.)

Periódicos médicos.

ENDOCRINOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Observaciones sobre el shock quirúrgico.** (Observations on surgical shock), por los Dres. Henderson y Prince.—Como durante el dolor traumático se reproduce una secreción excesiva de adrenalina (Cannon), es verosímil suponer que esta hiperadrenalinemia pueda influir en la fisiología del shock. Pero los resultados de las observaciones experimentales de Prince y Henderson en perros y gatos son contrarias á la hipótesis.

Es de observar, añadimos nosotros, que la intervención de las suprarrenales en el shock parece, *à priori*, más bien que con la fase hiperadrenalinémica, ligada con la fase de agotamiento secretor, consecutiva á la fase de hiperactividad. (*Journal of American Medical Association*, 1917.)

2. **Importancia comparativa de las substancias medular y cortical de las glándula suprarrenal** (The question of the relative importance to life of cortex and medulla of the adrenal bodies), por los Dres. Wheeler y S. Vincent.—Los autores extirpan al perro una glándula suprarrenal y luego, por cauterización, destruyen la medula de la otra glándula. El examen necrópsico confirma la destrucción de dicha medula. Pues bien, estos animales privados por completo, según los experimentadores, de todo su tejido medular, sobreviven bien, á expensas del tejido cortical que les queda. Por lo tanto, añaden, la corteza y no la medula es el tejido suprarrenal esencial por la vida. (*Trans. Roy. Soc. Canadá*, 1917.)

3. **Relación entre la porción medular de las suprarrenales y la presión sanguínea.** (On the relations of the adrenal medulla to the normal blood-pressure in animals), por los Dres. Austmann, Halliday y Vincent.—Han determinado, por medio de una gráfica continua, durante doce á cuarenta horas, la presión arterial en perros privados de sus dos glándulas suprarrenales. Con pocas excepciones, han observado que la presión arterial era igual que en los animales testigos, lo cual—añaden—no apoya la teoría corriente de que la secreción adrenalínica sirve, en el organismo normal, para mantener el tono de la presión arterial.

Este trabajo llenará de alegría al profesor Gley. (*Trans. Roy. Soc. Canadá*, 1917.)

4. **Hipocrinia suprarrenal en el ejército.** ((L'hipocrinie surrenalienne aux armées. Etude particulière de ses rapports avec l'inmunization antityphique), por el Dr. Satre.—El autor ha observado en buen número de soldados portadores probablemente de un sistema suprarrenal débil, síntomas de insuficiencia suprarrenal (hipotensión, astenia, etc.), durante el curso de la vacunación antitífóidea y antiparatífóidea. Concuerdan estos hechos con los ya anteriormente anotados de sensibilidad de los addisonianos á las infecciones

(1) The nature of Shock, *Annals of Surgery*, Febrero, 1914.

(2) Further experimental Study of Surgical Shock, *The Journal of the American Medical Association*, Octubre, 1918.

pequeñas. (Alonso Saffudo refería un caso de un addisoniano latente observado por él, que murió á consecuencia de la vacunación antivariólica.)

Satre recomienda en estos casos mantener en reposo á los vacunados é inyectarles adrenalina. (*Archives de Med. et de Phar. Militaire*, 1918.)

5. **Tratamiento de la enfermedad de Addison** (*Therapie des Morbus Addisoni*), por el Dr. Zeitner. — El autor pasa revista á los tratamientos clásicos de la enfermedad. Encuentra indudables ventajas en el empleo de la glándula suprarrenal fresca; y, al efecto, describe varios casos muy favorablemente influidos por la ingestión diaria de suprarrenal fresca de vaca y de cerdo. (*Wien. med. Woch.*, 1918.)

6. **Enfermedad de Addison atípica y agudísima** (*Morbus Addisoni mit höchst akutem Verlauf*), por el Dr. Hann. — Es interesante este caso porque en él había como único síntoma fuertes dolores en el abdomen y en el raquis y un rápido empeoramiento general que condujo á la muerte en cuatro semanas. En la autopsia se encontró una lesión tuberculosa destructora de ambas suprarrenales y persistencia del timo; hallazgo este último que nosotros hemos confirmado en todas nuestras autopsias de addisonianos. (*Wien. Med. Woch.*, 1918, núm. 41.)

7. **El cuadro clínico de la apoplejía suprarrenal**. (*Des Krankheitsbild der Nebennierenapoplexie*), por el Dr. Zöwenthal. — El autor refiere un caso muy interesante de esta afección. Un enfermo, que había sufrido una neumonía con pleuresía, es repentinamente acometido de accesos de intenso dolor abdominal con estresimiento y pulso lento. No hubo las convulsiones ni el coma descrito en otros casos semejantes. La autopsia reveló como única lesión neuralgias (poco detalladas en la descripción del autor, en ambas suprarrenales).

El clínico, por lo tanto, deberá tener presente la posibilidad de estas lesiones suprarrenales en presencia del cuadro clínico apuntado. (*Ber. Klin. Woch.*, 1918, núm. 47.)

CIRUGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Anestesia sacra, por el Dr. Parker Syms.**—La anestesia sacra constituye para el autor un gran adelanto. Con una onza (28,34 gramos) de una solución adecuada de novocaína inyectada en el conducto sacro se produce la anestesia total de las regiones inervadas por el plexo de este nombre. Así se puede operar en las vecindades del periné y del ano sin dolor y sin los peligros de la anestesia local ó de la intrarraquídea. La inyección en el conducto sacro es menos peligrosa que la inyección intrarraquídea. La aguja no penetra en el espacio subdural y el líquido inyectado queda por fuera de la duramadre. Los nervios que ocupan el conducto sacro quedan bañados en la solución anestésica; por lo tanto, es un verdadero bloqueo nervioso distinto de la infiltración. El empleo de anestesia local por los métodos de infiltración en los alrededores del ano, principalmente en las regiones de los plexos hemorroidales es muy peligroso, se recuerdan algunos casos de muerte súbita por intoxicación. Por otra parte, las inyecciones hipodérmicas practicadas en una región impropia de asepsia exponen siempre á la infección. Nunca ha dejado el autor de penetrar en el conducto sacro y la anestesia ha sido satisfactoria en todos los casos excepto en uno en que el líquido anestésico no estaba bien preparado. La prueba suprema de la anestesia es la dilatación del esfínter del ano que sólo se consigue bajo una anestesia profunda con éter; pues bien, el autor ha conseguido dilatar el esfínter por completo mediante la anestesia

sacra. Respecto á la técnica es siempre la misma. Se trata de introducir una aguja en el conducto sacro cuya abertura inferior se encuentra á una distancia pequeña pero variable del extremo superior del coxis. Si éste es movable, su extremo superior se encuentra con facilidad. Si el sacro y él están anquilosados no será tan fácil, pero siempre hay un ángulo en su punto de unión. Generalmente el hiato se palpa y se encuentra fácilmente mediante dos bordes prominentes que marcan sus lados.

En cuanto se nota que la aguja ha perforado las formaciones fibrosas que ocluyen el extremo inferior del conducto sacro no debe hacérsela penetrar mucho más; con 4 centímetros bastan. El extremo inferior de la duramadre suele estar á unos 5,8 centímetros del hiato. La aguja se introducirá independientemente de la jeringa con objeto de darse cuenta si ha penetrado en el espacio subdural ó en un vaso sanguíneo para no practicar la inyección en estas condiciones. Si la aguja se encuentra en buen sitio no se notará resistencia al practicar la inyección. Si no estuviese en el conducto sino por fuera de él, al empujar el émbolo se notaría resistencia. La solución anestésica se compondrá de 30 c. c. de líquido, tres tabletas de novocaína y 10 mínimos (0,6 c. c.) de una solución de cloruro de calcio al 50 por 100. Es decir, que se pondrán 6 granos (35,5 centigramos) de novocaína para una onza de líquido.

La anestesia debe ser completa en el término de veinte minutos y durar dos ó tres horas. (*Medical Record*, 14 de Junio de 1919.)

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La fiebre Mediterránea en Barcelona. Técnica de su tratamiento con auto y stock vacuna.**—El Dr. Ricardo Moragas y Gracia hace un estudio muy interesante de esta afección y los resultados obtenidos con los diversos tratamientos, así como los obtenidos con el seguido por él, con la auto y stock vacuna, cuya técnica es la siguiente:

Técnica de las inyecciones y dosis de vacuna.—Las inyecciones serán preferentemente subcutáneas. Agitar bien el inyectable á fin de que la emulsión sea lo más homogénea posible. Inyectar en la región interescapular, alternando á derecha é izquierda. Puede también utilizarse la cara externa del muslo ó los hipocondrios; en este caso se evita el dolor producido por el peso del cuerpo.

Hemos de observar atentamente la reacción local que haya producido la inyección, revelable por un pequeño eritema ó nudosidad, y por el dolor espontáneo ó provocado á la presión en el sitio de la picadura.

No volver á inyectar hasta que hayan desaparecido estos fenómenos reaccionales, especialmente el dolor provocado á la presión.

Las inyecciones se repetirán cada seis, siete ú ocho días, según la reacción que haya presentado el enfermo y según el período en que se encuentre de su enfermedad. Este tratamiento es preciso individualizarlo para cada paciente. Toda inyección produce una fase negativa revelable por reacciones anafilácticas. Para volver á inyectar, es preciso que estemos seguros que esta fase negativa se ha convertido en positiva, cosa que se podrá deducir, no muy fácilmente, por el estudio del enfermo, cuando veamos que han desaparecido todos los síntomas reaccionales sumados á la enfermedad y que se habían presentado á raíz de la primera inyección.

Las dosis variarán según sea la forma clínica y según el período en que se encuentre la enfermedad. La dosis inicial será siempre muy pequeña, á fin de tantee la receptividad

diferente para cada enfermo. En las formas atenuadas puede inyectarse por primera vez 20 millones de gérmenes. En las formas de mediana gravedad, empezar por 10 millones. En los casos de intensa toxemia no pasar de medio a un millón, siempre de vacuna sensibilizada.

Los resultados han sido muy satisfactorios, permitiendo establecer las siguientes conclusiones:

1.^a El tratamiento inmunoterápico de la fiebre Mediterránea mediante las stock y autovacunas, disminuye la duración de la enfermedad y evita o atenúa las recidivas.

2.^a Las vacunas sensibilizadas inmunizan más rápidamente y con menos reacciones generales que las demás vacunas sin sensibilizar.

3.^a Las vacunas deben administrarse de preferencia hacia el final de la onda febril y mucho mejor en el período apirético, forzando entonces las dosis a fin de evitar una nueva recidiva.

4.^a Las vacunas tienen una acción directa sobre las artralgias, mialgias y neuritis, atenuando los síntomas y hasta haciendo desaparecer estas complicaciones.

