

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA 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 FRANCO 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 de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	S. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospital.	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
		J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
		F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.

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: Los manicomios en España, por José Sanchis y Banús. Las vitaminas en los medios de cultivo y su influencia en el desarrollo de ciertos microorganismos, por el Dr. D. Jesús Jiménez.—Inoculación y acaloramientos, por el Dr. D. Luis Figueras Bailester.—Bibliografía, por Emilio Luengo Arroyo.—Nota sobre el tétanos localizado en los miembros, por E. Chauvin.—Periodicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. En honor de un médico, por J. González Castro.—altes de Besaya (Santander), por Baltasar Hernández Briz.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldu.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Sección oficial.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partido.—Vacantes.—Correspondencia.—Excipiente inerte.—Anuncios.

LOS MANICOMIOS EN ESPAÑA

Respuesta á una alusión

El Dr. D. Enrique Fernández Sanz, cuya pericia y cuya serenidad de juicio no voy á ponderar en este momento, ha resucitado una campaña que inició hace dos años y que por obra y gracia de la indiferencia de los más y de la pereza de los menos, vivía dormida desde que á fines de 1918 dió las últimas pruebas de vitalidad por la intervención de los que entonces intentamos producir un movimiento de opinión totalmente fracasado.

En un artículo tan brillante como suyo, que vió la luz en el pasado número de EL SIGLO MÉDICO, el doctor Fernández Sanz reproduce las manifestaciones que hizo ante la Real Academia de Medicina y tiene además la bondad de aludirme directa y personalmente haciendo mención de un humilde trabajo mío que vió la luz en las columnas del ya desaparecido *Figaro* en el que yo glosaba su discurso ante la Sociedad de Higiene. Recojo con gratitud la alusión, y aunque en ella el doctor Fernández Sanz reclama mi apoyo como publicista, no puedo yo desdoblar mi personalidad y prescindir de mis aficiones psiquiátricas para glosar lo que en su escrito dice el ilustre coespecialista y desenvolver el criterio que acerca de tan importante materia he podido adquirir en el Departamento de observación de dementes de este Hospital, á cuyo servicio estoy adscrito desde hace dos años como jefe clínico.

Mi teoría acerca del mecanismo de los graves defectos de la asistencia á los alienados españoles es muy sencilla, es casi esquemática, y como tal será probablemente equivocada, mas no por ello he de callarla; creo que en España lo primero que hace falta es cultura psiquiátrica: mayor y más extensa en los médicos especializados, más completa en los no especializados, más difundida entre los profanos.

Porque en efecto, si se ahonda un poco en la investigación de las causas de la total indiferencia del ambiente español en la cuestión de la asistencia manicomial, se encuentra siempre el mismo vicio de origen. Se queja, motivadamente desde luego, el Dr. Fernández Sanz de la pasividad de los Poderes públicos ante las reclamaciones de los que hemos insistido una vez y otra en los defectos de la asistencia freniátrica. Bien sabido es que entre nosotros los movimientos de los hombres políticos están siempre motivados por las exigencias clamorosas de la opinión: las disposiciones se adoptan cuando el pueblo en masa lo exige. Cuando somos unos pocos los que pedimos, cuando esos que solicitan carecen de esa cosa compleja que se llama influencia política, las peticiones no merecen siquiera el honor de una ojeada por parte de los que en aquel momento están ocupadísimos resolviendo el complicado problema de conculcar la ley, guardando hipócritamente las formas, para complacer al cacique amigo que en la próxima elección dará entero el censo decisivo del Distrito,

¿Y por qué el pueblo no se suma á nuestras peticiones? ¿Es que el problema de los manicomios no tiene suficiente fuerza de emoción para la masa, es que no puede provocar un movimiento gregario de opinión? Evidentemente no. Cuando después de las denuncias de Lafora, apoyadas en las fehacientes pruebas de bochornosas fotografías, cuando luego de los relatos dantescos de locos heridos por sus enfermeros y muertos por sus compañeros de reclusión, las familias de los enfermos no se han precipitado en masa á recoger y llevarse consigo á sus infelices deudos dementes, *no podemos esperar que el interés del pueblo nos acompañe en nuestra empresa.*

No parece, sin embargo, lógica esta laguna afectiva en la conciencia de la multitud, y no lo sería si la multitud tuviera de los locos el concepto justo: esto es, el de que son *enfermos* como los tifoideos ó los bronquíticos. Pero la falta de cultura psiquiátrica que afecta gravemente á los propios médicos, se refleja en los profanos. Y los profanos creen que un loco es un ser fatalmente destinado á morir con su trastorno mental. ¡Cuántas veces hemos oído decir á padres atribulados, que se tienen por cultos y amantes de sus hijos, en presencia de un síndrome psicopático desarrollado en uno de ellos: «Hubiera preferido que se me muriera»!

Morir es para la gente mejor que enfermar de una psicopatía, porque en el espíritu popular se ha grabado la noción de que toda enfermedad mental es incurable; y hemos de confesarlo, esta idea no ha nacido por generación espontánea en la plebe, sino que se la han inculcado los propios médicos.

De este modo, para una familia es doloroso el momento de la despedida por la que se separan del pariente que va á ingresar en el Manicomio, como es doloroso el instante en que el ataúd que encierra los restos de la persona amada sale de la habitación mortuoria... pero después, el tiempo pasa, transcurren los años, los meses y el recuerdo se borra; el problema económico suscitado por la marcha del ausente se resuelve, y la bestia humana satisfecha no quiere más que olvidar...; los manicomios son para la mayor parte de las gentes lugares donde se tiene á los enfermos para que no molesten.

El establecimiento de curación se ha transformado, pues, en una verdadera cárcel en el espíritu de las gentes; y en deshacer este error estriba á mi juicio toda la eficacia posible de la campaña que se emprenda en favor de la asistencia manicomial.

¿Cómo puede lograrse esta finalidad? Tienen á mi entender mayor eficacia los medios indirectos que los directos. Para lograr el triunfo de nuestra causa, me parece lo fundamental *enseñar psiquiatría á todo el mundo.* Primero á los médicos, naturalmente, que ya después de su cultura se difundirá por mecanismos automáticos en la masa de las gentes. Creo, en una palabra, que si el círculo vicioso ha de romperse por alguna parte, ha de ser por el lado de la incultura psiquiátrica de los médicos, que enseñarán así á los profanos, con lo que se creará el necesario estado de opinión para obligar á los Poderes públicos á una determinación de gobierno.

¿Y cómo enseñar Psiquiatría á los médicos? La crea-

ción de la cátedra de Medicina mental me parece un medio tan insuficiente como dado á eternizar nuestra ignorancia, si la elección de profesor ha de ser hecha por los métodos ordinarios entre nosotros. Hay que hacer algo más: *Es preciso abrir á todo el mundo que quiera aprender, las puertas de los manicomios oficiales.* Claro que en este momento la cosa es imposible dado el estado lastimoso de ellos. Por eso me parece excelente la idea apuntada por alguien de encomendar á una reducida Comisión oficial la tarea de proponer en cada caso el mínimo de reformas necesarias para hacer de los manicomios actuales, lugares frecuentables por los estudiantes y los médicos. Implantadas estas reformas (cuyo importe sería mucho menor de lo que pudiera esperarse) sería necesario imponer una hoja clínica oficial para el estudio del curso de las psicopatías, á la vez que se promulgara como oficial también una clasificación de enfermedades mentales que sirviera para ajustar á ella los tratamientos y los diagnósticos. Una severa inspección velaría por el exacto cumplimiento de estas disposiciones.

Y una vez logrado esto que en conjunto supone una miserable cantidad de dinero, de la que las Corporaciones se resarcirían rápidamente estableciendo en sus manicomios plazas de pago, sería necesario, como antes he dicho, abrir los manicomios á la fiscalización de los aficionados á la Psiquiatría. Estas medidas me parecen prólogo obligado de la oposición que se planea á médicos de manicomios, cuyo Cuerpo estará forzosamente hecho de teorizantes de la Psiquiatría si antes no se da á los aspirantes un medio de aprender la clínica mental. Una vez creado el Cuerpo, pienso que tal vez el ascenso por antigüedad debía ser condicionado por la aptitud demostrada en la actuación de los que debieran ir subiendo de categoría: es decir, que en ciertos casos pudiera impedirse el ascenso de los que por su manifestación incompetencia ó por su pereza no merecieran llegar á la cabeza del escalafón.

Para lograr este fin ó cualquiera otro que con la mejora de la asistencia manicomial se relacione, pienso que no ha de faltar el apoyo de ninguno de los que de cerca siguen la evolución de la Psiquiatría. Y si para esto ha de servir la «Liga para la defensa del loco» cuya creación propone el Dr. D. Enrique Fernández Sanz, á ella me afilio desde este momento en cuerpo y alma, y en ella seguiré como uno de los más entusiastas defensores de una causa que si no fuera santa por humanidad, lo sería por lo que tiene de elevadora del prestigio de la Medicina española.

José SANCHIS Y BANÚS.

Las vitaminas en los medios de cultivo y su influencia en el desarrollo de ciertos microorganismos

POR EL

DR. D. JESÚS JIMÉNEZ

El estudio de las vitaminas, hormonas de crecimiento, ha sido fecundo en adquisiciones importantes,

ya sea en el terreno de la fisiología ó en el de la patología.

Los experimentos á que han dado objeto estos estudios, demuestran, en lo que respecta á la nutrición, que para que ésta se cumpla normalmente, es necesario que la alimentación suministre, además de los hidratos de carbonos, agua, grasas, albuminoides completos (es decir, capaces de dar todos los amino-ácidos indispensables), y de las sustancias inorgánicas, sodio, calcio, magnesio, etc., otros elementos indispensables á la nutrición, sin los cuales ésta no se cumple normalmente; estos alimentos tan necesarios al organismo son las llamadas vitaminas.

En lo que respecta al terreno de la patología, los estudios llevados á cabo sobre estas sustancias han esclarecido la patogenia de varias enfermedades de obscura etiología; y el beri-beri, la xeroftalmia, el escorbuto y quizá la pelagra, se consideran producidas por una nutrición insuficiente, debido á que los alimentos no aportan al organismo las cantidades necesarias de estas vitaminas.

Era natural que los bacteriólogos se preocupasen de estudiar la influencia que estas hormonas de crecimiento podían tener en el desarrollo de las bacterias; los primeros trabajos se deben a Jordan Lloyd Gordon y Hyne y Sydney Cole. Posteriormente han sido numerosos los trabajos publicados sobre esta materia, adquiriendo un estudio cada día de más importancia dentro de esta rama de la Medicina.

La naturaleza de estas sustancias es todavía objeto de estudio: Funk dá como fórmula provisional la siguiente: $C^{17}H^{20}N^2O^7$; McCollum y Davi, reconocen en las vitaminas dos componentes, uno el factor A, soluble en las grasas, y otro el factor B, soluble en el agua y en el alcohol. Hopkins, en sus bellos trabajos sobre la nutrición del ratón blanco, pone fuera de duda la existencia de los dos componentes antes citados.

En bacteriología se han estudiado y se estudian las vitaminas en los medios de cultivo, para comprobar la influencia que dichas sustancias ejercen en el desarrollo de ciertas bacterias.

En efecto, se sabe que en los medios de cultivo más corrientemente empleados, como el caldo y agar, ciertas bacterias no se desarrollan; pero si á estos medios se les añaden líquidos naturales, sean de procedencia humana ó animal, por ejemplo, sangre, suero, líquido de ascitis, etc., el desarrollo de esos microorganismos es patente.

Esta acción favorecedora que sobre el desarrollo de los microbios ejercen las sustancias añadidas, tiende á explicarse no por la introducción en el medio de albúminas intactas, sino por la presencia en estos líquidos de vitaminas de crecimiento.

En esta tesis reseñamos nuestros trabajos que sobre esta materia hemos hecho en el Instituto Pasteur de París, bajo la dirección del profesor R. Legroux.

Este estudio se refiere á las vitaminas existentes en los órganos y tejidos de los animales que hemos utilizado: sus procedimientos de extracción y la acción que sobre el desarrollo de ciertas bacterias tiene esta sustancia ó grupo de ellas.

Los animales de los que hemos utilizado sus órganos y tejidos han sido varios: caballo, buey, cerdo, carnero, conejo, cavia, gallina, palomo y anguila; las partes utilizadas para el estudio de las vitaminas son: sangre, corazón, hígado, bazo, riñón y músculo.

Dos modos de obtención hemos usado para obtener líquidos con vitaminas: en unos hemos empleado la solución salina, en otros el alcohol absoluto.

Preparación del extracto de sangre.—Recoger la sangre en un recipiente de boca ancha; se deja coagular procurando que el coágulo sea prensado por una lámina metálica pesada, con objeto de que haya la menor cantidad posible de suero en el coágulo, para evitar que los extractos resulten muy diluídos. Una vez estando el coágulo formado, se separa el suero y la capa formada por los glóbulos blancos: el coágulo es exprimido en un paño, el líquido que pasa á través de él es tratado por dos veces su volumen de solución salina al 9 por 1.000; se calienta al baño-maría durante veinte minutos á 80° cuidando de agitar con frecuencia: la mezcla es filtrada en papel filtro, lo que da un líquido opalescente de color amarillo, después se filtra por bujía Chamberland F y se reparte en tubos estériles; el líquido es transparente amarillento, cuya tonalidad varía del amarillo obscuro al claro.