5.^a Es preciso, siempre, empezar el tratamiento con una dosis mínima, de 2 a 5 millones, de preferencia vacuna sensibilizada, a fin de tantee la receptividad peculiar de cada enfermo y evitar fuertes agravaciones. Abstenerse de volver a inyectar mientras no hayan desaparecido los fenómenos reaccionales.

6.^a En los casos de hiperpirexia y toxemia intensa es mejor abstenerse de todo tratamiento vacunoterápico. Todo lo más que podemos probar es inyectar una dosis atenuadísima, por ejemplo: 1. c. c. de la titulación más baja diluida al milésimo.

Lo mismo diremos de los casos en que el miocardio está afectado y en los que presentan un filtro renal deficiente. (*Revista Médica Barcelonesa*, núm. 103.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Tratamiento seroterápico de la bronconeumonía postgripal.—El Dr. Morris H. Kahn, teniente médico del Ejército de los Estados Unidos, hizo uso del suero de enfermos convalecientes de bronconeumonía postgripal, en el tratamiento de esta enfermedad, al principio de la aparición de la epidemia en el campamento Taylor.

Seleccionó para el tratamiento con suero, aquellos casos que daban un pronóstico clínicamente malo. Todos ellos presentaban una toxemia grave con extrema disnea, cianosis marcada, fiebre y una invasión pulmonar variable pero marcada.

Usó como testigos una serie de casos del mismo tipo y gravedad que los que trataba.

El método usado para recoger y preparar el suero es sencillo. El aparato consiste en frascos de Erlenmeyer de 500 centímetros cúbicos de capacidad, con tapones de goma a través de los cuales salen tres tubos de cristal en forma de L, con una rama dirigida hacia afuera. A dos de estos últimos se halla adaptada una aguja de grueso calibre por medio de un tubo corto de goma y protegida por un estuche de cristal. El tercer tubo de cristal está lleno de algodón y se usa como bomba de succión cuando se extrae la sangre.

La sangre la extraía de las venas de la flexura del codo con todas las precauciones de asepsia, haciendo la compresión alrededor del brazo; obtenía de 300 a 400 c. c. de cada donante. Dos de ellos sintieron desmayo durante la flebotomía, sin que hubiera otras consecuencias.

Ponía la sangre en el refrigerador donde se dejaba de doce a diez y ocho horas y entonces decantaba el suero con todas las precauciones de esterilidad y lo ensayaba por el

método de fijación del complemento para prevenirse contra la sífilis. El suero que mostraba reacción de Wassermann positiva era desechado. Consideró innecesario ensayar reacciones hemolíticas o hemoaglutinantes entre la sangre del donante y la del recipiente, puesto que la cantidad no era lo suficiente para hacer estas importantes reacciones de la circulación. Mezcló el suero de dos o tres donantes poniendo unos 100 c. c. intravenosamente en cada inyección. La mayor parte de los enfermos recibieron dos inyecciones en veinticuatro horas. Pocos recibieron tres, y algunos, aparentemente moribundos, no tuvieron más que una sola inyección. En algunos casos se hacía una flebotomía preliminar, extrayendo una pequeña cantidad de sangre.

Tomó como donante a enfermos convalecientes de influenza y de bronconeumonía gripal, utilizando solamente convalecientes de bronconeumonía, en los últimos veinte casos de la serie. Eligió preferentemente individuos altos y de buen desarrollo físico y en quienes la enfermedad había sido grave. En la mayor parte de ellos transcurría menos de una semana de temperatura normal cuando hacía la flebotomía.

El espíritu manifestado por los donantes fué digno de elogio. Se ofrecían voluntariamente de todo corazón, pres-tándose a la flebotomía con «heroico placer» cuando se les explicaba el objeto de ella.

Todos los enfermos a quienes se aplicó la inyección se hallaban en muy crítico estado al recibirla y algunos de ellos parecían moribundos. Los enfermos del grupo de comparación no fueron sujetos al tratamiento por haber dado la impresión clínica de un pronóstico favorable.

Presenta varios casos de los cuales entresacamos dos, que demuestran palmariamente los buenos resultados obtenidos con este tratamiento.

Caso 1.^o El comandante A. D. C. ingresó con influenza en el hospital el 14 de Octubre, habiéndosele desarrollado la neumonía el 21 del mismo mes. Su temperatura era elevada el día 22, oscilando entre 99°,4 (37°,4 C.) y 102°,6 F. (39°,2 C.). Los leucocitos eran 7.000 por milímetro cúbico. El examen por los rayos X reveló sombras localizadas en el lóbulo superior del pulmón derecho, una sombra en el lóbulo inferior del mismo lado y sombras localizadas en todo el pulmón izquierdo. El esputo mostró estreptococos no hemolíticos. El día 25 el enfermo se hallaba extremadamente intoxicado e icterico. La disnea era marcada, había cianosis y entorpecimiento mental. A las cuatro y media de la tarde se le inyectaron 100 c. c. de suero, después de una flebotomía preliminar de unos 60 c. c. A las seis horas se notó un gran alivio. A la mañana siguiente la disnea había disminuido mucho, así como la cianosis, y el enfermo se sintió mejor. La mejoría era notable. El día 26 a las cinco treinta de la tarde se le puso otra inyección de 100 c. c. de suero, después de una flebotomía preliminar de 50 c. c. La temperatura se hizo muy pronto normal y su restablecimiento fué sin contratiempos.

Caso 2.^o R. L. B. ingresó en el hospital el 14 de Octubre. El 20 del mismo mes, el lado izquierdo del pecho mostró macidez y respiración bronquial bajo el nivel de la cuarta costilla; el lado derecho del pecho estaba algo invadido. El día 24 el enfermo parecía moribundo. La numeración de los glóbulos blancos dió 7.900 por milímetro cúbico. La temperatura oscilaba alrededor de 102 F. (38,9 C.). La disnea era extrema, el delirio era marcado, había cianosis y el pulso era rápido e intermitente. Su estado parecía desesperado, con principio de edema pulmonar y toxemia «abrumadora». A las once de la mañana se le administraron 90 c. c. de suero inmunizante; a la mañana siguiente la temperatura era de 99,4 F. (37,4 C.) bajando en la tarde a 98 F. (36,7 C.); la toxemia persistía

aún, si bien la mejoría consecutiva á la inyección de suero era sorprendente. El día 26, á las once de la mañana y estando el enfermo todavía intoxicado, se le dieron 70 c. c. adicionales de suero. De entonces en adelante su restablecimiento fué en progreso.

CONCLUSIONES

- 1.^a Ha tratado con suero de convalecientes de bronconeumonía gripal 25 enfermos, con pronóstico clínicamente grave, disnea y cianosis extremas é invasión extensa del pulmón.
- 2.^a La mortalidad, determinada por la «índole final» de los enfermos en esta serie, fué de 12, ó sea un 48 por 100.
- 3.^a Otros 18 enfermos con igual pronóstico clínico grave los usó como grupo de comparación y fueron tratados como los otros, pero sin el uso del suero.
- 4.^a La mortalidad en esta serie fué de 12, ó sea un 66,6 por 100.
- 5.^a Consideró más adecuada la selección de los enfermos más graves para juzgar del valor del suero de inmunización, que una serie consecutiva de enfermos, la mayor parte de los cuales se restablecerían tal vez sin el uso del suero.
- 6.^a Juzgando el por ciento relativo de mortalidad en las dos series, así como también los efectos sorprendentemente benéficos del suero en casos particulares, cree que el suero de convalecientes de bronconeumonía gripal requiere experimentación ulterior en el tratamiento de la enfermedad.
- 7.^a Este suero puede tal vez actuar en la circulación como un factor antitóxico favorable para apoyar la reacción general contra el proceso patológico.
- 8.^a Debe tenerse en cuenta que el número limitado de casos en esta serie no garantiza ninguna conclusión positiva. (*The Journal*, Junio 1918.)

OFTALMOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Los diagnósticos de la catarata senil, de la atrofia papilar y del glaucoma crónico al alcance del médico rural.—El Dr. Cilleruelo detalla de la siguiente manera los síntomas que el práctico debe tener presente para diagnosticar pronto estas enfermedades.

Síntomas subjetivos—Esta afección casi siempre es bilateral, siendo atacados ambos ojos con más ó menos intervalo.

Unas veces el primer síntoma es una pequeña disminución de la acomodación y de la visión, otras veces estos pacientes experimentan una presbicia, la cual es un síntoma precursor que puede servirnos para sospechar de esta enfermedad. Es debida esta presbicia á la compresión del músculo ciliar bajo la influencia de la hipertonia y á la esclerosis del cristalino.

Casi siempre, el sujeto de glaucoma crónico presenta algún trastorno general, pues bien es un cardíaco, bien un bríhtico ó ya un calculoso, sin olvidar que la mayoría son nerviosos y casi siempre estreñidos, no faltando otras veces los disgustos fuertes, sobre todo dolorosos, exceso de comida y algún traumatismo ocular.

Estos pacientes ven mejor durante el día que con poca luz, y se quejan de tener sensaciones intermitentes de niebla, pesadez en la región del ojo enfermo y dicen ver círculos coloreados alrededor de las luces.

El glaucomatoso, á medida que progresa su enfermedad va perdiendo la sensación del contorno, llegando á distinguir con claridad los objetos pequeños, pero siéndole imposible dar detalles de los grandes.

Su sentido luminoso es largo tiempo conservado; la disminución de la sensibilidad retiniana es sobre todo mar-

cada en la periferia del campo visual, siendo proporcional á su refracción. Cuando es muy acentuada, los enfermos pueden experimentar dificultad para marchar en el crepúsculo.

A menos que un ataque agudo aparezca, el glaucoma crónico, si no se interviene á tiempo, conduce lenta y progresivamente á la ceguera.

Síntomas objetivos.—El glaucoma crónico se presenta en el adulto entre los cuarenta y sesenta años, tanto en el hombre como en la mujer, particularmente en los hipermetropes.

En los anexos del ojo no se aprecia nada anormal, así como tampoco en la conjuntiva.

La córnea está normal en un principio, pero después se observa que está anestesiada, y en un período más avanzado se vuelve turbia, infiltrada é insensible.

Avanzando aún más en el proceso, se ven formar en ella unas vesículas ó ulceraciones que además de no cicatrizar, tienen tendencia á la perforación, como lo hemos observado recientemente.

Las venas ciliares anteriores son turgescentes, siendo el éxtasis venoso muy marcado, algunas veces; éstos provienen de trastornos circulatorios, resultantes de la compresión del tractus uveal y de las venas corticosas contra la esclerótica.

El andar en estos pacientes es muy parecido al de los cataratosos.