Con objeto de estudiar si la concentración salina ejercía alguna influencia sobre las vitaminas de los extractos globulares, empleamos soluciones salinas á diferentes proporciones desde 25 por 1.000. Las pruebas hechas con estos diferentes extractos mostraron, que por debajo de 7 y por encima de 15 por 1.000, los extractos fueron ó muy poco activos ó casi desprovistos de su acción favorecedora sobre los microbios ensayados. De aquí que para la fabricación de estos extractos (igualmente para todos los demás), empleamos siempre la solución salina al 9 por 1.000.

Para estudiar la influencia que sobre el desarrollo de las bacterias en los medios de cultivos tiene este extracto globular, lo mismo que los otros extractos más lejos estudiados, utilizamos el meningococo A, B, C, O, pneumococos I, II, III, IV, gonococos y bacilos de Pfeiffer; de todos ellos fueron estudiadas muchas razas.

Como medios de cultivo para comprobar esta acción empleamos siempre el caldo y agar comunes; á ellos se les añadía el extracto globular ó los otros extractos en diferentes proporciones, para lo cual nos servimos de pipetas de vidrio calibradas, XX gotas por centímetro cúbico. Para la adición del extracto al agar, una vez fundido, esperábamos á que su temperatura fuese de 45 á 50° para añadirsele.

Con objeto de evitar en lo posible el error que resultase de llevar cantidades de extracto ó vitaminas en la masa bacteriana que se siembra, hacíamos las siembras muy diluídas: una décima de centímetro cúbico de caldo sembrado, á ser posible á las veinticuatro horas de fecha, era diluída en 5 centímetros cúbicos de solución salina fisiológica; de esta suspensión se toma una décima de centímetro cúbico para hacer una nueva siembra en agar ó en caldo.

Otros dos procedimientos de extracción fueron usados para obtener el extracto globular. Recoger la sangre y desfibrinarla inmediatamente, centrifugar, separar el suero: los glóbulos eran después tratados como

nos hemos servido de los mismos animales, igual para todos los restantes extractos. El método de extracción fué idéntico al anterior; triturado el corazón, era suspendido en dos volúmenes de solución salina al 9 por

CUADRO I

Acción del extracto globular.

Número de gotas añadidas á cada tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	4 ^d
Meningococos A, B, C, O.	±	+	++	+	+	++	++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	±	+	±	±	+	++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococos.	0	±	+	±	±	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	+	++	++	+	++	++	++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

en el procedimiento ya descrito; el otro método consistía en desecar los glóbulos rojos por el vacío, y una vez desecados se trataban como anteriormente se ha dicho.

Estos extractos globulares obtenidos por los tres procedimientos son idénticos en lo que respecta á su riqueza en vitaminas, así que después de repetidas pruebas adoptamos como más rápido el proceder descrito más arriba.

El cuadro I muestra el efecto producido por este extracto: repetidas veces hemos hecho éste como los demás ensayos, y en todos su influencia manifestada por la rapidez en el crecimiento y por la exube-

1.000, calentado al baño-maría á 80° durante veinte minutos, filtrado por papel filtro y bujía Chamberland F. El líquido obtenido fué usado de idéntica manera al estudiado anteriormente.

Los resultados van marcados en el cuadro II.

De todos los extractos preparados los más ricos fueron los obtenidos de caballo y buey.

Extractos obtenidos del hígado, bazo y riñón.—El procedimiento igual al descrito anteriormente, los resultados van expuestos en los cuadros III, IV, V.

Hemos de advertir que cuando el poco valor del animal lo permitía, los sangrábamos completamente,

CUADRO II

Acción del extracto de corazón.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	4 ^d
Meningococos A, B, C, O.	0	±	±	±	±	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	±	0	±	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococos.	0	0	±	0	±	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	±	±	+	+	+	++	++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

rancia de la colonización. La sangre de los diferentes animales mencionados nos sirvió para la preparación de este extracto globular; los más ricos en vitaminas fueron los obtenidos del caballo, anguila, gallina y palomo: estos tienen el mismo poder, así que tomamos solamente el de caballo como prueba, y como ya decimos en el cuadro I, se estudia su acción.

Estudio del extracto de corazón.—Para su obtención

con objeto de hacer las pruebas en órganos exentos en lo posible de sangre; los resultados nos demostraron que los extractos de caballo y buey fueron los más ricos en vitaminas, sin duda por la cantidad de sangre que pudiesen llevar. Sin embargo, tomemos como tipo los obtenidos del buey, porque se nos mostró más regular en el curso de las experiencias; á ellos se refieren los tres cuadros á que antes aludimos.

Los extractos obtenidos del tejido muscular fueron hechos por el mismo procedimiento: tomamos como tipo el extracto de músculo de buey: véase el cuadro número VI.

tratadas por cuatro volúmenes de alcohol-éter (1 por 3), se mantienen en contacto durante tres horas á la temperatura ordinaria, el líquido fué evaporado á sequedad en el vacío, el residuo fué mezclado á una canti-

CUADRO III

Acción del extracto de hígado.

Número de gotas añadidas á cada tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	4 ^d
Meningococos A, B, C, O.	±	+	++	+	+	+	++	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	±	±	+	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococos.	0	0	±	±	±	+	±	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	+	+	++	+	++	++	++	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Preparación de los extractos por medio del alcohol. Extracto de sangre ó globular. Precipitar la sangre desfibrinada por cuatro volúmenes de alcohol absoluto; dejar en contacto durante treinta minutos, separar el alcohol por centrifugación ó filtración; recoger el precipitado y añadirle el mismo volumen de solución salina al 9 por 1.000, calentar al baño maría durante veinte minutos á 80°, filtrar en papel filtro y por bujía Chamberland F; la solución acuosa así obtenida es casi incolora y rica en vitaminas.

Los resultados están expuestos en el cuadro número VII.

dad igual de su volumen primitivo de solución salina al 9 por 1.000.

Las experiencias hechas con estos extractos, muestran su falta de acción sobre los microbios ensayados; á ninguna dosis ni con ningún extracto se obtuvo colonización; solamente cuando estos extractos eran mezclados á partes iguales con los obtenidos, sea por la solución salina ó por el alcohol, se mostraban activos. Renunciamos á transcribir los cuadros de estos ensayos, pues ya decimos que sus efectos son nulos.

Las experiencias realizadas con los extractos y resumidas en los cuadros precedentes, demuestran que

CUADRO IV

Acción del extracto de bazo.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	4 ^d
Meningococos A, B, C, O.	0	0	±	0	±	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	0	±	±	+	+	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococos.	0	0	0	0	±	+	+	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	±	±	+	±	+	+	+	++	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

De igual manera fueron preparados los extractos de corazón, hígado, bazo, riñón y músculos: los cuadros VIII, IX, X, XI y XII muestran sus efectos.

Preparación de los extractos por medio del éter. Los mismos órganos y tejidos fueron usados para su obtención; el procedimiento de extracción para todos fué el siguiente: Las sustancias fueron trituradas y

en ellos existen algunas sustancias que favorecen el desarrollo de los microbios ensayados en los medios de cultivo; en efecto, por la adición de pequeñas cantidades de éstos, se transforma un substrato desfavorable en los que no es posible hacer colonizar estas bacterias; en uno favorable.

De la comparación de los cuadros se deduce que no todos los extractos tienen la misma riqueza en vitami-

nas: el extracto de sangre es el más rico en esta clase de sustancias, siguen después por orden de su actividad el de hígado, corazón, bazo, riñón y músculo.

Con objeto de estudiar si en la sangre las vitaminas

Las conclusiones siguientes tienden á demostrarlo: 1.º, la ínfima cantidad de extracto añadida, necesaria para obtener colonias abundantes, es una prueba en contra; 2.º, en el medio preparado con 15 gramos de

CUADRO V

Acción del extracto de riñón.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	4 ^d
Meningococos A, B, C, O.	0	0	0	0	0	±	±	±	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	0	0	±	+	±	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococos.	0	0	0	±	±	+	±	±	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	0	0	±	±	±	+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

se encontraban en la hemoglobina ó en el cuerpo celular, añadimos á tubos de caldo y agar, diferentes cantidades de hemoglobina cristalizada; las siembras hechas sobre este medio así preparado resultaron nulas. De aquí la impresión que las vitaminas se encuentran fijadas en el cuerpo globular, y que una destrucción del elemento figurado, sea por el alcohol absoluto, sea por el calor, las pone en libertad de un complejo organizado y las deja pasar en volumen en el agua.

Naturaleza de las sustancias de crecimiento en estos extractos. Una pregunta naturalmente se presenta. ¿A qué es debido el favorable efecto que sobre el des-

agar, 20 de peptona y un litro de agua, no se llegan á cultivar los microbios ensayados, aunque se añadan grandes dosis de extractos; 3.º, los microbios sembrados en extracto puro se cultivan escasamente empezando las colonias á desarrollarse á los tres días.

Negado el supuesto de que el extracto añada material alimenticio, en el sentido de que estas sustancias lleven al medio cultivo, proteínas, hidratos de carbono ó sales, la afección favorecedora que sobre el crecimiento bacteriano tienen estos extractos no puede ser explicada más que por la existencia en ellos de una ó varias sustancias estimulantes llamadas vitami-

CUADRO VI

Acción del extracto de músculos.

Número de gotas añadidas por tubo de cultivo.

Tiempo.	5/10 de gota.			7/10 de gota.			1 gota.			Tubos testigos sin extracto.					Tubos testigos: agar 15, peptona 20 y agua 1.000. 1 c. c. de extracto por tubo.					
	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	6 ^h	18 ^h	24 ^h	2 ^d	3 ^d	4 ^d
Meningococos A, B, C, O.	0	0	0	0	0	±	0	±	±	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pneumococos I, II, III, IV.	0	0	0	0	0	0	±	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Gonococos.	0	0	0	0	0	±	±	±	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B. Pfeiffer.	0	0	0	±	±	+	±	+	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

arrollo de los microbios en estos medios de cultivo ejercen los extractos? ¿Es atribuible á la adición de sustancias alimenticias accesorias, ó meramente á un enriquecimiento de su calidad nutritiva?

De nuestras observaciones deducimos, que el rápido crecimiento bacteriano que se observa en estos medios de cultivo, no puede ser debido á la cantidad de proteínas añadidas con el extracto,

nas ú hormonas de crecimiento, y que pueden ser extraídos de ciertos órganos y tejidos, sea por el alcohol ó por el calor.

Ciertos fenómenos en el terreno de la bacteriología tienden á explicarse por la acción que estos extractos ejercen sobre las bacterias.

(Se continuará.)

INSOLACION Y ACALORAMIENTO⁽¹⁾

POR EL

DR. D. LUIS FIGUERAS BALLESTER

Si la piel pudiera realmente, mediante la acción del pigmento, transformar y aprovechar una parte más ó menos importante de la energía térmica que recibiera del exterior, es evidente que ello habría de repercutir en las necesidades alimenticias del individuo y, lógicamente pensando, habría que creer que los individuos más favorecidos desde el punto de vista de la pigmentación de su piel habrían de ser los más sobrios en su alimentación y, al mismo tiempo, los más resistentes á la elevación de la temperatura ambiente.

Ahora bien; ¿sucede esto así en la realidad?

La respuesta es, indudablemente, afirmativa.

La resistencia al calor aumenta con la pigmentación, presentando su mínimo en los individuos menos pigmentados de la raza blanca, aumentando gradualmente en las razas amarilla y cobriza y presentando su máximo en los negros, y la sobriedad alimenticia sigue paralelamente las mismas gradaciones. Los pueblos más sobrios son los más pigmentados de tal modo que hallamos el minimum de sobriedad entre los pueblos blancos de nuestra raza; aumenta ésta algo entre los que, aun siendo blancos, tienen una pigmentación algo mayor; proverbial es la de los pueblos amarillos y es aún superada por la de los indios oceánicos y por la de los pueblos negros de África intertropical.

Fijémonos bien en esto y, puesto que comparemos la resistencia al calor entre los dos extremos de la escala, entre el blanco y el negro, comparemos también sus respectivas necesidades desde el punto de vista alimenticio.

El blanco sometido á un trabajo de mediana intensidad necesita para mantener su equilibrio orgánico una alimentación que sea capaz de proporcionarle un promedio de 3.055 calorías. Si este blanco sale de los países de clima templado y pasa á habitar las colonias tropicales, aunque parezca paradójico, sus necesidades aumentan y el número de calorías que ha de proporcionarse con la alimentación es algo mayor.

Sírvanos de ejemplo para fijar su ración alimenticia la antigua Ración de Armada para los individuos residentes en la Isla de Fernando Póo, ración cuyo detalle puede verse en el adjunto cuadro.

	Albumina..	Grasa.....	Hidrocarbónados..	Calorías.
250 gramos de carne.....	19,0	10,0		427
560 — de galleta.....	45,0	42,0	395,0	2.055
115 — de tocino.....	11,0	73,6		629
128 — de garbanzos y arroz.	6,5	0,3	77,0	345
86 — de habichuelas	13,6	1,4	51,6	280
15 — de aceite.....	0,2	11,8		111
43 — de azúcar.....			43,0	169
18 — de café.....				
30 — de aguardiente.....				
TOTAL.....	95,3	149,1	566,6	4.016

(1) Véase el número anterior.

Esta ración que, como vemos, proporciona al individuo más de 4.000 calorías, que iguala y casi supera á las más ricas raciones calculadas para hombres sometidos á trabajo muy intenso ó para soldados en campaña, no es excesiva para el blanco habitante en climas tropicales por cuanto sabemos que, si bien el descenso de la temperatura por debajo de los 16° aumenta las combustiones orgánicas, las elevaciones térmicas del ambiente no las disminuyen y no podemos dejar de reconocer, por otra parte, que el que habite en los trópicos sufre por causa de la mayor transpiración cutánea algunas mayores pérdidas que el habitante de regiones templadas, y éstas han de ser compensadas por la alimentación.

Pues bien, esta ración, excelente desde todos los puntos de vista que se la considere, era, sin embargo, rechazada por los negros, y tan es así que, teniendo derecho á ella los trabajadores de color contratados por la antigua Estación Naval de la mencionada Isla de Fernando Póo, preferían sustituirla por otra que siendo más apropiada á sus gustos, satisfacía por completo y con exceso sus necesidades, á pesar de ser enormemente inferior en valor alimenticio, tal como lo demuestra su estudio detallado, expuesto á continuación:

	Albumina..	Grasa.....	Hidrocarbónados..	Calorías.
575 gramos de arroz.....	37,3	1,7	442,2	2.035
257 — de galleta.....	21,3	10,3	181,4	927
57 — de tocino.....	4,8	32,0		217
252 — de aguardiente.....				
TOTAL.....	63,4	44,0	623,6	3.179

Las tres mil y pico calorías que esta ración proporciona constituyen aun para el negro un verdadero exceso alimenticio. De ello he podido convencerme plenamente durante mi prolongada estancia en nuestras colonias de Guinea, donde he visto al negro *trabajando intensamente* y manteniéndose en *perfecto equilibrio orgánico*, con una ración formada por:

	Albumina..	Grasa.....	Hidrocarbónados..	Calorías.
400 gramos de arroz.....	26,0	1,2	307,6	1.416
150 — de pescado.....	39,0	0,3		162
30 — de manteca.....		28,5		265
TOTAL.....	65,0	30,0	307,6	1.843

y cuyas mil y tantas calorías podían ser aumentadas hasta dos mil por el aditamento de algunos plátanos, algunas sardinas ó un poco de conserva de carne.

He aquí, pues, que, en igualdad de condiciones climatológicas, el blanco sin trabajar, ó trabajando poco, necesita una alimentación que le proporcione doble número de calorías que las que necesita el negro para desarrollar el máximo de la actividad física de que es capaz.

Si comparamos ahora las necesidades de este mismo negro con las del blanco que trabaja también intensamente, pero viviendo en su clima de origen, veremos que este último precisa de una alimentación que le proporcione aproximadamente las mismas cuatro mil calorías que le hemos visto consumir sin trabajar en los climas tropicales, y tendremos, por lo tanto, que el negro desarrolla el mismo trabajo que el blanco, consumiendo tan sólo un 50 por 100 de su alimentación.

Si un blanco quisiera mantener su equilibrio orgánico con una alimentación dinámicamente igual a la del negro, habría de someterse al más absoluto reposo en cama; ahora bien, siendo como es la actividad muscular el factor que más influye en el aumento de los gastos orgánicos que exigen reparación alimenticia, es preciso convenir que esos miles de calorías que el negro consume con su trabajo y que no entran en su ración, han de ser obtenidas de otras fuentes de energía, y, claro está que, al convenir en ello, convenimos también en que los hechos concuerdan con la proposición antes enunciada de que estos individuos más pigmentados y más resistentes al calor, son también los que exigen un mínimo de ración alimenticia.

Aceptadas estas dos premisas y visto que la economía en la ración del negro con relación a la del blanco es independiente de las condiciones del clima en que éste se halle é independiente también de la temperatura ambiente por cuanto la elevación del aire por encima de los 16° centígrados no influye en la cuantía de las combustiones orgánicas; demostrado que la piel del negro absorbe, en igualdad de circunstancias, más calor que la del blanco eliminando una y otra cantidades sensiblemente iguales y admitida la necesidad de que el negro transforme, para que no le dañe, ese exceso de calor absorbido, ¿dejaremos de admitir que sea este calor transformado el que subviene a las necesidades del individuo que no alcance a cubrir la ración alimenticia, y osaremos negar la posibilidad de que sea el pigmento melánico el que, análogamente a como lo está la clorofila en los vegetales, esté en este caso encargado de hacer la transformación?

Y claro está que, si todo esto es cierto y como tal lo aceptamos, preciso será aceptar también el que la inmunidad del negro a los accidentes de la hipertermia depende de esta posibilidad en qué se halla para transformar, *aprovechándolo en beneficio propio*, todo el exceso de calor que recibe, exceso de calor que, en el blanco, no pudiendo ser utilizado en otra cosa, se consume en elevar la temperatura del medio interno, lo cual, a su vez, y como hemos visto, constituye el origen único de la insolación ó, en su caso, del acaloramiento.

Bibliografía.

ANÁLISIS CLÍNICO DE LOS ESPUTOS, por el Dr. Dargallo (205 páginas, 53 grabados. Monografías "Calpe", Madrid, 1920.)

La primera edición del *Análisis clínico de los esputos*, del Dr. Dargallo, fué agotada con bastante rapidez, lo cual indica que el libro satisfacía a todos aquellos que se interesaban por el asunto que le servía de título.

La casa «Calpe» ha editado con todo esmero la segunda edición de esta monografía, edición que, además de poseer todas las excelencias de la primera, cuenta con acertadas revisiones que se traducen en importantes notas prácticas y en aclaraciones de los conceptos ó ideas nuevas aparecidos en la bibliografía de estos últimos años.

Considerado desde el punto de vista de la utilidad práctica, el libro del Dr. Dargallo reúne todas las condiciones necesarias para guiar con seguridad y resolver satisfactoriamente las dudas que encuentre el médico que trata de obtener por el análisis de un esputo, todos los datos de importancia clínica indiscutible y que razonablemente pueden esperarse de un esputo cuidadosamente analizado. Y en el análisis cuidadoso de cualquier esputo, deben estudiarse con detenimiento los caracteres macroscópicos, los elementos citológicos é histoquímicos existentes, los caracteres bacteriológicos y las reacciones químicas, cuya importancia es tal vez mayor de la que se las concede ordinariamente.

A todos estos puntos consagra Dargallo los capítulos correspondientes, apuntando y aconsejando aquellos métodos y procedimientos que su larga experiencia le ha demostrado ser los de mayor aplicación y de positivo valor; con un criterio personal siempre apoyado en el estudio detenido de la bibliografía, pero siempre también aseverado por la propia experiencia, juzga todas las cuestiones con tal claridad y sencillez, que aleja por completo las dudas del lector. Contiene además el libro partes verdaderamente originales. Es, pues, el *Análisis clínico de los esputos* un libro que, como vulgarmente se dice, no tiene desperdicio; por el contrario, todo en él son enseñanzas, facilidades, orientaciones; resuelve muchas dudas, y todo su contenido está sembrado de aplicaciones clínicas de un gran valor práctico.

Las figuras, en negro y en colores, son muy demostrativas. Por último, en esta edición ha añadido el autor la bibliografía más importante del asunto, cuya falta se había dejado sentir en la edición anterior.

EMILIO LUENGO ARROYO

LA MEDICINA Y LA GUERRA

Nota sobre el tétanos localizado en los miembros.

POR

E. CHAUVIN

Las observaciones de tétanos localizado en los miembros se han multiplicado durante los tres últimos años; siguen siendo, sin embargo, excepciones raras. Muchos rasgos están aún mal definidos en su fisionomía clínica, muchos puntos de su patogenia son aún oscuros.

Creemos útil referir cinco observaciones que hemos podido reunir, cuya diversidad clínica nos ayudará a discutir algunas cuestiones patogénicas.

OBSERVACIÓN I.—El soldado Eliseo A., de treinta y siete años, herido el 30 de Junio de 1915 por un casco de granada en el lado izquierdo de la espalda, fué llevado inmediatamente al puesto de socorro, y en la noche del mismo día evacuado al Hospital de Saint-Dié. Nueva cura é inyección de suero antitetánico.

7 de Julio.—Se extrae el casco de granada, y se siguen haciendo las curas en días alternos.

16 de Julio.—Accidentes séricos: erupción, edema de los pies y de las manos, persistiendo estos fenómenos

cuarenta y ocho horas. El 18 de Julio, cuando los demás trastornos van desapareciendo, se presentan contracturas en el brazo izquierdo.

19 de Julio.—El brazo está contracturado en abducción; el codo separado del cuerpo, el antebrazo doblado, y la mano aplicada sobre el pecho. En los momentos de crisis convulsivas, estrictamente localizadas, el codo es proyectado bruscamente hacia afuera y arriba, viniendo la mano a golpear la frente.

Las crisis son muy dolorosas. Este estado persistió casi sin modificación hasta el 23, día en que el paciente fué evacuado.

24 de Julio.—A su llegada a Montpellier y a la sala del Dr. Forgue, el enfermo presenta hacia el ángulo del omoplato izquierdo una pequeña herida, casi cicatrizada, con un pequeño mamelón carnososo del tamaño de un guisante.

Toda la región escapular está globulosa y abultada, pero el aspecto de los tegumentos es normal; ningún síntoma de inflamación, ni rubicundez, ni edema, ni fluctuación. Por el contrario, se perciben por la palpación todos los músculos de las regiones supra e infraespinosa, duros y contraídos. El brazo está fijo en abducción, el codo ligeramente separado del cuerpo, el antebrazo doblado en ángulo agudo, la mano aproximada al pecho. Los dedos se hallan en extensión, siendo normal su movilidad, dificultada por la estrecha aplicación de la palma de la mano contra el pecho. A la palpación los músculos del antebrazo están flexibles y normales; el bíceps, duro y globuloso.

Durante algunos momentos, a intervalos irregulares, variables de algunos minutos a varias horas, una crisis de convulsiones clónicas localizadas levanta el codo en una serie de sacudidas; el antebrazo se dobla en ángulo más agudo, la mano va a tocar el pecho por encima del pezón mamario derecho; durante las crisis convulsivas, los músculos contraídos aparecen salientes, marcándose claramente los músculos supra e infraespinosos, el deltoides, el bíceps y el supinador largo. Las crisis son muy dolorosas.

No existe ningún trastorno de la motilidad en las demás regiones orgánicas, ni perturbaciones objetivas de la sensibilidad, ni modificación de los reflejos, salvo en el miembro contracturado, donde la percusión provoca una crisis dolorosa.

El tratamiento está limitado a la administración de morfina.

26 de Julio.—El mismo estado. Las convulsiones son muy frecuentes por la tarde.

28 de Julio.—Ligera mejoría; crisis más distanciadadas. Nada de trismo, ni de rigidez de la nuca, ni de dificultad respiratoria. No hay edema ni fluctuación en la región escapular, que sigue abultada y saliente bajo los tegumentos normales. Apoyando el dedo en el hueso se tiene la impresión de que éste descansa sobre un cuerpo elástico, no sobre pus (¿subescapular contraído?)

29 de Julio.—Ante la presencia de las contracciones, y en vista de la falta de todo otro síntoma, se establece el diagnóstico de tétanos localizado. La radiografía no

descubre ningún cuerpo extraño en la proximidad del plexo. Inyección de suero antitetánico, 10 c. c.

30 de Julio.—Ligera mejoría. Se vuelve a inyectar suero.

31 de Julio.—Las crisis reaparecen violentas. El paciente presenta un eritema generalizado, rojo uniforme, con placas papulosas. Se suspende el suero, se prescribe cloruro de calcio, y se administra un enema de cloral.

1.º de Agosto.—Estado estacionario. El eritema ha desaparecido; no hay dolores articulares ni nada anormal en la orina. Se prescriben tres baños calientes diarios, dos inyecciones de morfina, cloral en lavativas; se continúa con este tratamiento hasta el día 7.

7 de Agosto.—Este día se nota franca mejoría: casi no hay ya crisis agudas y el paciente comienza a dormir por las noches; las contracturas, sin embargo, persisten, inmovilizando en absoluto el miembro.

11 de Agosto.—Las convulsiones clónicas han desaparecido por completo; las contracturas son menos intensas, permitiendo ligeros movimientos del codo.

Los movimientos activos posibles se amplifican progresivamente hasta restablecerse la movilidad normal, y el 27 de Agosto se puede considerar ya al paciente como curado.

Se trató, pues, de tétanos estrictamente localizado a la extremidad torácica derecha.

OBSERVACIÓN II.—No hemos observado más que el segundo período, el período de regresión de este caso.

Se trataba de un artillero de veintisiete años, Enrique L., que el 16 de Abril de 1915 fué herido por diversos cascos de granada.

Según su hoja de hospital, fechada en 20 de Abril, padecía:

1. Foco de fractura de la fosa temporal derecha. Trepanación, descubrimiento de la duramadre en una extensión de cuatro centímetros. Larga fisura irradiada hacia la base.

2. Fractura de la pared orbitaria externa. El globo ocular ha sido estallado y vaciado. Enucleación y extracción de esquirlas, una de ellas intraorbitaria.

3. Fractura de la pared anterior del seno maxilar. Desbridamiento, extracción de esquirlas.

4. Herida no penetrante de la región frontal derecha.

5. Herida penetrante de la parte derecha de la espalda; secreción fétida, desbridamiento, lavado con agua oxigenada y éter.

Dos inyecciones de suero antitetánico de 10 c. c. cada una, todo según la hoja de hospital, habiendo sido practicadas los días 16 y 28 de Abril.

2 de Mayo.—El herido llega al hospital de Rollan, en Epernay. Presenta aún dos grandes heridas supurantes, la una en la región temporo-orbitaria derecha; la otra, de la extensión de la palma de una mano grande, en la fosa supraespinosa del mismo lado. La radiografía pone de manifiesto multitud de pequeños proyectiles en el borde anterior de la cavidad glenoidea.