A la luz oblicua.—Hay disminución de la cámara anterior, hallándose el iris casi en contacto con la cara posterior de la córnea; esto es producido también por la compresión venosa, que empujando á los procesos ciliares, hace que éstos propulsen de igual modo la pericia del iris y nos dé la impresión de que su inserción esté más adelante.

El iris, al principio, está perezoso; más adelante se le ve paresiado, lo cual es ocasionado por la compresión—que paraliza los nervios ciliares que se distribuyen por esta membrana—y en un período más avanzado se atrofia, llegando á destruirse en mayor ó menor escala y quedando reducido á su capa pigmentada.

La pupila—medianamente dilatada—toma un tinte ligeramente opaco á la luz directa y oblicua, pero al oftalmoscopio desaparece y deja ver el fondo rojo del ojo.

Esto no obstante, en un período más avanzado puede adquirir un tinte verdoso—glauco (de donde le viene el nombre de glaucoma)—debido á que el cristalino se opacifica.

Si no hay opacificación alguna de cristalino, deben verse las tres imágenes catóptricas de Purkinje.

El campo visual está estrechado hacia abajo y hacia adentro, debido á que la papila, siendo menos espesa y menos rica en fibras nerviosas del lado temporal, la atrofia comienza por este lado, de aquí la estrechez nasal del campo visual.

Cuando la afección progresa, éste se estrecha en todos los sentidos, pero siempre con preponderancia del lado nasal (*La Especialidad Práctica*, Julio, 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. La panoftalmía en el curso de la gripe, por los Dres. C. Cavannes y Y. Kerderat.—En las recientes epidemias se han observado trastornos oculares, á menudo benignos, pero á veces graves. Hacia el final de la enfermedad, en el principio de la convalecencia ó en pleno brote de bronconeumonía, aparecen trastornos bruscos de la vista, que se agravan acabando por la ceguera monocular ó más rara vez binocular. La infección de los medios profundos se manifiesta, bien por un hipopión muy invasor, ó bien por el aspecto característico de ojo de gato amaurósico. Al examen oftal-

moscópico se observa que el vítreo está opaco y se percibe á través del cristalino transparente; vela por completo el fondo del ojo y tiene el aspecto de una falsa membrana rosácea. Otras veces el color es francamente de pus, amarillo dorado. En ambos casos se trata de panoftalmía. En el primero exudativa, en el segundo supurada.

La conjuntiva está enrojecida con inyección periquerática y á veces con quemosis inflamatorio, la pupila está dilatada. Primero hay hipertensión, luego hipotensión, á veces carencia de síntomas. La forma exudativa termina por atrofia rápida del globo con desprendimiento retiniano. La forma supurativa se reabsorbe con mayor lentitud tardando más en atrofiarse el ojo. Hay casos en que la panoftalmía supurativa tiende á la abertura espontánea que se realiza hacia la inserción del recto interno ó del recto externo. En cuanto sale el pus cesan los dolores, aparece una gran hipotensión y comienza inmediatamente una atrofia.

Se ha creído que la primera región atacada era el tractus uveal, porque sus vasos retorcidos y angulosos parecen predispuestos al éstasis inflamatorio, así como á alojar trombos sépticos. Sin embargo, no hay que olvidar la participación que puede tomar la retina, pues también tiene vasos terminales en los que pueden sobrevenir embolias sépticas, creando territorios de infarto mal definidos, pero seguros.

Las bacterias encontradas han sido el neumococo, el estreptococo y el meningococo, y excepcionalmente el bacilo de Pfeiffer.

Si el hemocultivo resulta positivo se puede emplear con fines terapéuticos el suero antiestreptocócico, antimeningocócico, etc., según los casos. Parece útil practicar además de la seroterapia general, inyecciones subconjuntivales ó incluso en la cápsula de Tenon de estos mismos sueros. Por lo demás, estos casos son de muerte segura para el globo del ojo. (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Medicales de Bordeaux* 17 de Agosto de 1919.)

3. El origen cerebral del estrabismo y su tratamiento por los vidrios de colores complementarios, por el Dr. Ch. Sauvinau.—La desviación de los ojos, que se ha identificado con el estrabismo, no es más que el más importante de sus síntomas. Es inútil empeñarse en tratar esta desviación, tanto quirúrgicamente, como mediante gafas permanentes; hay que atacar las causas que están en el cerebro, aun cuando todavía son poco conocidas. El defecto esencial de un estrábico es que su cerebro no percibe sino la imagen visual de uno de los ojos; es un tuerto cerebral. Esto ya lo habían observado otros autores, pero interpretaban esta eliminación por parte del cerebro de la imagen producida por el ojo desviado, no como la causa de la desviación, sino como su efecto. Creían que el cerebro lo hacía para evitar la diplopia resultante de la desviación. Mas téngase en cuenta que jamás tiene lugar esta anulación de imagen en las parálisis musculares en las cuales la diplopia es uno de los síntomas más molestos, porque el cerebro de los que las padecen está dispuesto para recibir las imágenes de ambos lados. El cerebro de los estrábicos carece, según el autor, de la facultad de hacer fusionarse ambas imágenes visuales, defecto que se transmitiría por la herencia y que sería la causa de la afección. Cuando existe, el estrabismo se produce con los motivos más insignificantes que impidan la visión binocular como una ametropía; en cambio, cuando no existe, el estrabismo no se produce á pesar de las mayores anomalías.

Para tratar el estrabismo será necesario, por consiguiente, restablecer la visión cerebral bilateral. Hay que llenar sucesivamente las dos indicaciones siguientes: 1.º, hacer de la visión monolateral una visión simultánea; es decir, producir la diplopia. A este fin el autor se vale de un vidrio

verde que coloca delante del ojo normal y de otro rojo que pone delante del desviado. En estas condiciones, se le hace mirar á un punto luminoso, una pantalla perforada, detrás de la cual hay una bujía, y obturando alternativamente uno y otro ojo, se le hace que se acostumbre á percibir la llama roja y la verde, sucesivamente primero y simultáneamente después. Una vez conseguido esto, queda la segunda parte del tratamiento, que consiste en hacer que la visión simultánea se convierta en binocular, para lo cual, guiándose de la situación que el enfermo indica para cada llama, se hará que vaya moviendo los ojos hasta que llegue un momento en el que ambas imágenes se superpongan. Por este procedimiento llegan á curarse, en un tiempo de tres meses, estrabismos hasta de 30° y 40°. Cuando los estrabismos son mayores, conviene graduar el esfuerzo de los enfermos mediante vidrios prismáticos. El ángulo del prisma va disminuyendo progresivamente hasta llegar al empleo de vidrios planos. La curación se obtiene en todos los casos, y el material á emplear no puede ser más sencillo, de modo que se puede llevar á cabo en cualquier parte. (*Le Courrier Médical*, 20 de Julio de 1919.)

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Patogenia de la colecistitis calculosa. La colecistectomía bajo la anestesia regional, por el Dr. Gaston Labat.—La litiasis biliar empieza en la vesícula por precipitación de sales biliares alrededor de células epiteliales descamadas á favor de una infección procedente de las vías biliares superiores. Esta infección es de origen sanguíneo y tiene su punto de partida en el intestino. La vesícula es elástica, pero no contráctil. Las dos causas más importantes que favorecen la detención de la bilis, son la litiasis biliar, por cálculo enclavado en el colédoco, y el cáncer de la ampolla de Vater ó de la cabeza del páncreas.

Cuando hay ptosis intestinal, el ángulo duodenoyeyunal se hace más agudo favoreciendo el éxtasis en el duodeno que se distiende. La mucosa se hace menos resistente, la bilis infectada la ataca, viene una congestión del duodeno y consecutivamente obliteración de la ampolla de Vater con retención intermitente é ictericia transitoria. Otras veces las lesiones están de tal modo que la bilis refluye al páncreas y se produce una necrosis de esta glándula (cito esteato-necrosis).

No en todos los casos de cálculos enclavados en el colédoco hay retención de bilis; en un tercio de ellos, el conducto se distiende y entre él y el cálculo puede seguir fluyendo la bilis.

En cuanto al tratamiento, según el autor, se debe operar siempre y sin perder tiempo en ensayar el tratamiento médico, porque con ello se da lugar á que aparezca la ictericia y recuerda la frase de Pauchet: los calculosos blancos dan un $\frac{1}{4}$ por 100 de mortalidad, los amarillos un 8 á 10 por 100 y los verdes un 50 por 100.

Opina que es conveniente para este género de intervenciones la anestesia regional; á los enfermos blancos se les puede inyectar una hora antes de la operación escopolamina y morfina; á los amarillos y verdes no les conviene porque ya tienen insuficiencia hepática y los anestésicos atacan singularmente á esta glándula. Aconseja Labat hacer la anestesia en dos tiempos, primero paravertebral y luego local para asegurar el bloqueo del campo operatorio. La anestesia paravertebral se hace bañando los nervios raquídeos al salir de los orificios de conjunción. Con ella se puede anestesiarse el tórax y el abdomen, principalmente las vísceras; pero como la incisión puede recaer en una región que

no esté inervada tan solo por los nervios interesados en la anestesia, conviene añadir la anestesia local.

Para hacer una anestesia paravertebral útil en una intervención sobre las vías biliares, hay que saber lo siguiente:

Qué nervios hay que anestesiar.

A qué nivel se encuentran.

Modo de reconocer este nivel.

Modo de alcanzar estos nervios.

Solución que debe emplearse y cantidad de la misma que hay que inyectar.

Se anestesiarán solamente los nervios 8.º, 9.º, 10.º del lado derecho nada más. Los siete últimos nervios intercostales se encuentran en el espacio correspondiente a la vértebra de igual nombre. Desde la 12.ª costilla que es palpable, se traza una perpendicular a la línea media que corte a ésta a los 5 centímetros; en este mismo punto se encuentra la apófisis espinosa de la 12.ª vértebra dorsal; contando hacia arriba de apófisis en apófisis espinosa, se llega a determinar la que se desee. A 4 centímetros de la línea media se introduce la aguja; dirigiéndola con una inclinación de 45º hacia el raquis se va a tropezar con los pedículos vertebrales precisamente a nivel de los agujeros de conjunción. Basta imprimir a la aguja un ligero movimiento de vaivén para bañar completamente el nervio en substancia anestésica. Se usará la solución de novocaína suprarrenina al 2 por 100, inyectando 5 c. c. para cada nervio. La anestesia local comprenderá todos los planos de la región en que se haya de hacer la incisión. Se usará la solución de novocaína-suprarrenina al 1 por 207. El enfermo estará acostado sobre el lado izquierdo, con las piernas dobladas sobre los muslos y éstos sobre la pelvis.

Se debe evitar inyectar la solución anestésica en la pleura, lo que se conoce por la tos del enfermo. Si sucediese, se retira la aguja algunos milímetros. Inyectar en una vena en cuyo caso el enfermo palidece y presenta náuseas; basta cambiar la dirección de la aguja. La anestesia tarda quince minutos en producirse durante los cuales se colocará al enfermo en decúbito supino y se procederá a la anestesia local de la región comprendida entre el reborde costal derecho por arriba, la línea bisilfaca por abajo, la línea media por dentro y la línea axilar derecha por fuera.

Se traza una incisión transversal a dos traveses de dedo por encima del ombligo desde la línea media hasta el reborde costal; se corta la piel y el músculo recto. Entonces se incide la serosa, se protege la herida y se ponen al descubierto el duodeno, el estómago, la vesícula biliar y el colédoco. Se disecciona éste con la sonda acanalada hasta llegar al cístico que se aísla, se pinza y se secciona entre la pinza y el colédoco. Inmediatamente se tira de la pinza y en donde estaba el conducto cístico aparece una cuerda tirante que es la arteria de igual nombre, se pinza y se liga. Esta manera de disecar la vesícula garantiza al cirujano contra la ligadura involuntaria del colédoco. Extirpa la vesícula se coloca en el conducto hepático y en el colédoco un tubo en T de desagüe y se reconstituye la pared. (*Gazette des Hôpitaux*, 26 de Julio de 1919.)

ENFERMEDADES DE LA PIEL

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la sarna por el petróleo.—El doctor F. Lévy expone así su tratamiento que le ha dado resultado en numerosos casos:

Se practica por todo el cuerpo del sarnoso, excepto la

cabeza, una fricción enérgica de petróleo, procurando que no quede zona ninguna sin frotar, incluso las plantas y los espacios interdigitales de los pies. La fricción se hará con una franela ó un guante de punto. A los veinte minutos después de la fricción, para evitar la acción irritante de los productos impuros del petróleo, se untará la piel del paciente con una pasta de óxido de zinc, formulada de la siguiente manera:

Oxido de zinc	20 gramos.
Polvo de talco y almídon aa...	10 —
Lanolina y vaselina aa.....	50 —

Debe cambiarse al enfermo toda su ropa interior.

Los dos días siguientes se repetirán las fricciones de petróleo seguidas de la aplicación de la pomada. En muchos casos pueden bastar dos fricciones.

El ser completamente indoloro, su fácil aplicación, y ser las recidivas raras, hacen recomendable este tratamiento. (*La Presse Medical*, 17 Abril 1919.)

NEUROLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Fenómenos reflejos por distensión ligamentosa.—Noica (de Bucarest) en la *Revue Neurologique* (núm. 3, 1919 pág. 196) pretende hacer una síntesis de los signos orgánicos referentes que caracterizan una lesión de fascículo piramidal.

Este nuevo grupo debe contener todos los clonus (del pie, de la mano, de la rótula, la epilepsia especial generalizada a los dos miembros inferiores), el signo de Rossolimo y el signo de Klipel Weil.

La condición necesaria para que esta categoría especial de fenómenos aparezca es la misma que hace que se exageren los reflejos tendinosos, la hiperexcitabilidad medular: tales fenómenos se provocan en los enfermos espasmódicos con tanta mayor facilidad cuanto más intensa sea la esparticidad, porque los tendones que excitan están extendidos por la actitud del miembro.

No es, sin embargo, esta última condición necesaria para la producción del clonus, pero sí para la producción del signo Klipel Weil ó el de Rossolimo.

De todos modos no cabe ninguna duda que la tensión ligamentosa por contracción muscular favorece la producción del clonus, y en esto se basa la maniobra aconsejada por Babinski, cuando no se consigue provocar la trepidación del pie: si entonces se aconseja al enfermo que apoye la punta del pie sobre la mano del observador que le sujeta la tensión del tendón de Aquiles, ocasionada por este medio, favorece notablemente la presentación del clonus.

I. El clonus del pie, ó fenómeno del pie como lo llaman los alemanes, es una contracción involuntaria y repetida de los músculos de la pantorrilla. Si el reflejo aquiliano está exagerado por una lesión piramidal, se produce cuando se distiende el tendón por extensión forzada del pie sobre la presión una contracción del tríceps crural, que eleva el talón y hace que el músculo se relaje en seguida. Pero como la presión ejercida por la mano del observador es constante, vuelve a llevar al pie a la misma posición forzada, con distensión del tendón de Aquiles, lo cual provoca nueva contracción muscular, la sucesión de estos fenómenos engendra el clonus del pie.

II. El clonus de la rótula tiene un mecanismo absolutamente semejante con respecto al tendón del cuadriceps.

III. En el miembro superior el clonus de la mano se pro-

duce también distendiendo los tendones de los flexores por la extensión (flexión dorsal) forzada de la mano sobre el antebrazo. Los músculos extensores no toman ninguna parte en el fenómeno, y son sólo los flexores los causantes de él.

IV. Al estudiar la epilepsia generalizada el autor expone el caso clínico más reciente en que ha podido observarla (mal de Pott), y después de describir en él sus características marchas y modo de presentación, llega a la conclusión general de que la trepidación epileptoide no es más que un clonus generalizado, y está producido por una distensión brusca de los tendones de músculos que están ya contraturados.

V. Además de los clonus incluye el autor otros fenómenos más secundarios tal vez, menos salientes, pero con idéntico mecanismo de producción.

Tal es el signo de Rossolimo que consiste en la flexión de los dedos del pie que se produce cuando en un enfermo espástico se extienden éstos forzosamente apoyando sobre su cara plantar la mano del observador. En el momento de cesar este apoyo, se vé claramente producirse la flexión.

VI. El mismo mecanismo y explicación tiene el signo de Klippel-Weil, que consiste en la flexión del pulgar provocada por la flexión brusca del resto de los dedos de la mano.

VII. Aún se habla, por último, de otro fenómeno muy interesante: el signo de la *garra mecánica* de Babniski, que se provoca apoyando los dedos del observador sobre la palma de la mano del enfermo, y empujando hasta producir una extensión forzada de la mano sobre el antebrazo. Se observa entonces que en un momento determinado de esta acción los dedos del enfermo se flexionan sobre la palma de la mano y hacen presa sobre los del observador (*garra mecánica*).

El autor se apoya luego en la autoridad de Strümpell y Stewart para concluir que el verdadero mecanismo del clonus es el que él defiende.—J. S. B.

OTORRINOLARINGOLOGÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La helioterapia en la tuberculosis laríngea.**—El Dr. A. Aurelio Ramos demuestra la gran importancia que tienen los baños de sol endo y extralaringeos en el tratamiento de la tuberculosis laríngea.

Estudia los diversos aparatos y procedimientos ideados por los especialistas, enumerando sus inconvenientes, y termina exponiendo el procedimiento que él emplea, con el cual ha obtenido excelentes resultados, y tiene la ventaja de poder ser empleado por todo médico.

La técnica es la siguiente: Cómodamente sentado el enfermo de cara al sol (de ocho á nueve de la mañana en verano, y de diez á once en invierno), con un sombrero ó pañuelo sobre la cabeza y con un amplio escote por delante para que le bañe el sol el cuello y porción superior del tórax, inclinará la cabeza hacia atrás lo suficiente para que al abrir la boca quede francamente iluminada la base de la campanilla. En esta posición la cabeza y descansando sobre una almohada, sacará la lengua, cuya punta, envuelta con un pañuelo, la cogerá el mismo enfermo con su mano derecha, colocando el pulgar debajo y el índice sobre el dorso de la lengua. El médico (colocado á la izquierda del enfermo), cogerá el espejo laríngeo (del núm. 4) de cuarzo, á ser posible, y, en último caso, de los ordinarios, pero fino, por su mango, como una pluma de escribir, y lo introducirá suavemente en la boca hasta que su cara posterior se ponga en contacto con la base de la úvula; después procurará que la varilla del espejo esté en inmediato contacto con la comisura labial iz-

quierda. Ya no se debe resbalar el espejo; se podrán observar así las papilas caliciformes iluminadas; se le imprimirá al espejo movimiento de báscula hasta que veamos aparecer en él la epiglotis y debajo la glotis: en cuanto la veamos no se debe mover el espejo y sí permanecer en esta actitud el tiempo que el enfermo buenamente resista. Del enfermo depende casi todo, y por ello conviene insistirle en que abra bastante la boca, tire bien de la lengua y respire muy tranquilo, con lo que se conseguirá vencer las náuseas que se provoquen. En último caso, antes de comenzar la maniobra, se le dará un toque de cocaína al 5 ó 10 por 100 por el velo palatino y pared posterior de la faringe. A pesar de todo, es raro que el enfermo resista más de tres minutos con el espejo en la úvula y la boca abierta; al cabo de este tiempo se saca, se le dan dos minutos de descanso y se vuelve á colocar, sumando el total de los que permanece iluminado la glotis hasta completar la sesión.

Para evitar que el espejo se empañe al introducirlo en la boca, se calentará ó se le embardunará con una capita de jabón muy suave (de cocina mejor que de tocador).

Las sesiones se deben dar de dos á cuatro minutos, el primer día, é ir aumentando un minuto diario hasta llegar á quince en un día. Al llegar aquí se debe insistir cuatro ó seis días con el mismo tiempo de insolación, y si al cabo de ellos no se notan fenómenos reaccionales, se sigue aumentando un minuto diario hasta llegar á veinticinco, de los que no se debe pasar.

Lo corriente es que el primer día sienta gran alivio el enfermo y coma mejor, y en los sucesivos les sigan disminuyendo las molestias, pero puede suceder que á la segunda ó tercera sesión (á veces á la primera) acuse escozor, más molestia y hasta alguna fatiga; se debe entonces suspender las sesiones y reanudarlas á los cuatro ó seis días con más cautela; rara vez ocurre esto.

A la primera sesión todo serán dificultades, que á la segunda ó tercera habrán sido vencidas; á la sexta ó séptima sesión quedará adiestrada alguna persona de la familia, que le seguirá dando la insolación, vigilándolo nosotros cada semana por lo menos.

Es interesante aprovechar el mayor número de días y no limitarse á dar baños de sol los días que esté el cielo francamente despejado, pues, como dice Le Bon, lo mismo desaparecen los rayos ultravioleta del espectro días en que el tiempo está muy claro, que persisten con el cielo muy nublado. Siempre son más abundantes en verano que en invierno y el tiempo preferible es de Abril á Octubre á horas apropiadas ya dichas.