3 de Mayo.—Examinando al herido se advierte una contractura intensa de toda la extremidad torácica derecha. Los dedos que se hallan en flexión, son aún ca-

paces de ejecutar muy limitados movimientos. La muñeca está doblada sobre el antebrazo, éste forma ángulo agudo con el brazo; el codo se apoya en el cuerpo; la mano, que está cerrada, se halla en contacto con el mango esternal. Trismo muy ligero; rigidez de la nuca poco marcada. Estos dos síntomas se acentúan durante el día, y confirman el diagnóstico.

Por la noche se produce una crisis convulsiva generalizada, y durante diez minutos agitan el tronco y las cuatro extremidades sacudidas convulsivas muy dolorosas. No queda ninguna contractura permanente en las tres extremidades no interesadas primitivamente.

Se administran 40 c. c. de suero antitetánico y 8 gramos de cloral en lavativa.

4 de Mayo.—La misma medicación.

5 de Mayo.—Se reduce á 5 c. c. la dosis de suero, que se continúa administrando hasta el 25 de Mayo. Enema cotidiano de cloral hasta el día 15. No hubo más que una levísima crisis convulsiva que no se reprodujo. Las extremidades están movibles y flexibles, excepto la extremidad torácica derecha, fijada en la posición descrita y sacudida frecuentemente por espasmos dolorosos. El trismo es ya menos marcado, y la cabeza está libre y movable.

8 de Mayo.—Se acentúa el trismo.

12 de Mayo.—Aumentan las sacudidas dolorosas en la extremidad afecta, que sigue contracturada en la posición descrita.

1.º de Junio.—Se puede hacer ejecutar al miembro afecto algunos movimientos, aunque muy restringidos; la extensión del antebrazo sobre el brazo no pasa del ángulo recto. El bíceps está aún duro y contracturado. Los músculos de la espalda están libres, se puede separar el codo del tronco.

15 de Junio.—Los movimientos activos han reaparecido, aunque muy limitados; la extensión pasiva se amplifica.

20 de Junio.—Bíceps más contracturado; la retracción de su tendón, que se tiende como una cuerda en las tentativas de extensión pasiva, limita ésta á unos 135°. Entre este límite y la flexión completa, los movimientos espontáneos son fáciles é indolores.

No requiriendo más tratamiento que la mecanoterapia, el paciente es evacuado al hospital de Nôtre-Dame.

Durante todo el período de regresión, que es cuando le hemos observado, el enfermo ha estado apirético. No tenemos datos acerca de sus temperaturas anteriores.

En resumen, tétanos primitivamente generalizado de localización secundaria.

OBSERVACIÓN III.—Bartolomé M., del 45 de infantería, herido por casco de granada en el lado derecho de la espalda el 17 de Agosto de 1916. Él mismo se fué á un puesto de socorro, donde le fueron inyectados 10 centímetros cúbicos de suero antitetánico.

21 de Agosto.—Al llegar al hospital O. T., núm. 1, en Meaux, el paciente presentaba en la parte baja del sillón deltopectoral, una herida del tamaño de una moneda de dos francos. Bajo las curas al dakin, la cicatrización evoluciona sin accidentes, marchando normalmente todo hasta el 10 de Septiembre.

El 10 de Septiembre, ó sea veintitrés días después de recibir la herida, dolor ligero en toda la parte derecha de la espalda, sin localización precisa. No se apreciaba ninguna contractura durante este día, pero al siguiente, por la tarde, se contraen los músculos del brazo y algunas sacudidas los agitan.

12 de Septiembre.—Cuando se nos llama para ver al herido, presenta una contractura dolorosa y bien marcada de los músculos de la extremidad superior derecha. Los dedos están en extensión, y la muñeca, ligeramente rígida, no se puede poner en flexión; el antebrazo y la mano están aplicados á la pared torácica. El antebrazo, cuyas masas musculares están aún bastante flexibles, está doblado en ángulo agudo sobre el brazo, y el herido con su mano sana se tiene que oponer constantemente á la exageración de esta flexión. El bíceps está contraído, duro, globuloso y saliente en una masa palpable y visible. El tríceps está igualmente duro. El brazo y el codo están apoyados en el tórax.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El diagnóstico de la actividad de la tuberculosis pulmonar, por el Dr. E. Fraenkel.—Demostrada la curabilidad de la tuberculosis pulmonar, se hizo preciso el diagnóstico precoz que era condición indispensable para el éxito terapéutico, pero como quiera que el 96 por 100 de los cadáveres presentan lesiones tuberculosas y muchos de ellos eran de individuos que jamás habían presentado trastornos ni requerido tratamiento por este motivo, lo que se imponía era diagnosticar que las lesiones tuberculosas, siendo pequeñas, se encontraban en período de actividad. Es difícil explicarse el proceso de la actividad. No depende de que los bacilos sean virulentos, porque del centro de focos enquistados é inactivos se han extraído bacilos que lo eran; tampoco depende de que haya acción mutua de los bacilos sobre el organismo, y al revés, porque esta relación existe también en casos de inactividad. Sólo se puede decir que existe actividad cuando hay destrucción del tejido orgánico y se producen acciones tóxicas, teniendo en cuenta que muchas veces sólo se puede diagnosticar la actividad por la demostración de la existencia de los productos del metabolismo patológico y su influencia humoral sobre el organismo entero. La palabra «toxicidad», tampoco tiene una significación bien definida, pero para las necesidades de la práctica se puede emplear. Resumiendo: una tuberculosis pulmonar es activa: 1.º, cuando por los medios físicos podemos demostrar la existencia de tubérculos recientes y de una fusión caseosa progresiva, y 2.º, cuando en el organismo en general se desarrollan acciones tóxicas. En cuanto á la actividad ó no actividad, hay que tener en cuenta dos cosas: 1.ª, la interpretación de un gran número de casos que son sospechosos por cualquier motivo: taras familiares, trastornos generales, ciertas alteraciones en la auscultación y percusión, y 2.ª, la determinación de si una lesión pulmonar tuberculosa demostrada, más ó menos extensa, es activa todavía. El autor se ocupa primero de la última. La lesión tuberculosa se cura por la producción de tejido conjuntivo que se retrae y que puede envolver focos que han sufrido la fusión

caseosa sin que estos focos mismos se encuentren calcificados. El tejido conjuntivo retraído puede cerrar cavidades, pero por otra parte, puede ejercer tracción sobre otras cavidades naturales ó patológicas que se encuentren en la vecindad, ocasionando bronquiectasias ó impidiendo que se cierren cavernas.

Auscultando sobre la región en que se encuentra la lesión cicatricial, se puede oír apagamiento del murmullo, estertores húmedos, matidez más ó menos pronunciada, y sin embargo, no se trata de un proceso activo, sino de una cirrosis. Pero como hay formas de tuberculosis fibrocásica, que por predominar el tejido conjuntivo semejan una cirrosis, no conviene aplicar este nombre mientras haya anatómicamente tubérculos recientes ó infiltraciones neumónicas, y clínicamente, bacilos y acciones tóxicas producidas por ellos; entre éstas está la fiebre que ocasionalmente se puede producir. No hay límite preciso que nos permita decir cuándo el proceso de cicatrización se encuentra tan avanzado que se pueda asegurar la existencia de una cirrosis, ya que en las paredes de las cavidades, que se mantienen abiertas porque el tejido conjuntivo las impide cerrarse, pueden existir bacilos de Koch virulentos.

De los síntomas que más facilitan el diagnóstico de la cirrosis, es el examen radiográfico; en lugar de los nódulos redondos y bien precisos que se encuentran en los casos de focos recientes, se ve en la radiografía de las cirrosis una serie de sombras dispuestas en bandas y como en red. Además los órganos del mediastino se encuentran desplazados hacia el lado en que existe la cirrosis y los espacios intercostales, y las fosas supraclaviculares están deprimidas en el mismo lado. Los síntomas clásicos de que un proceso de tuberculosis pulmonar se encuentra en actividad, son las hemorragias, la fiebre y la demostración de la existencia de bacilos. Cuando estos síntomas no son lo bastante claros para permitir un juicio terminante, hay que echar mano de todos los recursos del diagnóstico: auscultación, percusión, radiografía, medida exacta de la temperatura, reacción de Pirquet ó investigación de la sangre.

Por lo que se refiere á las hemorragias, en este caso hemoptisis, cuando haya dudas de que se trate de hemorragias de las vías respiratorias altas, principalmente fosas nasales ó de la boca ó faringe, es natural que se tendrá que hacer un examen detenido de estos órganos. En caso de no hallar en ellos lugar alguno del que pudiera proceder una hemorragia, se procederá á examinar al microscopio la parte sanguínea del esputo recién expulsado. Cuando se encuentren células alveolares que se caracterizan porque son grandes y contienen pigmento y gotitas de grasa, se puede deducir que se trata de una hemoptisis. Por lo que se refiere á la percusión, es muy poco lo que de ella podemos sacar en limpio para el fin que nos proponemos, porque según su tamaño y su situación, puede ocurrir que focos esclerosados colocados en superficie den más síntomas que focos pequeños en plena evolución, situados en el centro de los pulmones. Los estertores húmedos tienen ya más importancia, porque siempre indican fusiones caseosas ó catarrros, pero cuando sean pocos los que se oigan, no hay que aventurarse á admitir, desde luego, que el proceso tuberculoso se encuentre en evolución, porque también se perciben á veces estos estertores más ó menos crepitantes sobre focos fibrosos, de aquí el nombre de catarro cicatricial que se ha dado al proceso que los produce. No hay que olvidar hacer que el enfermo tosa durante la auscultación, porque es la manera de que no pasen inadvertidos una porción de fenómenos, cuya no observación constituiría un defecto grave. La radiografía presta servicios excelentes porque nos descubre focos

que á veces pasan por completo inadvertidos á otros medios de exploración ó cuya extensión es mucho mayor que la que por éstos se había supuesto. Para los que no estén acostumbrados, es mucho más significativa la radiografía bien hecha que la radioscopia.

La medida de la temperatura ha de hacerse cuatro veces al día, á las ocho, á las doce, á las seis y á las nueve; se tomará en el recto, dejando el termómetro cinco minutos. Toda temperatura superior á 37°,5 en el hombre, se debe considerar como sospechosa; en cambio en la mujer son múltiples las causas y algunas de ellas desconocidas, que pueden hacer subir la temperatura, sobre todo en la época próxima á la menstruación. Mejores resultados se obtienen con el procedimiento siguiente: Se hace al enfermo que dé un paseo de una hora por un sitio llano y á pasos reposados, pero sin pararse. En el instante en que ha terminado el paseo, se toma la temperatura en el recto, y si es superior á la normal, se hace sentar al enfermo y se le vuelve á tomar otras dos veces, con quince minutos de intervalo de la primera á la segunda y de la segunda á la tercera. Si á la media hora sigue existiendo la hipertermia, se puede sospechar que hay un proceso en actividad. Este fenómeno le pueden presentar sin tener focos tuberculosos en actividad, los basedóvicos y los convalecientes que han perdido la costumbre de andar. Por lo que se refiere á la reacción á la tuberculina, hay que notar que según todas las probabilidades, las reacciones de foco se presentan también, aunque los focos no se encuentren en actividad; por otra parte, cuando faltan, no se puede asegurar que no existan focos tuberculosos, porque cabe muy bien la posibilidad de que existan y sean inaccesibles á nuestra exploración.

La reacción intracutánea que da bastante buen resultado en los niños pequeños para apreciar si su organismo tuvo alguna vez contacto con los gérmenes tuberculosos, es de valor nulo en los adultos. Además el Pirquet puede ser negativo ó débilmente positivo: 1.º, cuando faltan anticuerpos porque no se absorben antígenos, es decir, cuando los procesos no son activos; 2.º, cuando absorbiéndose antígenos, el organismo está tan debilitado que no produce anticuerpos, y 3.º, cuando es pequeña la capacidad de reacción de la piel. Cuando el resultado del Pirquet es negativo, conviene repetirlo al cabo de algunos días, porque es frecuente que en estas condiciones el resultado se convierta en positivo. La investigación de la sangre se puede tomar á favor de que los focos están en actividad, cuando haya linfocitosis, consistente en más de 25 linfocitos por 100 ó más de 2.000 por milímetro cúbico. Esta linfocitosis suele disminuir cuando el proceso está avanzado, de modo que su presencia se debe interpretar como síntoma de buen pronóstico. La fórmula de Arneft se encuentra desviada hacia la izquierda en virtud del aumento de la proporción de linfocitos, pero esto no es de gran significación porque ocurre en otros muchos procesos. De todos modos, un número de lobulaciones inferior á 200, se debe interpretar como contrario á la actividad. Y por último, queda por señalar la reacción intracutánea de Wildbolz, con la orina propia. Procede Wildbolz, así: 150 centímetros cúbicos de orina emitida por la mañana en ayunas se concentran en el vacío á la temperatura de 65° á 70° C., hasta reducirlos á 15 c. c. Se filtra varias veces hasta que esté completamente clara y se inyectan de este producto una ó dos gotas por vía intracutánea, en el brazo. En el mismo brazo se hacen para comparar otros dos habones del mismo tamaño, inyectando soluciones de tuberculina al 1 por 1.000 y al 1 por 10.000.