Respecto del clima: la helioterapia se puede hacer en todos los países, y nosotros creemos que como el pronóstico de la tuberculosis laríngea se deduce casi siempre del estado de los pulmones del enfermo, éste se someterá al clima que sus vías respiratorias inferiores lo requieran. Si la laringe ha de decidir, preferimos el clima seco de la meseta central de Castilla contando con la buena función respiratoria nasal, pues la cura marina, si bien refleja una gran cantidad de rayos actínicos, nosotros no los podemos aprovechar para el baño laríngeo, cuyas radiaciones se han de tomar directamente de las solares, y lo mismo se puede decir de la región de las nieves. Nos parece un factor muy importante, quizás el principal, preferir el lugar donde haga sol más días del año.

La técnica de Artaul por la concentración de las radiaciones solares no ha tenido aún aplicación práctica á nuestra especialidad. (*España Médica*, 10 Agosto 1919.)

EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función 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.

Estado actual de la cuestión sanitaria.

Como en números anteriores venimos diciendo, el problema legislativo y gubernativo planteado por la anómala organización de nuestra sanidad pública, atraviesa uno de esos períodos de exacerbación transitoria que suelen seguir á algunos cambios ministeriales. Con efecto, lo claro y apremiante del asunto se impone de vez en vez, y hay ministros, como sucede ahora con el Sr. Burgos y Mazo, y antes ha ocurrido con algunos, aunque contados (Maura, Cierva, Alhucemas, Gimeno), que sienten la necesidad urgente de acudir á un remedio para cuyo empleo siempre piensan contar con tiempo bastante. El mismo tiempo se encarga luego de demostrarles que le han perdido, y las danaidas sanitarias siguen echando en su tonel cántaros de agua de buenas intenciones que, escapándose por su fondo, dejan siempre vacío el recipiente.

No es razón el que nosotros creamos, pensemos y temamos que le pase al Sr. Burgos lo mismo, para que le neguemos nuestro aplauso por su buena y bien encaminada intención: ella precede á muchos actos humanos, y aunque las más de las veces vaya á formar parte de ese *empedrado del infierno* á que se refiere el dicho vulgar, sin intención de hacerlo, nada ha de llevarse á cabo, y hasta ahora el actual ministro no ha podido dar muestras de otra cosa que de buena *intención*.

Estas muestras han sido breves pero rotundas: así en la buena disposición mostrada para aceptar la proposición de ley que se presentó al Senado dando estabilidad y extrema categoría á la Instrucción general de Sanidad, como en la contestación dada á la elocuente pregunta del Sr. Francos Rodríguez en el Congreso, el Sr. Burgos se ha manifestado resuelto á seguir el único camino breve y eficaz para llegar á tener en corto plazo una ley sanitaria fundamental.

Hace falta una ponencia ó proyecto, pues ahí está la Instrucción, y con la autorización parlamentaria, bastará con que una Comisión aparte del profuso texto asuntos de índole reglamentaria, casística y de detalle, que en una ley no deben ser contenidos, y quedará el código formado y promul-

gado, sin necesidad de discusiones parlamentarias.

La práctica y la experiencia nos han demostrado con repetición, que todo camino que no sea éste es impracticable y conduce al fracaso. El no haberle seguido el señor marqués de Alhucemas, á pesar de sus excelentes disposiciones en la cuestión sanitaria, nos hace no poder hoy contar con una ley establecida. Escarmiente en esto el actual ministro, y si Dios le da la vida gubernativa que le deseamos, habrá hecho por la Sanidad más que ningún otro.

Ya parece que es prueba de querer caminar en este sentido el haber nombrado, según vemos en la prensa, una Comisión, que distribuída en ponencias ha de prepararle el trabajo de revisión al propio tiempo que el de complemento para la organización de aquellos servicios que no son de naturaleza esencialmente legislativa.

Pero no basta esto, es necesario que todos los que nos interesamos en la cuestión emitamos nuestras opiniones, para demostrar que no somos los médicos y los interesados en la cuestión sanitaria de los que se sirven del cómodo procedimiento de envolver sus aspiraciones en vaguedades y en palabras pomposas antes de que las disposiciones se dicten, para luego mostrarse siempre descontentos, cualquiera que sea la disposición tomada.

Por nuestra parte no será ésta la conducta seguida; amén de que tenemos dadas bien repetidas muestras de haber formulado nuestras aspiraciones y nuestros juicios á través de una tradición en que la firmeza y la falta de vacilación han sido condiciones que nadie puede negarnos; aparte de que uno y otro día en un espacio de sesenta y cinco años hemos dicho lo que queríamos y porqué lo queríamos; además de todo esto consignaremos en nuestras columnas lo que creemos que debe respetarse como precepto legal en la instrucción que parece que ha de servir de ponencia; lo que debe agregarse con igual carácter y lo que debe dejarse para la parte reglamentaria y de detalles para que pueda prestarse á reformas circunstanciales que encontrarían un obstáculo para su mejoramiento en el carácter de fijeza que deben tener los preceptos legales.

Esto creemos que debe hacerse; á ello invitamos á nuestros colegas, compañeros de profesión y per-

sonas interesadas en la cuestión vital que se plantea, y es de esperar que esta vez no suceda como en 1903, el que, abierto un período de información de seis meses, desde la publicación provisional de la Instrucción, hasta su aprobación definitiva, no informaron sobre los asuntos fundamentales los mismos que de ellos decían que se ocupaban con predilección, y sólo acudieron en copioso número los intereses de detalle y particulares, cada uno de los cuales quería ser objeto de un artículo de una ley.

No, los demás podrán hacer lo que bien les plazca, pero por nuestra parte no ha de quedar; diremos concretamente *aquello á que aspiramos, haciendo siempre la distinción de lo que debe ser precepto legal, lo que ha de ser disposición reglamentaria de relativa permanencia y lo que puede quedar á lo que se ha llamado siempre facultades discrecionales de las autoridades constituidas.*

DECIO CARLAN

TAUMATURGIA SANITARIA

POR EL
DOCTOR ALBIÑANA

Vivimos en un mundo de sorpresas.

Hace pocos días, al llegar á casa, nos encontramos con un B. L. M., del ministro de la Gobernación, en el que, muy cortésmente, nos rogaba que asistiéramos á una reunión que tenía convocada para tratar asuntos importantes de Sanidad pública.

Nuestra extrañeza fué grande. Acostumbrados como estamos los médicos á llamar infructuosamente á las puertas de los ministros, ¿cómo esperar que los ministros llamen á las nuestras?

Representaba, pues, un caso insólito este del señor Burgos, y hay que convenir en que tanta sencillez es capaz de conquistar el espíritu más pesimista y de atraer al carácter más irreductible.

Con impaciencia aguardábamos el momento de la reunión. ¿Por dónde *saldría* el señor ministro? ¿Qué asunto plantearía que no estuviese ya resuelto una y cien veces por las repetidas Asambleas de las clases sanitarias?

Y nos dimos á meditar; la meditación siempre es conveniente para orientar la conciencia. Sobre la mesa del despacho encontramos, revuelto entre mil papeles, un número del *Diario de Sesiones*, en el que se extractaba la del Congreso, correspondiente al día 8 del mes corriente. Mucha prosa. Los padres de la Patria, si no en iniciativas plausibles, suelen ser pródigos en la charla.

Viene en tal *Diario* una parte interesante: el ruego que el Sr. Francos Rodríguez dirigió al ministro de la Gobernación, relativo al abandono sanitario; más que ruego, parecía, por su extensión y contenido, una verdadera interpelación. Las interpellaciones sanitarias son siempre oportunas; nuestra mortalidad y nuestra incu-

ria, les prestan constantemente una dolorosa actualidad.

Interesante fué lo expuesto por el Sr. Francos; pero la respuesta del Ministro es algo más que una fórmula para salir del paso en estos inofensivos torneos parlamentarios. Leed, médicos españoles, este párrafo, que tiene mucho que leer y que pensar:

«El señor ministro de la *Gobernación* (Burgos): Yo no sé, Sr. Francos Rodríguez, mi querido amigo, si son muchos los hombres políticos que se ocupan en estas cuestiones sanitarias; lo que sí puedo decir á S. S. es que el modesto ministro de la Gobernación actual, desde el instante en que llegó á este departamento ha tenido dos verdaderas obsesiones: una la cuestión sanitaria, otra la cuestión social, dejando todo el aspecto puramente político relegado á un lugar secundario. He notado desde el primer momento las grandes deficiencias del servicio sanitario en nuestro país, la falta de edificios, de lazaretos, de leproserías y de material sanitario, la falta de satisfacción suficiente en el noble Cuerpo de médicos por no estar atendidos como están otros Cuerpos del Estado y la necesidad de dar un carácter permanente y firme á la Instrucción de Sanidad, procurando al mismo tiempo admitir é incorporar á ella todos los progresos y adelantos que la ciencia en estos últimos tiempos ha venido á poner ante nuestros ojos. Por eso antes de que pudiera venir la iniciativa y el consejo, que yo admito y que para mí es valiosísimo, de los señores diputados, he tratado tanto con el señor inspector general de Sanidad como con otros dignísimos individuos pertenecientes al Cuerpo médico, de ver cómo podemos llegar cuanto antes á arbitrar los recursos necesarios para atender á esta necesidad pública de la higiene»

Si esto no es un mayúsculo programa sanitario, que venga Hipócrates y lo vea.

Pero con ser tan enjundioso lo que el Ministro se propone realizar, aún son más substanciosas y elocuentes las consideraciones de índole social que al Sr. Burgos inspira nuestra penuria sanitaria. Véase la clase:

«Claro es que todo aquello que afecta á la vida del hombre á darle vigor y energía, es un elemento social, porque no hay valor ni fuerza social superior al valor y á la fuerza social que representa el hombre; por consiguiente, no sólo por el deber que tenemos de humanidad de procurar atender á la vida y al vigor físico de la raza, sino porque el hombre es el principal factor, lo que constituye la verdadera célula social, hemos de atender con toda preferencia á las cuestiones de higiene, y me propongo, Sr. Francos Rodríguez, estudiar este asunto, durante los días que podamos tener de vacaciones parlamentarias, no ministeriales, para traer en el momento en que se abran las Cortes, traducida á proyecto de ley, con las modificaciones necesarias, lo que es hoy Instrucción de Sanidad, puesta en vigor por Real decreto, y, además, atender en la medida de los recursos de que disponga el Ministro á todas esas otras necesidades á que ha hecho referencia tan elocuente S. S. en la tarde de hoy.»

Abí hay un sociólogo de cuerpo entero.

¡Mentira parece que tan importantísimas manifestaciones no hayan sido recogidas y comentadas por ningún escritor político ni profesional!

Con tan plausibles antecedentes, ¿cómo no concurrir llenos de halagüeñas esperanzas á la reunión tan sencillamente convocada por el ministro?