Si la orina es de un enfermo con un foco en actividad se forma una infiltración semejante á la que ocasiona la tu-

berculina al 1 por 10.000. Para dar valor á esta reacción, es necesario que el sujeto reaccione á la tuberculina, porque si no tampoco reacciona á la orina. La idea que guía á Wildbolz, es que después de pasada una tuberculosis y cuando ya no es activa, quedan todavía en el organismo anticuerpos (que son los que se ponen de manifiesto con la tuberculina), pero no deben quedar antígenos y su reacción va encaminada á demostrar la existencia ó la falta de antígenos en la orina. En casos de tuberculosis renal con alteración muy grave de la diuresis, la reacción es negativa, tal vez porque el riñón en estas condiciones no sea permeable á los antígenos. Faltan datos de comprobación acerca de la reacción de Wildbolz. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 3 de Marzo de 1921).

2. Las astenias por trastornos poliglandulares de origen sífilítico, por Merklen, A. Devaux y A. Desmoulière.—En un gran número de sujetos, particularmente mujeres y niños, indemnes de accidentes sífilíticos anteriores, se observan astenias, con ó sin signos poliglandulares. Sin embargo, el examen de los antecedentes familiares, si se practica con alguna minuciosidad, revela la existencia de sífilis conocidas y mucho más frecuentemente de sífilis ignorada ó olvidada. El estudio de la sangre de estos asténicos muestra un Bordet-Wassermann, ó una reacción de Desmoulière positivos, especialmente con esta última, que es más sensible que aquella y por tanto descubre mejor los casos de poca virulencia, como suelen serlo los de esta astenia. El tratamiento específico mejora los enfermos y los cura cuando se prolonga durante bastante tiempo y con suficiente intensidad. Con estos argumentos se ha establecido el origen sífilítico de muchos estados morbosos y por tanto no hay ninguna razón para no pensar de igual modo frente á estas astenias y para privar á los asténicos del beneficio de la medicación específica. Se puede ir más lejos añadiendo á esta doble noción patogénica y terapéutica, una noción anatómica, ó sea considerando las astenias como una manifestación de sífilis poliglandular adquirida ó hereditaria. (*Presse Medicale*, núm. 14, 16 de Febrero de 1921).—LUENGO.

3. La encefalitis epidémica, por el Dr. K. Bonhoeffer.—Los síntomas de esta enfermedad están ya tan estudiados, que en los casos típicos se puede hacer el diagnóstico sin el menor obstáculo. Se inicia por cefalalgias, no tan intensas como las meningíticas que los enfermos suelen localizar en la parte posterior de la cabeza y que dicen se irradian hacia la nuca y hombros. La fiebre alrededor de 38°; pocas veces hay síntomas gripales por parte de las mucosas, tales como coriza, bronquitis, catarro intestinal. En la mayoría de los casos se notan desde un principio trastornos de la vista, obnubilación, diplopia, pesadez de los párpados; hiperestesias por parte del acústico; zumbidos de oídos; parestesias por parte del trigémino y de otros territorios nerviosos. Otro dato característico es la aparición de temores súbitos y de delirios sin que aumente mucho la temperatura. Además comienzan á percibir los allegados del enfermo que éste se duerme según está haciendo cualquier cosa y en cualquier posición. La fase prodrómica puede durar varias semanas.

En la fase de completo desarrollo de la enfermedad se encuentran con gran constancia síntomas oculares y ante todo paresia de la acomodación, luego ptosis, y por fin, paresia de las ramas restantes del motor ocular común. En el facial, el autor no ha observado alteración en ningún caso, pero otros autores sí. Se encuentra también á veces parésica la lengua estorbando para el acto de la deglución. Igualmente existen casos de paresia de la rama motora del trigémino.

Algunos de los enfermos duermen sin cesar, pero se los

puede despertar con facilidad, al paso que otros padecen insomnio y en el curso de la enfermedad alternan ambos síntomas. La hipertermia desaparece al cabo de algunos días y sólo persiste ó se hace superior á 39° en casos de complicaciones. La punción lumbar demostró en algún que otro caso hipertensión del líquido, aumento de globulinas y gran aumento de la cantidad de linfocitos. El estado subjetivo del enfermo varía mucho: algunos no se dan cuenta de lo ocurrido, pero lo corriente es que sí, y que estén muy debatidos en vista de su impotencia para todo acto voluntario.

Esta es la forma más frecuente en que se nos suele presentar la enfermedad. La sigue en frecuencia la forma coreica-atetóxica. Los pródromos y los síntomas oculares son los mismos, pero al lado de ellos existe temblor coreico. Además existen los movimientos groseros intencionales que nos ponen de manifiesto la existencia de una lesión talámica ó subtalámica.

El diagnóstico diferencial es difícil, sobre todo cuando el cuadro sintomático no es tan completo como se acaba de decir ó cuando es atípico. Es especialmente difícil el diagnóstico diferencial con la lues del sistema nervioso central, tanto más, cuanto que á veces hay reacción de Wassermann positiva. La historia anterior del enfermo, los síntomas subjetivos y la elevación de temperatura, podrán aclarar el diagnóstico. La rigidez de las pupilas á la luz que antes se consideraba como síntoma casi patognomónico de la sífilis del sistema nervioso central, ha perdido gran parte de su importancia en este sentido, merced á los estudios sobre encefalitis letárgica. También contribuye á aclarar el diagnóstico diferencial el análisis del líquido céfalo-raquídeo. El estupor catatónico cuando es atípico también puede ofrecer dudas de diagnóstico, pero también contribuye á aclarar el diagnóstico el examen del líquido céfalo-raquídeo. La corea menor en sus formas graves se puede parecer á la encefalitis, pero la anamnesis indicará que en los casos de corea no han existido síntomas por parte del sistema nervioso craneal.

Se han descrito otros tipos de la enfermedad, por ejemplo, un tipo cerebeloso con escalofríos, cefalalgias, delirios, ataxia con nistagmus, que fué desapareciendo poco á poco. La punción lumbar demostró también la linfocitosis y el aumento de globulinas en el líquido. Otra forma se ha denominado mioclónica en virtud de la aparición de clonus en diversos territorios musculares. Los médicos de Viena consideran como uno de los síntomas frecuentes el hipo. En dos casos ha visto el autor atrofas de la lengua de origen nuclear, pero no se pudo excluir de modo terminante la existencia de poliometitis aguda en la medula oblongada, tanto más cuanto que los ingleses han llegado á afirmar la identidad de la poliometitis con la encefalitis epidémica, lo cual no debe ser exacto habida cuenta de la frecuencia con que los síntomas nucleares de la encefalitis disminuyen y llegan á desaparecer.

Quedan aún otros dos grupos de encefalíticos: uno el de aquellos que presentan síntomas abdominales que llevaron en un caso á una operación infructuosa de apendicitis, y otros que son fulminantes y que ó bien presentan síntomas de agitación y suelen morir diagnosticados exclusivamente de delirio agudo, ó bien son síntomas depresivos los que ofrecen y en este caso muchas veces se confunde el coma que presentan con el de una intoxicación.

El curso de la enfermedad es variable y los casos últimamente citados en los que la muerte aparece en el curso de pocos días son desde luego raros. La mayoría de los enfermos fueron dados de alta por curación á las cuatro á ocho semanas, pero no faltaron casos en los que la fase letárgica

se prolongó durante meses. Algunas veces, después de una mejoría transitoria, recrudecen los síntomas; otras, tras de un período determinado de rigidez y trastornos oculares que constituyen el cuadro normal aparecían síntomas coreicos mono ó bilaterales, ó bien delirio, y de esta manera se demostraba que la enfermedad seguía evolucionando. Así permanece á veces el enfermo durante meses, pero importa tener en cuenta que los síntomas parésicos de los nervios craneales muestran tendencia á desaparecer. Especialmente los trastornos de los músculos extrínsecos de ojo, son los que desaparecen con más rapidez. En cambio, el trastorno de la acomodación, los trastornos pupilares y algunas veces también la ptosis ligera son de los trastornos que más duran. Otras de las reliquias que suelen quedar son trastornos subjetivos, principalmente sensoriales, que en un caso semejaban al cocainismo. La falta de expresión de la cara que puede persistir bastante tiempo, hace pensar que debía haber trastornos intelectuales, pero precisamente importa hacer constar que estos trastornos son muy raros una vez que la enfermedad ha pasado.

En cuanto al pronóstico, el autor no se muestra tan pesimista como los médicos de Viena según los cuales fallece el 33 por 100 de los enfermos. En los casos que no se complican con neumonías ó con otras afecciones el pronóstico es bastante bueno por lo que á la vida se refiere. Si es fatal el pronóstico de los casos fulminantes de que hemos hecho mérito y en los que la muerte aparece en seguida con los síntomas de un delirio agudo ó de gran atontamiento. En general se puede decir que una vez pasadas las primeras semanas de la enfermedad el pronóstico es bueno en cuanto á la vida, á no ser que entre los residuos del proceso haya alguno cuya localización dé lugar á accidentes. El autor cita un caso en el que una parálisis de la lengua engendró trastornos de deglución y á las cuatro semanas de pasada la enfermedad sobrevino la muerte por bronconeumonía.

La etiología de la enfermedad todavía está por aclarar; el germen que la produce se desconoce. Economo ha indicado como germen de esta enfermedad un estreptococo pleomorfo de Wiesner, y en parte de los casos estudiados por el autor se ha encontrado este germen en los cortes en cultivo puro. Pero hay que tener en cuenta que este mismo germen se ha encontrado en otras muy numerosas infecciones, de modo que no se puede decir que con él se haya descubierto el verdadero agente etiológico. Se han hecho inoculaciones con el líquido extraído por punción lumbar así como con la masa encefálica de los cadáveres autopsiados y el resultado ha sido negativo. Cada vez va adquiriendo mayor preponderancia la opinión de que la encefalitis es una localización cerebral de la gripe y abogan á favor de ella las circunstancias de que temporalmente hayan coincidido, por lo menos en Berlín, las epidemias de gripe y de encefalitis. También se ha hablado mucho de la coincidencia en los mismos enfermos de los síntomas de encefalitis, por una parte, y de síntomas de gripe en las mucosas del aparato respiratorio, por otra. El autor no ha podido confirmar esta coincidencia, pero es natural que mientras la cuestión de la etiología esté sin aclarar no se puede emitir un juicio definitivo acerca de esta cuestión.

En cuanto á la terapéutica, ni los preparados de plata, ni los de arsénico, ni los de ácido salicílico han influido de modo notable sobre los enfermos. Con la mayoría de los tratamientos hemos visto que unos casos presentaban el curso intermitente, otros evolucionaban rápidamente hacia la curación y en cambio otros seguían un curso sumamente lento. En una ocasión, después de la punción lumbar apareció una mejoría franca. Recientemente hemos comenzado

á ensayar las inyecciones de bucina y al parecer con buen resultado, pero son todavía demasiado pocos los casos tratados para poder decidir el resultado definitivo de este cuerpo (bucina-isoetilhidrocupreina. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 3 de Marzo de 1921).

BIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Algunas consideraciones sobre la génesis y el tratamiento racional del cáncer, por el Dr. Ed. Baronaki.—

Los trabajos del autor sobre este asunto, le inducen á considerar el cáncer como una enfermedad general, no siendo la localización más que la consecuencia. Admite Baronaki la existencia de una diátesis, entendiéndolo por tal una *desviación patológica particular*; esta diátesis cancerosa se instala de manera lenta é insidiosa y está representada por un estado morbozo de ciertas glándulas endocrinas al principio, y después, de los humores y de los tejidos. Las alteraciones de las glándulas son de orden anatómico (degeneraciones celulares) y de orden funcional (trastornos secretorios) cuya consecuencia son las modificaciones de los fermentos sanguíneos. Si la intervención operatoria no va seguida fatalmente de recidiva después de la ablación precoz de los tumores malignos, lo atribuye Baronaki á ciertas modificaciones felices de la diátesis del canceroso, porque, lo mismo que en cualquier otra afección patológica, puede producirse una reacción favorable si el organismo no está profundamente interesado. Igualmente, la reabsorción de una pequeña cantidad de secreciones de una neoplasia, es más bien susceptible de ejercer una acción inmunizadora natural, de duración más ó menos prolongada por la formación de anticuerpos que impedirán, no solamente la multiplicación de las localizaciones cancerosas, sino que favorecerán al mismo tiempo la constitución de una barrera defensiva contra la invasión, y verosímilmente las recidivas hasta un cierto límite. En resumen, el autor considera que la afección cancerosa no es más que una auto-intoxicación banal, que tiene por origen los trastornos de las secreciones glandulares, una violación de los fermentos humorales y consecutivamente una alteración de los glóbulos y del plasma. El plasma de los cancerosos es más tóxico que el plasma normal; su peso específico está disminuído, su reacción es casi siempre ácida, contiene mayor cantidad de agua y existe una disminución notable de la cal, sosa, potasa, magnesia y del ácido fosfórico. Las lecitinas, la colesteroína y la albúmina parecen igualmente deficientes. Este suero viciado de los cancerosos es un elemento constitutivo de la génesis del cáncer. Su tendencia á la coagulabilidad, su toxicidad particular y las modificaciones patológicas de los vasos son susceptibles de constituir una éstasis de los capilares y de provocar un lento proceso inflamatorio localizado que un obstáculo á la circulación puede favorecer. El foco tóxico así constituido definitivamente trastorna en seguida el estado fisiológico de la célula y luego la modifica y por imbibición las células próximas van intoxicándose y mueren ó se desarrollan con una independencia y una exuberancia extraordinarias. — (*Le Courrier Medical*, núm. 32, Noviembre de 1920). — LUENGO.

SIFILOGRAFIA Y DERMATOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Heredosífilis del segmento anterior del ojo, por el Dr. Benavides.— El descubrimiento del espirochaete pálido primero y la reacción de Wassermann después, han permitido que las manifestaciones clínicas de la sífilis sean

mejor conocidas, y especialmente las de la sífilis hereditaria. Hasta no hace mucho tiempo eran muy pocas las afecciones oculares que se consideraban debidas á la sífilis congénita, siendo aún mucho más ignoradas las del polo anterior, que las del posterior. El Dr. Benavides expone en su trabajo las teorías que se disputan la transmisión de la sífilis al feto, analizando brevemente los hechos que hablan en favor de cada una de ellas. Describe después las principales manifestaciones de la heredosífilis, deteniéndose en los estigmas de boca y ojos, especialmente en estos últimos, por ser más constantes y de mayor valor que todos los demás para el diagnóstico de la sífilis congénita. En la córnea de los heredosifílicos existen dos clases de anomalías, hechas notar por el autor, en la X Asamblea de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, celebrada en Valencia: 1.^a, modificación de la circunferencia que representa el limbo de la córnea (córnea irregular, que es la más frecuente, córnea oval y córnea elíptica, que se observa rara vez); 2.^a, modificaciones de la curvatura de la córnea, que pueden ser subsiguientes á la modificación del limbo, ó independientes de ésta. En la papila se observan también deformaciones de su borde, análogas á las indicadas en el borde corneal, independientemente ó asociadas unas y otras. La reacción de Wassermann constituye una ayuda de gran valor para el diagnóstico. Por último, el doctor Benavides hace un estudio de las enfermedades del segmento anterior del ojo, que no son más que manifestaciones diversas de heredosífilis, aportando numerosas historias clínicas interesantes.

Las conclusiones que establece como resultado de sus observaciones, son las siguientes: 1.^a, la sífilis se transmite de la madre al hijo, faltando en ella frecuentemente las manifestaciones clínicas, pero siendo de ordinario su Wassermann positivo; 2.^a, el diagnóstico de la sífilis de segunda generación ó heredosífilis de primera generación, puede hacerse siempre por la clínica, mediante las manifestaciones, distrofias ó estigmas, que nunca faltan en grado mayor ó menor; 3.^a, de la triada de Hutchinson, las manifestaciones auditivas son las menos frecuentes, siguiéndole en valor las bucales, y no faltando jamás, total ó parcialmente, los estigmas oculares; 4.^a, lo que yo llamaría triada ocular, ó sean los estigmas de la córnea, pupila y fondo de ojo, no faltan nunca, más ó menos acentuadamente, en totalidad ó en parte; 5.^a, la sífilis de tercera generación, ó heredosífilis de segunda generación, es más frecuente de lo que ordinariamente se supone, como lo demuestra en muchos casos la existencia de los estigmas oculares, y alguna vez el Wassermann positivo; 6.^a, las vegetaciones adenoides en los niños, la leucorrea en las niñas y la muerte de varios hermanos de meningitis; debe hacernos pensar en la heredosífilis; 7.^a, los estigmas oculares son, á mi juicio, suficientes para afirmar la existencia de la heredosífilis, aunque el Wassermann sea negativo; 8.^a, la conjuntivitis y queratoconjuntivitis eczematosa, pustulosa, flictenular, etc., recae ordinariamente en hijos de sífilíticos ó de heredosifílicos, siendo influenciada favorablemente por el mercurio. Su Wassermann, en muchos casos, es positivo; 9.^a, la queratitis fascicular ó en banda, recae casi siempre en heredosifílicos, frecuentemente de segunda generación. Es beneficiada por el empleo del mercurio, y su Wassermann es, algunas veces, positivo; 10.^a, la queratitis parenquimatosa heredosifílica da excepcionalmente Wassermann negativo, y su mejor tratamiento actual es el mercurio y los preparados de arsenobenzol. (*Los Progresos de la Clínica*, núm. 104.)—LUENGO.

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Valor clínico de los equímosis, por el Dr. A. Bréchet.—Los equímosis pueden aparecer en todos los órganos,

pero sólo los visibles tienen un valor clínico. Pueden apreciarse en la piel, en las mucosas visibles directamente y en las mucosas visibles mediante un instrumento apropiado (rectoscopio, laringoscopio, cistoscopio). Los equímosis son, ordinariamente, secundarios á traumatismos, pero pueden aparecer también espontáneamente. Estos equímosis aparentemente espontáneos pueden ser debidos, ó bien á un aumento de la presión sanguínea, ó bien á lesiones patológicas de las paredes vasculares, como los que sobrevienen en los tumores, en las infecciones, ó bien á alteraciones de la sangre que permiten bajo influencias normalmente insuficientes, la filtración sanguínea fuera de los capilares. Investigar el valor clínico de un equímosis, consiste en estudiar los diferentes caracteres que presenta y que pueden indicar su origen. El número de los equímosis indica, cuando es crecido, una causa de orden general, asfixia, infecciones, intoxicaciones. La forma suministra también indicaciones de interés; los equímosis pequeños, en petequias, superficiales, como picaduras de pulgas, se deben á causas internas. A veces, no obstante se observan equímosis de este tipo localizados en la cara, cuello, tórax, determinados por la asfixia. El sitio es muy importante, porque puede informarnos de su punto de origen. La sangre extravasada en una región se infiltra más ó menos fácilmente, según su disposición anatómica. Un equímosis extenso, en un lugar en el que la infiltración de la sangre es fácil, no implica un traumatismo violento. Un equímosis pequeño, en un sitio resistente á la infiltración, hará pensar, por el contrario, en un traumatismo violento. La importancia de un equímosis no está, pues, en relación con la intensidad de un traumatismo, más que en una misma región. La coloración varía según la abundancia del derrame. Cuando la infiltración es considerable, como en las regiones de tejido celular laxo, el equímosis tiene un color negro, pizarroso. El color varía igualmente según la profundidad. La fecha de aparición del equímosis tiene una gran importancia. Los equímosis tardíos tienen un gran valor semeiológico en las fracturas, cuando no hay signos evidentes de solución de continuidad de los huesos. El autor describe á continuación algunos de los principales tipos clínicos quirúrgicos. En la cara, la máscara equimótica, en la que un equímosis difuso ocupa toda la cara y parte superior del cuello, obedece á un reflejo de sangre en la vena cava superior á consecuencia de una contusión torácica.

Los equímosis traumáticos de la cabeza son unas veces inmediatos á contusiones, otras, secundarios, ocasionados por fracturas de la cara, en las que la sangre se derrama en el tejido celular subcutáneo y después infiltra la piel. Los equímosis tardíos son los más importantes; el más conocido es el equímosis conjuntivo-palpebral que aparece después de las cuarenta y ocho horas y que obedece á una fractura de la parte anterior de la base del cráneo. El equímosis mastoideo precoz y superficial se debe á una contusión; el equímosis mastoideo tardío (al cuarto ó quinto día) es sintomático á veces de una fractura de la apófisis mastoides; más frecuentemente traduce una fractura irradiada de la bóveda craneal á la base, en la parte media, en la que la línea de fractura divide longitudinalmente el peñasco y las células mastoideas. Puede ser debido también á la presencia de un hematoma extradural, cuya sangre se filtre por una fractura temporoparietal; en este caso el equímosis es extenso, ocupando la parte declive de la región temporal y la región mastoidea. El equímosis faríngeo tardío traduce una fractura de la parte posterior de la base del cráneo. El equímosis palatino, en herradura, es sintomático de una fractura del maxilar superior, cuya línea pasa por encima de la lámina palatina y

secciona por detrás las apófisis pterigoides. *Equimosis cervicales.* En la nuca, los derrames sanguíneos encuentran mucha dificultad para llegar á la periferia. En la región mamaria se observan equimosis en disco, debidos á las contusiones del seno. Un equimosis lumbar tardío se presenta en las contusiones y desgarros del riñón; equimosis umbilical en las heridas de la cara convexa del hígado. Las rupturas del uréter dan equimosis perineo-escrotales extensos. En los miembros, los equimosis traumáticos interesantes son los tardíos, debidos generalmente á fracturas. En la fractura llamada extracapsular del cuello femoral, el equimosis se extiende á menudo por toda la región externa de la cadera. En las fracturas intracapsulares es menos extenso y aparece en la base del triángulo de Scarpa. En las fracturas del tercio inferior de la pierna, la aparición de los equimosis está precedida por la de flictenas. En las fracturas de la extremidad superior del húmero, el equimosis aparece en la cara interna y superior del brazo, infiltrándose luego la sangre en las vainas de todos los músculos periarticulares, siguiendo en ocasiones el gran dorsal y llegando hasta la cresta ilíaca; este equimosis es sintomático de una fractura del cuello quirúrgico. Puede resumirse, por tanto, que un equimosis tardío y abundante debe bastar, cuando falten otros datos clínicos, para presumir una fractura y para indicar la necesidad de una comprobación radiográfica. (*Le Progrés Medical*, núm. 8, 19 de Febrero de 1921.)—LUENGO.

RADIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Atrofia inducida de las amígdalas hipertrofiadas por medio de los rayos X.—Los Dres. Mierhy, Witherbee, Craig, Hussay y Sturm publican el siguiente interesante artículo.

Desde que comenzaron á estudiarse los efectos biológicos de los rayos X, se observó que el tejido linfoide se afecta con facilidad por este agente. Después de exposiciones prolongadas de los animales, se descubrió que se destruían casi por completo, tanto el tejido linfoide como los linfocitos circulantes. Esta observación condujo al uso de los rayos X como agente terapéutico en el tratamiento de la leucemia sinfática y para reducir los bazo y ganglios infartados que se encontraban en otras enfermedades. En este laboratorio le demostró experimentalmente que la susceptibilidad del tejido linfoide excedía tanto la de otros tejidos que, empleándose juiciosamente este agente podía destruir la mayor parte del tejido linfoide del cuerpo sin lesiones apreciables de otros tejidos.

La importancia que se le ha dado á la amígdala recientemente como asiento de infecciones focales, ha hecho pensar que podrían reducirse estos órganos linfoides por medio de los rayos X, acompañando su contracción del drenaje adecuado de las criptas, lo cual haría desaparecer las infecciones.

Técnica del tratamiento.—Los factores que rigieron la dosis de rayos X administrada á la región de cada amígdala, fueron los siguientes: El largo de la chispa, medida entre puntas, era de 8 pulgadas (20 centímetros); 5 miliamperios; distancia de 10 pulgadas (25 centímetros), desde el foco hasta el punto más elevado de la piel expuesta. La duración de la exposición varió de tres á siete minutos, según la edad del paciente. Se filtraron los rayos á través de 3 milímetros de aluminio. El valor aproximado de la dosis fué de 1 ½ unidades eritemáticas. Se colocaba al paciente sobre una mesa, en tal posición que los rayos X entrasen bajo el ángulo de la

mandíbula y penetrasen á través de los tejidos blandos á la región amigdalina. El área expuesta en cada lado fué de 3 pulgadas cuadradas (20 C²), protegiéndose las partes circundantes por medio de una hoja gruesa de plomo. Para los niños más pequeños se empleó una tabla especial con tiras que la retengan, sujetándose la cabeza por medio de un vendaje de gasa.

Material.—Esta comunicación se basa en el resultado del tratamiento anterior en 46 pacientes, cuya edad variaba de tres y medio á cuarenta y cinco años, teniendo todos ellos hipertrofia y enfermedad más ó menos marcada de las amígdalas y tejidos cercanos. No se trató á ningún paciente durante la época en que la garganta revelaba señales de infección aguda. El estado de las amígdalas variaba de los que tenían criptas profundas, superficie irregular y exudados purulentos, mocopurulentos ó caseosos, á los que mostraban atrofia pronunciada con otros estados patológicos menos marcados.

Amígdalas.—En todos, menos cuatro casos, el tratamiento produjo mejoría marcada. En la mayoría de los casos, dos semanas después de la exposición á los rayos X, se observó una atrofia pronunciada de las amígdalas, continuando este proceso de uno á dos meses. Durante este período de atrofia, incindimos y drenamos las criptas, y en todos, excepto muy pocos casos, casi desapareció el exudado de la garganta y la superficie de las amígdalas se volvió más palida y de un aspecto sano. Con excepción de cuatro casos, no pudo extraerse ningún exudado del tejido amigdalino profundo al terminar el período de observación. Un examen subsecuente de la garganta reveló que se hallaban infiltrados los bordes de las criptas, y en varios casos se observaron en la superficie franjas blancas que parecían tejido cicatricial.

Otros depósitos locales de tejido linfoide.—Otro punto tan interesante como la atrofia de las amígdalas fué la desaparición de los otros depósitos linfoides de la garganta, que se ven comunmente en forma de nódulos pequeños sobre los pilares de las fauces y en masas posteriores á los pilares. Se sabe bien que estos depósitos son factores patógenos, aun después que se ha extirpado por extenso el verdadero tejido tonsilar.

Adenoides.—Cierta número de pacientes tratados tienen además del estado amigdalino, grandes acúmulos de vegetaciones adenoides. A fin de reducirlas se administró por la nuca una dosis de rayos X, semejante á la que se empleó en las amígdalas. Los resultados no fueron tan satisfactorios como los consecutivos al tratamiento de las amígdalas, aunque se observó atrofia pronunciada en varios casos. La falta de buenos resultados uniformes se debió indudablemente á que fué muy pequeña la cantidad de rayos X que se aplicó en realidad á los tejidos, después de filtrarse á través de las partes óseas de la cabeza. Es probable que, con una vía más apropiada para la entrada de los rayos X, puedan influenciarse más las vegetaciones adenoides.