A ella acudimos fiados en que la realidad nos nos defraudaría.

Y, en efecto, el Sr. Burgos, afectuoso, modesto, con esa modestia ingénita que acompaña a toda poderosa mentalidad, expuso su propósito de reorganizar radical y provechosamente todos los servicios sanitarios. En sus palabras sinceras, ingenuas, adivinábase al hombre bueno que siente los males de su patria y desea evitarlos. Nadie le pidió que promoviese aquella asamblea en su despacho; ninguna excitación de la clase recibió para ella, y, sin embargo, con espontaneidad encantadora se convertía en portavoz de las aspiraciones de la clase.

Estamos habituados a que los gobernantes de todos los partidos presidan nuestras asambleas y se crean en el caso de decirnos unas cuantas frases bonitas y de prometernos un Edén, más bonito todavía; pero vemos también cómo esos buenos señores desaparecen del Poder sin habernos hecho la más mínima concesión. ¿Pertenece también a esa clase el actual ministro? ¿Sobrevendrá una crisis que malogre sus plausibles propósitos? En cuanto a lo primero, no; y en cuanto a lo segundo, véase lo que él decía en la reunión cuando alguien le indicaba la posibilidad de un súbito cambio ministerial:

«Yo, señores, trabajo y trazo mi plan de reformas sanitarias como si hubiera de vivir cien años; si algún factor imprevisto se opone a su desarrollo, ya vería España que por mí no ha quedado. Además, en estos momentos en que se está confeccionando el gran Presupuesto de reconstitución nacional, no debe faltar lo que a Sanidad respecta, y mis propósitos son tan decididos, que espero que ustedes traduzcan en cifras el pensamiento sanitario para incorporarlas a ese presupuesto de reconstitución, único modo de que las mejoras sanitarias tengan realidad.»

Después de esto ¿qué queda más por decir? Todos los ministros, por muy buenos que hayan sido sus planes, se han estrellado contra la falta o la mezquindad de los Presupuestos. Mucho proyecto, mucha innovación, pero al llegar la hora de la verdad, ó sea de las pesetas, nadie se ha atrevido a poner el cascabel al con-sabido felino. Y aquí es el propio ministro el que demanda cifras para incorporarlas a la ley económica.

¿No es verdad, señores médicos, que esto parece un sueño? Nos acercamos a los gobernantes y nos rechazan; pedimos unos cuartos y nos alejan con cara fosca. ¡Y, al fin, ha llegado una buena alma que se apiada de nosotros y ofrece a la Sanidad, generosa y magnánima, una porción del líquido en la copiosa ubre del Estado!

Verdaderamente esto no se ha visto nunca. La taumaturgia existe.

Y el gran taumaturgo, si sus propósitos se cumplen y el milagro sanitario se realiza, habrá de llamarse San Manuel Burgos y Mazo, Patrón de la Sanidad.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 21 DE JUNIO DE 1919

Notas biográficas y necrológicas del Dr. D. Benito Her-nando.

El Dr. GÓMEZ OCAÑA lee dichas notas que se publicarán íntegras en los Anales de la Corporación.

La reacción de Weil Felix para el diagnóstico del tifus exantemático.

El Dr. MARAÑÓN, corresponsal, al ocuparse de esta reacción, dice que desde el punto de vista clínico y biológico tiene una excepcional importancia. Consiste en aprovechar la propiedad que tiene una raza del proteus llamado X 19, que por sus caracteres biológicos es enteramente igual al proteus vulgar, de ser aglutinado en diluciones específicas por el suero de los enfermos de tifus exantemático, y no por los de ningún otro enfermo, ni tampoco por el del hombre sano, por lo menos en soluciones diluidas.

Los experimentos del Dr. Marañón se basan en 23 casos, cuyas reacciones, practicadas por los doctores Tapia y Ros en el Instituto de Alfonso XIII, han sido positivas menos en tres, precisamente los tres últimos, lo cual permite sospechar que quizá se trate de algún pequeño error de técnica (malas condiciones de los cultivos, etc.). Los 20 casos, la reacción positiva se ha logrado a las diluciones siguientes: 1 caso al 1 por 50; 2 al 1 por 75; 2 al 1 por 90; 1 al 1 por 125; 4 al 1 por 150; 1 al 1 por 175; 3 al 1 por 200; 2 al 1 por 1.000; 1 al 1 por 2.000, y 1 al 1 por 20.000. Otros autores han obtenido reacciones positivas aun en diluciones más tenues todavía (1 por 50.000 y 1 por 75.000) y aún hay algunos con el que el poder aglutinante llegaba hasta la dilución del 1 por 100.000. Por lo tanto, la especificidad de la reacción es extraordinaria. Los casos en que el Dr. Marañón ha probado dicha reacción eran clínicamente seguros de tifus exantemático; pero para contraprueba hizo la prueba con sueros de hombres sanos, de enfermos de fiebre tifoidea, paratifoidea, sarampión, escarlatina y viruela, sin que en ningún caso se obtuviese resultado positivo.

Tiene esta reacción técnicamente un doble interés: el clínico y el biológico; el primero se desprende de su gran especificidad, y dice el Dr. Marañón: que todos los que han visto enfermos de tifus, saben, que si bien es fácil su diagnóstico cuando se trata de casos que ocurren en el curso de una epidemia, es bastante difícil de hacer cuando se trata de casos esporádicos; entonces se confunde fácilmente con la fiebre tifoidea, con el sarampión, y en los vagamundo, con cualquiera proceso febril. En la actualidad no se posea ningún medio de laboratorio que sirviese para desaparecer estas dudas, y esta reacción las resuelve, pudiéndose afirmar con una seguridad que no tiene ninguno de los demás medios de laboratorio que se emplean en la clínica corriente.

Desde el punto de vista biológico, es interesante ver, dice el Dr. Marañón, cómo el suero de una determinada enfermedad, aglutina un germen que seguramente no tiene nada que ver con el agente productor de la enfermedad misma. No se ha descubierto todavía el germen del tifus exantemático; probablemente será un agente del tipo de los gérmenes ultramicroscópicos; pero desde luego no tiene nada que ver con el proteus X 19, y sin embargo, el suero de los enfer-

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, VALENCIA. J. Gayoso, MADRID.

mos del tifus exantemático aglutina específicamente á ese proteus. ¿Cómo se explica este hecho? Varias han sido las hipótesis, la mayoría de las cuales carecen de base científica. Algunos suponen que este proteus es huésped habitual del tractus intestinal y que pasa á la sangre por la acción morbosa del tifus y en la sangre determina la formación de las aglutininas específicas. Esto es totalmente absurdo porque el tifus exantemático es infección que para nada afecta al tractus intestinal. La explicación más verosímil es la de Bramm, publicada en los Anales del Instituto Pasteur, uno de los trabajos más completos sobre la reacción de Weil Felix. Para él, sencillamente, el tifus exantemático determina en el organismo una exaltación de las aglutininas naturales contra el proteus. Hay que tener en cuenta que algunas personas sanas tienen en su suero aglutininas para el proteus X 19. Puede suponerse que el hombre normalmente tiene aglutininas, y que lo que hace el tifus exantemático es exaltarlas y elevarlas á títulos utilizables para el diagnóstico. Esta explicación tiene á su favor la circunstancia de que precisamente el tifus exantemático es una infección que quizás por la misma violencia de su poder infectivo determina estas excitaciones no específicas de las reacciones aglutinantes de la sangre para otros gérmenes, además del proteus; así, por ejemplo, el mismo Bramm recuerda que cuando un individuo vacunado para la fiebre tifoidea, y que por lo tanto, proceda de aglutinina para el bacilo de Eberth, sufre el tifus exantemático, estas aglutininas antitifoideas se exaltan de manera extraordinaria. Nicolle, por su parte, había observado que el suero de los enfermos de tifus exantemático tiene un poder aglutinante intenso para el *micrococcus melitensis*, tanto, que supuso que podía aprovecharse esta particularidad para el diagnóstico del tifus exantemático. Después se ha visto que lo que sucedía es que Nicolle trabajaba en un país como Túnez, en el que la fiebre de Malta es muy frecuente, y en tres casos se trataba, sin duda, de casos que tenían aglutinina tifomelitensis, por haber padecido esta infección, en su forma típica ó en su forma abortada, y el tifus sólo obraba exaltando dichas aglutininas.

Termina el Dr. Marañón diciendo que de todos modos tiene mucho interés desde el punto de vista ideológico y del clínico la reacción de Weil Felix, y por ello ha creído exponerlo á la Academia, teniendo en cuenta sobre todo que los primeros casos fueron observados hace más de dos años, cuando apenas se había hecho nada sobre este asunto, entre nosotros ni en los países occidentales.

El Dr. MARTÍN SALAZAR dice que es tan interesante la comunicación que acaba de oír y se relaciona tanto con datos y noticias que posee respecto á la reacción del Weil-Felix en España, que le ha movido á intervenir en el debate.

Dice que el tifus exantemático constituye en la actualidad quizá la más alta preocupación de la sanidad pública de Europa; asegura que después de la guerra, pasada la pandemia de la gripe, lo que más preocupa á las autoridades sanitarias es el tifus exantemático. La Europa oriental es hoy víctima de una epidemia tan intensa que ha movido al Comité internacional de la Cruz Roja á tomar la iniciativa, dirigiéndose á todos los Gobiernos para que realicen una acción común encaminada contra el foco epidémico que amenaza con invadir á la Europa occidental. El Gobierno español ha contestado á esta indicación manifestando que está dispuesto á contribuir en la forma que se designe, ya por medio de la acción de la Cruz Roja española, ya por medio de la inter-

vención de la sanidad de la nación. Esto hace que el tifus exantemático sea hoy una verdadera cuestión de actualidad ya que constituye una verdadera preocupación del mundo entero.