Bacteriología.—Hicimos cultivos de las criptas amigdalinas y de la bóveda nasofaríngea en 40 de 46 pacientes, antes del tratamiento y con ciertos intervalos después. Vale la pena observar que los microbios que se encuentran comunmente en la garganta no se afectaron por el tratamiento, en tanto que de los 36 casos que revelaban el estreptococo hemolítico y el estafilococo hemolítico, treinta quedaron libres de ellos á la cuarta semana del tratamiento.

Comentarios.—Los resultados que comunicamos indican la posibilidad de utilizar el conocido hecho de que los rayos X destruyen con facilidad el tejido linfoide, para limpiar la garganta de un exceso de este tejido. En la serie que comunicamos, sólo un paciente recibió más de un tratamiento. Juzgando por nuestros estudios en los animales, sería posi-

ble provocar casi cualquier grado de atrofia, repitiendo los tratamientos roentgenológicos, con intervalos apropiados. Es posible que vuelva á presentarse después de cierto tiempo el estado de atrofia, pero siendo tan benigno el tratamiento radiológico que recomendamos, no hay motivos para no repetirlo, siempre que se desee, con un intervalo adecuado entre las exposiciones. La cantidad real de rayos X que se emplea es más pequeña de la que se usa comunmente en el tratamiento de la tiña del cuero cabelludo, en cuyo caso no se han comunicado malos resultados.

Atribuimos la desaparición de los microbios hemolíticos de la garganta, no á la acción directa de los rayos X sobre ellos, sino más bien al drenaje apropiado de las criptas á medida que se atrofia el tejido amigdalino.

Lo práctico de este tratamiento se demostrará únicamente por el estudio de una serie numerosa de casos observados durante un período considerable de tiempo.—(Edición española del *The Journal de M. A.*, 15 de Marzo de 1921.)

SANGRE

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La leucocitosis digestiva en el curso de las diarreas comunes de la primera infancia, por H. Dorlen court y G. Banu.**—El niño de pecho normal presenta, durante las horas que siguen á la absorción de la leche, variaciones leucocitarias cuantitativas, que se suceden en el orden siguiente: 1.º *Fase de leucopenia*, que comienza inmediatamente después de la ingestión, alcanza su máximo al cabo de treinta ó treinta y cinco minutos, y en seguida vuelve á elevarse á lo normal la cifra de leucocitos. La disminución no suele ser menor de 2.000, llegando á veces á ser de 4 y 5.000 elementos leucocitarios; 2.º *Fase brusca de restablecimiento leucocitario*, de débil intensidad, alcanza su máximo á los quince ó veinte minutos; 3.º *Fase de disminución lenta del número de leucocitos*, también de débil intensidad (800 á 1.500 elementos), pero de larga duración (sesenta ó noventa minutos); 4.º *Fase de hiperleucocitosis (leucocitosis digestiva)*, que aparece bruscamente en el curso de la fase precedente, siendo el aumento, por término medio, de unos 3.000 elementos. Puede afirmarse, por tanto, que la ingestión de leche (de cualquier naturaleza) provoca en el niño reacciones leucocitarias que se traducen en esencia, por una leucopenia inicial, que nunca falta, y por una fase de hiperleucocitosis tardía. Los autores han estudiado estas reacciones, en seis niños, de edad entre mes y medio y seis meses, sometidos todos á la lactancia artificial y presentando esencialmente diarrea común. Han observado que en estos niños, la leucopenia inicial, que constituye el fenómeno más constante de las reacciones leucocitarias, falta en estos enfermos. La fase de hiperleucocitosis se observa, en cambio, pero es mucho menos pronunciada que normalmente. Considerando el fenómeno, desde el punto de vista de su evolución en el tiempo, se nota que si en el niño normal, el tiempo que transcurre entre el momento de la ingestión de la leche y el de la aparición de la hiperleucocitosis, es por término medio de dos horas cuarenta y cinco minutos, en el niño con diarrea, este tiempo está extremadamente reducido y no excede jamás de cincuenta y cinco á sesenta minutos. Fenómenos del mismo orden se observan, respecto al tiempo que tarda en restablecerse la cifra normal de leucocitos; en el niño sano, es de tres á tres horas y cuarto, después de la ingestión; en el diarreico, este tiempo está reducido á dos horas. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, 1921, núm. 9.)—LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El tratamiento de las adenitis cervicales, por F. Calot y J. Fouchet.**—Hace treinta años, los autores operaban las adenitis cervicales; durante tres años operaron centenares de casos, con el siguiente resultado: ninguna muerte operatoria ó post-operatoria, pero bastantes casos de recidiva de la adenitis, otros de generalización ó colonizaciones tuberculosas pulmonares ó meníngeas, al cabo de tres, cuatro, seis y ocho meses de la intervención; y sobre todo y á pesar de las suturas intradérmicas, las cicatrices siempre han sido indelebiles. Es en suma un tratamiento que cura algunas veces, agrava con frecuencia y mutila siempre, por lo cual han buscado otro capaz de asegurar la curación y salvar la integridad de la piel, es decir, que produzca la curación estética perfecta. Cuando se trata de *adenitis reblandecida*, que son aparentemente los más graves, se obtiene un resultado maravilloso con la aspiración del pus y la inyección consecutiva del aceite creosotado iodoformico (aceite, 50 gramos; creosota, 4 gramos; éter, 5 gramos; iodoformo, 6 gramos). En los casos de abscesos todavía no muy maduros, se inyectará naftol alcanforado glicerinado (1 gramo de naftol en 5 de glicerina, preparado poco antes de la inyección), en lugar del éter iodoformado que podría producir escaras. La dosis que se debe inyectar varía de 2 á 5 gramos, según el absceso, que sólo debe quedar lleno hasta la mitad por la inyección. Se hacen 7 á 8 inyecciones por regla general, con intervalos de cuatro á cinco días. Conviene tener presente, que cuando la repleción de la bolsa es demasiado grande y la piel amenaza estallar, se hace una punción en un punto sano de la piel, sin inyección consecutiva, repitiéndose la misma operación hasta que la repleción sea menor y la piel haya recobrado su firmeza é integridad. Después de la 8.ª inyección, se practicarán otras dos punciones, con los intervalos reglamentarios, pero sin inyección consecutiva; al mismo tiempo se ejerce una compresión metódica para que al cicatrizar las paredes no queden puntos muertos. Con este método se logra el 99 por 100 de curaciones. En las *adenitis duras* hay que establecer un buen tratamiento general y fisioterápico y armarse de paciencia. Si así no se reabsorbe, la adenitis se reblandecerá, lo cual es en cierto modo un medio de curación, pues no hay más que puncionar é inyectar como antes se dijo. Sin embargo, cuando la adenitis no se reabsorba, ni se reblandezca espontáneamente, se pueden intentar estas dos cosas: para obtener la reabsorción, se inyecta un gramo de aceite creosotado iodoformado, cada dos días, hasta 12 ó 15 inyecciones; pero hay que advertir al enfermo, que al principio el ganglio aumenta de volumen y la curación no empieza hasta tres ó cuatro semanas después de la última inyección y termina á los dos ó tres meses, en las tres cuartas partes de los casos. Para lograr el reblandecimiento, se inyectan V á X gotas (niños ó adultos) de una mezcla á partes iguales de fenol sulforicinado, fenol alcanforado, naftol alcanforado y esencia de terebentina; así se reblandece el ganglio sin lesionar la piel y sin que se produzcan los accidentes que algunos han señalado. Se advierte al enfermo que el ganglio se inflamará y quedará blando, que es lo que se persigue. En la *adenitis fistulosa*, los medios conservadores son los emplastos de Vigo, los polvos asépticos, los toques ligeros con nitrato de plata, la radioterapia y la helioterapia. El tratamiento de las cicatrices es casi nulo. (*Le Médecine Française*, núm. 24, 15 de Diciembre de 1920).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

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.

El intercambio cultural.—Momentos climatéricos y de cordura.

Después de la visita últimamente efectuada por los profesores Marión y Faure á la Facultad y Academia de Medicina de Madrid, en donde dieron sendas y muy aplaudidas conferencias, el último de estos ilustrados catedráticos ha ido á Barcelona, en donde ha sido objeto de un recibimiento tan cortés como entusiasta. Espérase dentro de pocos días la llegada á Madrid de otro ilustre catedrático parisino, el profesor Vaquez, renombrado especialista en las enfermedades del aparato circulatorio é investigador de la fisiología de las funciones de los interesantes órganos que le constituyen.

A tan estimables manifestaciones que respondieron á la invitación de los centros españoles, ha correspondido la hecha por la Facultad de París á los académicos y catedráticos españoles, quienes dentro de breves días irán en representación de las respectivas Corporaciones á que pertenecen, á la capital de la vecina República para dar las conferencias que allí con impaciencia se esperan, á juzgar por lo que en la prensa de aquel país leemos. Son hasta ahora los profesores designados por la Academia y por la Facultad de Madrid, los Sres. Tapia, Goyanes, conde de Gimeno y si el estado de su salud consiente la realización de sus patrióticos deseos, el Sr. Ramón y Cajal.

Creemos que todos los buenos españoles seguirán con la preocupación y el anhelo que es de suponer la empresa de nuestros ilustrados compañeros, en cuyo éxito ciframos tanta esperanza como seguridad y convencimiento. De todo daremos detallada cuenta á nuestros lectores, por los medios que para una perfecta información tenemos prevenidos.

Cada vez se acentúa más el movimiento que, como precedente necesario á una adaptación conveniente y segura, se nota entre las diferentes representaciones que han de actuar en la organización y desenvolvimiento de nuestros intereses profesionales según las disposiciones que se encuentran vigentes y esperando las reformas que en ellas han de introducirse. En nuestra perfecta é innegable imparcialidad no haremos sino aconsejar á todos

una medida y una firmeza que sólo pueden nacer del convencimiento de la absoluta pureza de origen y de legalidad de los organismos que se representan.

La lucha que parece iniciarse entre los Colegios Médicos y la Junta de Patronato y Defensa de Titulares, no nos parece que tiene por qué preocupar á nadie. Todo puede perfectamente arreglarse con una revisión de significaciones y de valores, con un examen crítico ó con una inspección oficial de la forma en que los deberes señalados vienen cumpliéndose, y si cada uno está en su sitio, ha sido elegido y nombrado como debe serlo y ha cumplido con las obligaciones que las leyes les señalan, no tiene por qué preocuparse, pues las obligaciones de cada uno están perfectamente deslindadas, y si se han modificado las que primitivamente eran peculiares de un organismo determinado, ha sido porque éste, ó por culpa suya ó por las dificultades que las circunstancias le creaban, no ha podido responder á lo que se esperaba de él y ha sido necesario substituirle ó complementarle con la mira puesta sobre todo en el bien público, que es al que ante toda otra cosa debe atenderse, sin que quepan en la satisfacción de sus necesidades, disculpas pueriles ni apelaciones á *derechos creados* que no han tenido por paralelo los *deberes cumplidos* que no admiten espera ni aplazamiento.

Las funciones que la Instrucción de Sanidad señala á la Junta de Patronato y Defensa son tan claras y precisas como las condiciones que han de tener los individuos que las componen. ¿Realizan éstos aquéllas? Diez y siete años transcurridos presentan suficiente campo de demostración en el sentido afirmativo ó negativo. En el último caso, váyase con resolución á la reforma ó á la supresión, si es preciso; medios de investigación y de inspección tiene el Gobierno para cumplir este cometido y juicio bastante tienen los titulares para formar por sí mismos opinión en asunto que tanto les compete. ¿Es que la Junta está constituida con arreglo á los preceptos vigentes y ha cumplido con los deberes que se le señalaban por ellos? Entonces no creemos que sea con nadie incompatible, pues su función es lo bastante árdua y determinada para que pueda efectuarse sin estorbar para nada, antes coadyuvando á las que por sus Estatutos se señalan á

los Colegios provinciales. Pero ante todo, y sobre todo, estudiemos los antecedentes y formemos nuestro juicio con arreglo á ellos.

DECIO CARLAN.

EN HONOR DE UN MEDICO

En la epidemia gripal de 1918, los médicos españoles dieron ejemplo admirable de abnegación y heroísmo sin par. Uno de ellos, el Dr. D. Francisco López Prieto, realizó en Madrid actos de generosidad y heroísmo tales, que los que tuvieron noticia de ellos acudieron al Poder público en demanda de premio para el generoso médico. Se instruyó el expediente para la concesión de la Cruz de Beneficencia, y después de un largo y minucioso examen, se concedió la preciada cruz al Sr. López Prieto. Este señor tiene una historia ejemplar, digna de ser conocida en todas partes; pues hijo de un modesto tejedor bejarano, supo elevarse por su solo esfuerzo sobre sus compañeros de escuela, y tras mil vicisitudes y amarguras, llegar á obtener el título de médico. En Madrid, donde ejerce, ha sabido conquistarse honrosísimo lugar, y llegar hasta el profesorado de la Central, explicando la auxiliaría de la Catedra de Electricidad y Radiología. Cuando llegó el momento oportuno, quiso Béjar, su pueblo natal, costear las insignias de la condecoración, y tras lucida suscripción, se adquirieron aquéllas, y hoy fué el día designado para hacerle la entrega.