Hace historia de la epidemia de tifus exantemático que se desarrolló el invierno pasado en Portugal que ocasionó focos en las provincias de Logroño, Burgos, Zamora y Coruña y también en Cartagena y sus alrededores, lo que motivó comisionar al Dr. Blanco, del Instituto de Alfonso XIII, quien realizó pruebas de la reacción del Weil Felix en 33 enfermos. Estas pruebas han sido comparativas y muy interesantes; no sólo se han referido á la reacción de Weil Felix con el proteus X 19, sino simultáneamente con el paratífus A y B y con el micrococo melitense, teniendo ocasión de observar que en los 33 enfermos la reacción de Weil Felix ha sido positiva en algunos á una dilución verdaderamente asombrosa, en unos al 1 por 20.000, la mayoría al 1 por 500 y los demás, de esta cifra para arriba. Hizo la observación de que en los primeros cinco días la reacción puede dar resultado negativo y no tener significación de ninguna clase; pero á partir de ese día sube la curva hasta llegar á los once ó doce días, en los cuales el máximo de la reacción se manifiesta. Tiene esta reacción, pues, una importancia verdaderamente extraordinaria, porque hecho el diagnóstico de una enfermedad epidémica, cuya etiología es desconocida, es para el higienista de interés fundamental disponer de una forma segura de hacer el diagnóstico efectivo de la enfermedad, encontrándose en este caso con un medio de verdadera eficacia para ello: la reacción de Weil Felix. Además, las observaciones del Dr. Blanco pusieron de manifiesto también un hecho muy interesante, que á la vez que eran positivas las reacciones del proteus X 19, eran casi negativas ó oscilaban dentro de los límites muy estrechos de aglutinación con relación al bacilo de Eberth, á los paratífus A y B y al micrococo melitense. De modo que puede decirse que la especificidad se revela hasta en aquellas enfermedades en las que algunos autores han podido encontrar aglutininas evidentes dentro de ciertos límites, y el interés etiológico existe, no sólo en el hecho de poder diagnosticar de esta manera los casos de tifus exantemático en una epidemia, sino en el de poder diagnosticar aquellos casos leves, ligeros, que son muy abundantes de tifus exantemático, y en los cuales la enfermedad pasa inadvertida por faltar el síndrome.

Termina el Dr. Martín Salazar exponiendo otro punto interesante: el profiláctico. Los convalecientes, á partir del mínimo de la curva térmica, carecen de síndrome, pero como aun disminuido el índice de las aglutininas se observa mucho tiempo la reacción de Weil Felix, cuando el epidemiólogo se encuentra con casos de estos, puede determinar, por medio de la reacción, si aquel sujeto es ó no un peligro por el contagio, y en tal caso tomar las medidas oportunas. Respecto á las doctrinas sobre la aglutinación dice que solo hay tres hipótesis; ó el proteus es la causa del tifus exantemático, cosa que nadie cree, ó es un germen asociado que en simbiosis contribuye á la enfermedad, en cuyo caso se podría explicar sin ser el germen genuino, produjese aglutininas, ó hay que aceptar la hipótesis que decía el Dr. Marañón: que existen las aglutininas normales. Pero todo esto no son sino hipótesis para satisfacer el interés científico.

DR. CESALDO.

CARBOLAN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

Examinado el recurso interpuesto ante este Ministerio por D. Moris Attias, vecino de San Sebastián, contra un acuerdo de esa Junta provincial de Sanidad, fecha 9 de Marzo último, imponiéndole la multa de 500 pesetas por intrusismo en la profesión de Medicina;

Considerando que el hecho de que se trata constituye una falta contra el orden público, claramente definida en el citado artículo, cuyo párrafo 1.º se refiere á los que ejercieren sin título actos de una profesión que lo exija, y que, por lo mismo, únicamente la jurisdicción ordinaria tiene competencia para corregirla, sin que en ningún caso pueda estimarse que tal facultad esté atribuida á la Administración;

Considerando que, esto sentado, debe quedar sin efecto la providencia de esa Junta provincial de Sanidad, imponiendo la multa de 500 pesetas á D. Moris Attias por intrusismo en el ejercicio de la Medicina, para lo cual carece de atribuciones dicha entidad;

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que se estime el recurso y se revoque, por lo tanto, la providencia apelada, sin perjuicio de que los hechos que la motivaron sean denunciados á los Tribunales de Justicia.

Lo que, con devolución del expediente, comunico á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 4 de Julio de 1918.—García Prieto. Al gobernador presidente de la Junta provincial de Sanidad de Guipúzcoa.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,8; íd. mínima, 702,5; temperatura máxima, 35º,2; íd. mínima, 16º,6; vientos dominantes, O. NO. y NE.

Continúan predominando los afectos gastro-intestinales agudos en sus formas de catarrlos gástricos, enteritis y enterocolitis; también se observan casos de igual índole localizados en las vías biliares, en su forma de angiolitias. En los niños, sobre todo en la primera infancia, insisten los trastornos intestinales, en su mayoría por defecto de régimen.

En los afectos crónicos, los del riñón, del hígado y del corazón muestran tendencia á las complicaciones congestivas de carácter pasivo.

Crónicas.

ESPAÑA

Beneficencia municipal.—Terminadas las oposiciones de ingreso en este distinguido Cuerpo, según ya hemos publicado, parece que los opositores aprobados á quienes no han alcanzado las vacantes anunciadas, solicitan del Ayuntamiento ser ingresados en el escalafón. Nosotros somos en principio enemigos de este género de ampliaciones por razones de índole de equidad y conveniencia que no es del caso recordar; pero en la ocasión actual, los argumentos en que apoyan su pretensión los solicitantes son para muy tenidos en cuenta y mucho más si á ello se agrega alguno que es de pública notoriedad y según el cual, parece que algunos señores de los que ocupan lugares preferentes en el escalafón no desempeñan en realidad los puestos en que figuran, produciendo con esto un verdadero perjuicio á todos sus compañeros, que guardan para con ellos una consideración á que ellos no se hacen acreedores por impedir el natural ascenso é ingreso á los que empiezan, reteniendo cargos que en realidad á ellos no debieran importarlos tanto. Si esto no fuera cosa que ha llegado á repetirse por todo el mundo en círculos, sociedades y hasta en altísimos lugares, nosotros no llamaríamos la atención del señor alcalde sobre el hecho, por repugnarnos el papel de delatores; pero lo que es injusto

to y como injusto persevera y sirve de motivo á comentarios, merece, si no la delación, la denuncia y es de esperar que el Sr. Garrido Juaristi procure enterarse de lo que viene ocurriendo en el Cuerpo de Beneficencia municipal y proceda como debe en defensa de los humildes, sobre todo cuando á los humildes les asiste la razón.

Tu dixisti.—Nos sorprenden los periódicos políticos con las noticias de que el Sr. Ortega Morejón ha renunciado á formar parte de la Comisión dictaminadora que el señor ministro de la Gobernación ha nombrado para que le aconseje antes de redactar sus planes de reforma sanitaria.

Lo singular del caso no está en la renuncia, que es de respetar, sino en los motivos alegados, que parece son dos: 1.º, la incompatibilidad del Sr. Ortega Morejón con otros individuos de los designados con el mismo objeto, razón que él sabrá hasta qué punto sea exacta, y 2.º, en no formar parte de la Comisión ningún periodista médico.

En cuanto al último punto no puede ser más inexacto, pues según nuestras noticias, entre las personas llamadas, figuran el Dr. Cortezo, director de EL SIGLO MEDICO, el doctor Pulido, director honorario del mismo semanal, el Dr. Ballesteros, director y propietario de *Higia y Sanidad y Justicia*, el Sr. Francos Rodríguez, redactor de nuestro periódico y eximio periodista, amén de diputado, ex ministro y publicista de universal renombre, y el mismo Sr. Ortega Morejón, que aunque no de periódico tan conocido, es también director de uno que nosotros estimamos por lo visto más que él.

Tarifas médicas.—La Junta del Colegio de Médicos de Vizcaya ha aprobado las nuevas tarifas de igualas para todos los distritos, dejando como mínimo la de 15 pesetas en los pueblos donde el titular cobre menos.

Defunciones.—Han fallecido: en Salvaleón (Badajoz), D. Eduardo González Herrera, y en Malagón (Ciudad Real), D. Zacarías Fernández, distinguidos amigos nuestros á cuyas respectivas familias enviamos la manifestación sincera de nuestro pesar.

Otros compañeros que no perciben sus haberes.—Cunde el ejemplo de que á los médicos no se les paguen sus honorarios.

Según la prensa diaria, parece que los facultativos que prestan sus servicios en la Plaza de Toros de San Sebastián, no perciben de la Empresa los haberes que se les tienen asignados, y por este motivo se han negado á continuar en el desempeño de su cargo.

Como consecuencia de esto, se ha reunido el Colegio de Médicos y ha adoptado los siguientes acuerdos:

- 1.º Protestar contra la Empresa por la desconsideración que guarda con los cirujanos aludidos y por el incumplimiento del Reglamento.
- 2.º Protestar contra las autoridades por no haber amparado los derechos del personal facultativo.
- 3.º Que ningún médico acepte cargo alguno en la enfermería de la Plaza sin que antes la Empresa dé las oportunas explicaciones.

Curso de ampliación de estudios.—El catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid, Dr. Villa, se propone dar un curso de ampliación de estudios para los alumnos externos del quinto grupo.

La matrícula será absolutamente gratuita y por los puntos que en él desarrollará promete ser el referido curso, además de interesante, de una gran utilidad para la enseñanza.

La mendicidad en Madrid.—El gobernador civil, contestando á la referencia hecha por un periódico de Madrid, relativa á los mendigos que circulan por las calles ejerciendo la mendicidad, manifestó ayer que sólo se tiene tolerancia con los ciegos, que, desgraciadamente, pasan de 700.

A los demás se les recoge sistemáticamente por la Policía, con un promedio de 50 diarios, conduciéndoseles á Yserías, donde se les desinfecta, baña y viste, enviando á sus pueblos á los forasteros, asilando á los ancianos y recluyendo en asilos á los niños.

En los días que van transcurridos de Agosto pasan de

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI

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

De venta en todas
las farmacias
y droguerías
Literatura "muestras"
LABORATO-
RIO PESQUI Prim
25. San Sebastián

700 los mendigos recogidos, que con los 300 que había reclusos en Yaserías en 31 de Julio anterior, hacen un total aproximado de 1.000 mendigos recogidos de la vía pública.

Es injusto, pues, decir que no se notan los efectos de esta campaña que el Gobierno civil realiza de acuerdo con la Dirección general de Seguridad, y que además se extiende á recoger y desinfectar, bañar y despojar húngaros y personas desaseadas que encuentra en la calle la Policía.

El hospital del Rey.—El lunes último por la mañana, en el despacho oficial del inspector general de Sanidad, se celebró el acto de subasta para la construcción del Hospital del Rey, para aislamiento y tratamiento de enfermos infecciosos.

La subasta ha quedado desierta por falta de licitadores.

XIX Certamen de la Real Asociación de Maestros de primera Enseñanza de San Casiano.—Entre los numerosos temas que figuran en el programa de este certamen, hay uno que por lo relacionado con nuestra profesión merece ser conocido de los médicos que se dediquen á este género de estudios:

Tema III.—*Estudio de las irregularidades y deformaciones craneales y faciales determinantes y características de anomalías mentales y fisiológicas.*—Premio: Cincuenta pesetas, regalo del Emmo. y Rvdmo. Sr. Dr. D. Enrique Almaraz y Santos, cardenal arzobispo de Sevilla.

Tribunal calificador.—Dr. D. Ismael Delgado Rasco, doctor D. Blas Tello Rentero, Ldo. D. José Romero Martín, Licenciado D. Salvador López Gómez, D.^a Dolores Bermejo Castilla, D. Francisco Fernández de los Reyes, D. Rafael Salazar Benavides.

Bases del concurso.—Todos los trabajos serán inéditos, escritos en papel blanco, con letra clara, en lengua castellana.

Cada una de las obras que se presente tendrá un lema y se acompañará con pliego cerrado y sellado con lacre, en cuya parte exterior se repetirá dicho lema, expresándose en el interior del sobre el nombre, apellidos, profesión y domicilio del autor.

Los libros que contengan los nombres de los autores de las obras no premiadas se quemarán sin abrirlos.

Si alguno de los autores querantara el anónimo, usare nombre supuesto ó pseudónimo, ó faltare al secreto y la verdad que la justicia impone, quedará sin opción á premio.

Los autores remitirán sus obras al domicilio de la Real Asociación San Casiano, Jesús del Gran Poder, 48, antes de las doce de la noche del día 10 de Octubre de 1919.

La Asociación se reserva el derecho de imprimir las obras premiadas, y tanto los originales de éstas como los de las no premiadas, quedarán también de la propiedad de la Asociación.

Una noticia y un comentario.—Dice *La Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* en su núm. 5 (Mayo de 1919) recientemente llegado á España:

«En los primeros días de Julio se inaugurará en Madrid un Colegio para huérfanos de médicos.

Cincuenta huérfanos de cada sexo recibirán manutención, vestuario y educación y su organización será confiada á una Junta de Patronos, la que utilizará á Siervas de San José para los cuidados de los niños.

Felicitemos á nuestros compañeros españoles que han llevado á la práctica una hermosa obra de amor y podrán ejercer su sagrado ministerio con la tranquilidad de que á su muerte, manos amigas continuarán su interrumpida labor.»

El querido colega americano felicita á los compañeros españoles. Gracias en nombre de aquéllos á quienes la cordial enhorabuena puede llenar de satisfacción. Porque ¡vergüenza es confesarlo!, aún hay entre los profesionales españoles quienes piensan que esta obra santa de solidaridad y de amor es un ruín engendro de bajas pasiones.

Bien es verdad que nadie juzga las cosas sino como es capaz de comprenderlas. El juicio es el mundo objetivo reflejado en el espejo de una mentalidad. Y ¿qué imágenes ha de dar un espejo deformado y empañado por todas las ruindades de la envidia, la vileza y la mala fe?

Remitido.—Palacio de las Clases Médicas.—Rogando-

nos su publicación se nos envía la siguiente noticia que con mucho gusto insertamos:

La Junta directiva del Colegio de Médicos, después de muchas sesiones en las que deliberó minuciosamente cuanto se relaciona con su casa social, aprobó las Memorias hechas por el Arquitecto y por la Junta y se tomó el acuerdo de imprimir las en un folleto, que llevará fotografías, planos, explicación técnica y alcance financiero. Este asegura quedando muy por bajo de la realidad, más del 10 por 100 de interés al capital empleado.

Quiénes deseen conocer al detalle los datos indicados, deben apresurarse á solicitar el folleto al Colegio de Médicos de Madrid para que les sea remitido en cuanto esté impreso, que será muy pronto.

Advertimos que el primer capital aportado será para la adquisición de acciones con los grandes beneficios que esta clase de papel ha de reportar.

Después de cubiertos los primeros 5.000.000, se emitirán obligaciones amortizables con el interés del 6 por 100 anual.

Homenaje á un médico gallego.—Con gran solemnidad se ha verificado en Mondariz el descubrimiento de la estatua erigida en la plaza pública de aquella población á D. Enrique Peinador Vela.

Todas las numerosas Comisiones que asistieron al acto se reunieron en derredor del monumento, así como un inmenso gentío.

En la tribuna se colocaron, además del arzobispo de Valencia, que presidió el acto, el gobernador civil de la provincia, el alcalde de Mondariz y los hijos del Sr. Peinador.

La estatua es obra del Sr. Coullaut Valera.

En el momento de levantar la bandera de Galicia, que cubría la estatua, los coros y las bandas de música entonaron el «Himno á Galicia», del maestro Montes.

El presidente de la Cámara de Comercio de Vigo, señor Vestens, pronunció un discurso recordando la labor del señor Peinador.

Luego se recitaron poesías y se depositaron numerosos ramos de flores y coronas ante el monumento.

Inmediatamente se procedió á leer el acta de entrega del monumento, que suscribieron las personas interesadas y las autoridades.

AMÉRICA LATINA

ARGENTINA

Un donativo á la Sociedad Española de Beneficencia.

—La Municipalidad de Buenos Aires ha cedido á la Sociedad Española de Beneficencia una considerable parte de terreno en el cementerio Oeste con destino á enterramiento de súbditos españoles.

La Sociedad Benéfica Española construirá un suntuoso panteón, capaz para 1.000 nichos, y ha destinado para la obra la suma de 150.000 pesos.

Con este fin se ha abierto un concurso entre los artistas, con objeto de adjudicar los trabajos á aquella persona ó entidad que realice la citada obra en mejores condiciones y más artísticamente.

CHILE

El tifus en Valparaíso.—Comunican de Chile que han ocurrido cierto número de defunciones en Valparaíso producidas por el tifus endémico, que este año ha alcanzado una virulencia extraordinaria. Las autoridades de sanidad han adoptado toda clase de precauciones para impedir su extensión á otras ciudades.

FRANCIA

Estadística municipal de la ciudad de París.—Se han registrado durante la semana 31.^a 621 defunciones, en lugar de 671 durante la precedente semana (promedio 679).

La viruela ha causado 1 fallecimiento y se han declarado 2 casos nuevos en lugar de 8 en la semana anterior (promedio 0).

Se han señalado 4 casos de varicela.

La escarlatina ha causado 5 defunciones (promedio 2).

La meningitis tuberculosa ha ocasionado 15 muertes (promedio 12); la meningitis simple 16 (promedio 11), y la

PEÑACASTILLO

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

meningitis cerebro espinal epidémica, 2 no se ha señalado ningún nuevo caso).

Nuevo médico inspector de la Morgue.—Ha sido nombrado médico-inspector de la Morgue y encargado de la dirección científica del laboratorio de toxicología, el profesor M. Balthazard.

Médicos franceses condecorados.—Han sido nombrados caballeros de la Legión de Honor, los doctores Blum, profesor de la Facultad de Medicina de Strasbourg; Degorce (de Hano), y Ozoux (de La Reunión).

Asistencia médica gratuita.—La Cámara de diputados ha propuesto recientemente el envío a la Comisión encargada del examen de una proposición de ley encaminada a modificar los artículos 20 y 25 de la ley de 15 de Febrero de 1902 sobre la protección a la Salud pública; de otra proposición de M. Henri Chéron, conducente a incluir las curas dentales entre las que comprende la ley de Asistencia médica gratuita.

Facultad de Medicina de Nancy.—M. Lambert, agregado a la Facultad de Medicina de la Universidad de Nancy, ha sido nombrado, para empezar a desempeñar el cargo a partir del 1.º de Noviembre, profesor de Física-Médica de la referida Facultad, en sustitución de M. Charpentier, fallecido.

ALEMANIA

Según rumores de que se hace eco la Prensa profesional parece que el editor del *Münchener Medizinische Wochenschrift*, Dr. Lindmann, ha sido víctima de los revolucionarios espartaquistas a cuyas manos ha muerto asesinado.

Nombramientos.—Han sido nombrados: miembro científico del Instituto para enfermedades infecciosas «Robert Koch» de Berlín, el profesor Dr. R. Doerr, de Viena.

Miembro honorario de la Sociedad Balneológica, el consejero secreto Brieger, con motivo de su 70 aniversario.

El profesor Lexer, de Jena, ha sido llamado a Freiburg, así como el profesor Moenckeberg, de la Universidad de Estrasburgo, ha aceptado el llamamiento de la Universidad de Tubinga, para suceder a von Baumgarten.

POLONIA

Una misión médica a Polonia.—El día 15 de Agosto ha salido para Varsovia una misión médica interaliada compuesta del Coronel H. S. Cumming, director, representante del Servicio de Sanidad de los EE. UU., del profesor Castellani, del Dr. George S. Buchanan, oficial sanitario del Ministerio de Sanidad pública de Inglaterra, y del doctor Visbecq, médico principal del Servicio de Sanidad de Francia.

Esta misión, organizada por la Liga de las Sociedades de la Cruz Roja, ha sido enviada a Polonia merced al llamamiento del Gobierno polaco, con el fin de estudiar el problema del tifus exantemático y otras enfermedades contagiosas y epidémicas que han hecho grandes estragos.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Conferencia de Sanidad.—En la Conferencia de Sanidad celebrada en Saratoga Springs, N. Y., del 24 al 26 de Junio, se registraron más de 1.000 oficiales de sanidad, médicos, enfermeros y empleados de sanidad pública, además de muchos oficiales así como visitantes.

Todas las fases de la labor de sanidad fueron discutidas por peritos de reputación internacional. Se dieron muchos detalles referentes a la labor que se proyecta por parte del departamento de Sanidad. Un modelo de un centro de sanidad ocupaba un piso de seis cuartos en el Gran Unión Hotel. En este centro había una consulta pública de tuberculosis, otra consulta para reconocimiento y tratamiento de personas que padezcan enfermedades venéreas, una exposición de beneficencia infantil, un laboratorio y la oficina de un oficial de sanidad. El sanimóvil, un automóvil construido es-

pecialmente para el departamento de Sanidad, con objeto de fomentar la educación pública en ese sentido, formaba parte de la exposición. El coche estaba provisto de un estereóptico y un aparato de cinematógrafo, movido por la fuerza desarrollada por el automóvil, con gran número de vistas que enseñan el valor de mantener la salud y el modo de prevenir la infección. Se propone enviar este automóvil a las comunidades de pocos habitantes.

Próxima reunión de los tocólogos.—La trigésima segunda reunión anual de la Sociedad Americana de Tocólogos y Ginecólogos tendrá lugar en Cincinnati, del 15 al 17 de Septiembre del presente año, bajo la presidencia del Dr. John F. Erdman, de New York.

Reunión de la Asociación de Museos Médicos.—Se ha celebrado en Atlantic City, el 14 de Junio, la duodécima reunión anual de las secciones americana y canadiense de la Asociación Internacional del Museo Médico, bajo la presidencia del profesor Oskar Klotz, de Pittsburgh.

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



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

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 mercales, 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



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.