A las diez de la mañana era imposible dar un paso por los amplios salones de la Casa municipal, y con asistencia de todas las autoridades y personas de significación, representación de sociedades patronales y obreras, presidido por el alcalde accidental, Sr. Galindo, dió comienzo al solemne acto de la imposición de las insignias.

El Sr. Galindo pronuncia algunas palabras para felicitar al Sr. López Prieto, y después el Sr. Martín Cefundo hace un breve discurso, haciendo historia de los merecimientos del condecorado, recordando su niñez precaria desvalida, sabiendo triunfar de todas las amarguras y obstáculos, hasta llegar á la posición actual. Fué muy aplaudido. Habló á continuación el Sr. Tapia, muy elocuentemente, y por último, el festejado, pleno de emoción y con lágrimas en los ojos, dió las gracias á todos por el honor que le hacían. Después el Sr. Galindo colocó la placa sobre el pecho de López Prieto, en medio de atronadora salva de aplausos.

A la una se celebró un gran banquete, servido por el Hotel España, al que asistieron cerca de cien comensales, entre los que figuraban casi la totalidad de los médicos de Béjar y personas de significación. Fué un banquete soberbiamente servido, en el que reinó la alegría y afecto más sinceros, recibiendo el agasajado muestras constantes de admiración y cariño. A la hora de los brindis, lo hicieron muy elocuentemente los Sres. Galindo, Méndez y otras personas, representantes de sociedades patronales y obreras y otras fuerzas de Béjar. A las cuatro de la tarde se terminó la fiesta, que dejó recuerdo gratísimo en cuantos asistieron á la misma. A nosotros nos resta, por último, felicitar efusivamente al Dr. Prieto, por su triunfo, que debe enorgullecerle.

J. GONZÁLEZ CASTRO.

Béjar, 28 de Marzo.

CALDAS DE BESAYA (SANTANDER)

Sr. D. Carlos María Cortezo.

Mi querido amigo y director: Me encuentro en este balneario, donde toma los baños mi mujer. Como ya es conocido, tienen merecida reputación estos baños y aguas minero-medicinales y de termalidad suficiente para el tratamiento curativo del artrismo, reumatismo, gota, ciática, catarros bronquiales, cardiopatías reumáticas, neuralgias post-gripales, etc., etc.

Este establecimiento, admirablemente montado, acredita el celo y la inteligencia desplegados por el que fué su reputado director, el Dr. Clodomiro de Andrés, secundado por unos propietarios que obedecen á las modificaciones propuestas por el técnico (cosa digna de aplaudir é imitar por otros), que tiene todos sus servicios con una perfección y donde la limpieza meticulosa resplandece en todas partes y los preceptos de la higiene se observan con escrupulosidad.

Una de las preocupaciones que siempre siento cuando voy á algún balneario ó playa que desconozco es: ¿qué clase de aguas potables tienen para su bebida? Este es un elemento principalísimo, de capital importancia, y sabido es que en todas las playas y en muchos balnearios (fuera de esas, cuyas aguas son de las llamadas de mesa, y puede prescindirse en la bebida de otra clase de aguas), las aguas potables para bebida dejan muchísimo que desear; pues en algunos sitios son malísimas, química y bacteriológicamente consideradas; pues bien: una de las recientes mejoras introducidas en este balneario, inaugurado hace veinte días, es precisamente ésta: la dotación de aguas para la bebida y todos los demás usos domésticos de *unas aguas purísimas*, recogidas á unos 300 metros de distancia, de un manantial que sale de una montaña en forma de artística cascada, á una altura de unos 30 metros del balneario, y recogidas en una arqueta con filtro de entrada para impedir que la arena ó alguna planta la ensucie, conducida por cañería de hierro esmaltado, teniendo la precaución que las juntas de los tubos sea impermeable, y enterradas á diversas profundidades, van á parar á unos depósitos que están á una altura del balneario de unos 15 metros, de donde salen las tuberías de distribución para todos los servicios. Es decir, que está captada y conducida esta agua con todos los requisitos que aconseja la ciencia; que no puede infectarse ni en su origen, porque nadie habita en ese monte, ni durante su corto recorrido, resultando transparentes, muy aireadas (hacen burbujas en los vasos), química y bacteriológicamente pura, de unos 40 hidrotimétricos, fresca, de sabor delicioso, análoga á las famosas del Lozoya de Madrid, y con esto queda dicho su finura y cualidades.

Creo de mucha importancia que estos establecimientos posean agua para la bebida de esta naturaleza, pues se evitan todas las enfermedades que por la vía hídrica se transmitan, y contribuyen á la buena digestión y cocción de los alimentos.

Esta es una reforma que las gentes desconocen, y

muchos, por temor de que fueran malas, tienen que usar en las comidas las numerosas aguas de mesa. Yo creo que el abuso de estas aguas minerales de mesa no es bueno normalmente, y que donde hay un agua pura cristalina, sin olor ni sabor, y que esté soleada y batida por la corriente donde se electriza por el frote y recoge el aire necesario, como sucede con las que abastecen á Madrid, es superior á todas las aguas de mesa; por ésto, esta reforma de este balneario tiene una importancia práctica extraordinaria.

DR. BALTASAR HERNÁNDEZ BRIZ.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 15 DE ENERO DE 1921 (1)

El histerismo en la infancia.

El Dr. SARABIA dice que el asunto que va á tratar se refiere á clínica de pediatría, que como otros muchos problemas son fáciles de observar y difíciles de interpretar, y entre éstos existe uno muy importante, y es *el histerismo en la infancia*, y lo es porque no todos han admitido dicho histerismo en esta época. Es necesario, por lo tanto, observar los hechos clínicos para luego darles la interpretación debida.

Expone el tema basándose en la etiología y en la patogenia, aportando datos interesantísimos, afirmando que en el histerismo hay que manejar más la sugestión que la persuasión, y mucho más en los niños, sobre todo en los mimados con exceso por sus familiares y por lo que todo se sujeta á su capricho, pues son imperativos en su mandato, observándose, como dice Henoch, con más frecuencia en la neurosis histérica.

La intimidación usada en ellos con tacto y discreción es un buen procedimiento psicoterápico, unida al aislamiento y á la hidroterapia; cierto que es difícil la separación de los hijos del lado de sus padres, pero á veces es imprescindible este recurso terapéutico y definitivo de profilaxis y de curación. Basado en este método *psicoanálisis* de Brener, perfeccionado por Freud, se halla una psicoterapia para las manifestaciones desagradables de psiconeuróticos embotados en la subconciencia. Conocido es el procedimiento del psicólogo vienés y su inclinación á aceptar la causa erótica en la infancia, que en ocasiones persiste hasta después de la pubertad, y los ejemplos del éxito curativo del psicoanálisis bien dirigido, pues de la interpretación de los ensueños depende dicho éxito. El caso es llegar al conocimiento de la vida subconsciente para argüir, á fin de obtener la persuasión, por lo cual se logra con frecuencia el éxito curativo.

Añade el Dr. Sarabia que el hipnotismo, según Bersillon, es útil en el niño histérico, en que excluye el método sugestivo como medio pedagógico preconocido por Bernheim y su escuela, pero como al fin es un paroxismo histérico provocado, debe atenderse el clínico, para su empleo, á la competencia en el manejo y á su indicación precisa, á fin de no obtener efectos perjudiciales, pues en el hipnotismo sufre con su aplicación una gran sacudida el terreno histérico. Los demás tratamientos encaminados á llenar una indicación causal, se han de establecer con arreglo al motivo lesional definido en cada enfermo.

(1) Primera del curso académico.

El Dr. Sarabia termina su notable comunicación con las siguientes conclusiones:

1.^a Que el histerismo en la infancia existe en este período de la vida, puesto que la clínica así lo comprueba.

2.^a Que si bien en los primeros años de la vida, algunos síntomas extraños se acusan por observadores al capítulo de esta psiconeurosis, no es justo englobar las manifestaciones del primero y segundo año de la vida, con las características de otras edades sucesivas, pero es lógico dar, respecto del niño, un valor positivo para la profilaxis individual al *ambiente histérico familiar*.

3.^a Que su patogenia no se puede explicar de modo definitivo, pero sí deducirla en hipótesis racional de los avances de la histología del sistema nervioso y de su fisiología y patología; y

4.^a Que el tratamiento profiláctico ha de ser educativo en primer término y siempre se debe usar la psicoterapia en las diversas aplicaciones con otros medios terapéuticos, farmacológicos ó fisioterápicos según las indicaciones en cada caso particular.

El Dr. DECREFF, al intervenir en este problema de la pediatría, dice que no cabe duda que existe el histerismo en los niños, sobre todo al que se dedica á curar traumatismos, al cirujano. A veces un traumatismo determina la primera manifestación de histerismo en un niño, en el que no existía antecedente alguno que hubiera llamado la atención de la familia ni del médico. Un sencillo golpe, una contusión determina un estado histérico manifiesto, que clínicamente no alberga ninguna duda con respecto al diagnóstico, por ejemplo, el de la coxalgia histérica, caso frecuentísimo que se presenta en la práctica. Pero hay hechos de sumo interés como el de las fracturas supracondilias, que se curan admirablemente por los procedimientos clásicos, quedando en perfecto estado el hueso y la articulación lesionada, y, sin embargo, á veces se presenta una contractura marcadísima que retrasa extraordinariamente la curación definitiva del caso, y obedece por lo regular á dos causas: unas veces provocada por el mismo médico, que pretende forzar los movimientos, y precisamente es cuando se determinan y cuando se aumentan; y otras veces se presentan espontáneamente en el niño, sin que nadie haya forzado ni obligado los movimientos. Cita un caso de este género en el que se ha hecho una radiografía y se ha visto el callo perfectamente formado, restituído el eje del miembro, en perfecto estado de articulación, y, sin embargo, la anquilosis del codo es casi completa en ángulo recto. Si en estas circunstancias el médico pretende movilizar la articulación con las manos ó con los medios físicos, y hace por ejemplo, como es muy general, el masaje y la mecanoterapia, intentando vencer aquella resistencia, pierde el tiempo, porque se aumenta la contractura de una manera notable, y esto tiene una gravedad manifiesta, porque es muy frecuente también que se desarrollen al mismo tiempo exóstosis y hasta osificaciones musculares, que dificultan aún más la curación.

Dice el Dr. Decref que el procedimiento seguido por él ha sido la persuasión desde el primer momento, sabiendo que el enfermo puede hacer el movimiento casi completo de su articulación, consiguiendo de esa manera la curación mucho antes. Los niños están predispuestos á hacer resistencia porque han sufrido mucho durante el período de agudeza de la fractura, y este terror inmoviliza dichas articulaciones, y si se llega á ejercer violencia, puede llegarse á provocar una osteoperiostitis del callo, en ocasiones muy grave. Pues estas contracturas son determinadas por un histerismo traumático que se presenta también en personas mayores con mucha frecuencia, sobre todo en las mujeres, y aun en los

hombres pusilánimes, y tienen que ser tratados por procedimientos suaves de sugestión y convencimiento.

El Dr. Decref con este motivo recuerda un caso muy interesante. Se trataba de una colegiala, de edad de ocho años, que jugando en un jardín, cayó y se dió un golpe en la mano, sin importancia alguna al parecer. Pues esta niña que no había tenido jamás ninguna manifestación de histerismo, porque sentía dolor al extender los dedos, se le presentó una contractura histérica en flexión forzada de la mano, que costó gran trabajo vencer, tardando dos meses en iniciarse de nuevo los movimientos de los dedos. Esta niña tenía antecedentes hereditarios.

Y al referirse al Dr. Sarabia que la intimidación en estos casos era algunas veces de utilidad, dice el Dr. Decref que siempre la ha hallado contraproducente, por agravarse los casos en que la ha empleado. Al efecto dice que hace algunos años publicó unos trabajos sobre unas observaciones hechas desde que era estudiante de Facultad, los que publicó en la *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, la curación de unos casos de corea por medio de una gimnasia especial reeducadora, muy parecida á la que tres años después presentaba Fraenkel para el tratamiento de la ataxia locomotriz á la Sociedad Médica de Berlín. Se trataba de lo que entonces se llamaba corea esencial, que era toda aquella que no dependía francamente de una lesión reumática ó de vermes intestinales. Muchos coreicos se curaban con gran facilidad por este procedimiento, obteniendo con dicho método grandes éxitos, que dieron lugar á interesante discusión el año 1903 en el XIV Congreso Internacional de Medicina, celebrado en Madrid. Dicho método ya lo había publicado por primera vez en el año 1889.

El Dr. Decref termina su interesante intervención, manifestando que indudablemente los éxitos más fáciles que alcanzó entonces debieron ser efecto de actuar sobre coreas histéricas presentadas en la época de la pubertad, y muchas de ellas, en niños que padecían verdadero histerismo infantil.

DR. CESALDO.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL DÍA 20 DE ENERO DE 1921 (1).

En el primer reconocimiento que hice al enfermo, á las cuarenta y ocho horas de declararse la enfermedad, le encontré en el siguiente estado actual: Gran aplanamiento de fuerzas, fiebre 41°, sed intensa, lengua saburrosa, pulso frecuente y ligero delirio. La piel de los párpados de ambos ojos estaba edematosa, caliente, abotagada, brillante, sin arrugas y de color rojo. La tumefacción de la piel, sobre todo en el ojo derecho, había adquirido tales proporciones que el enfermo no podía abrir los párpados.

En el tercio medio del párpado superior derecho existía una placa gangrenosa de color negruzco, del tamaño de una moneda de dos reales, rodeada en su circunferencia por una línea rojiza. En la parte externa del mismo se observaban algunas vesículas que, al parecer, contenían un líquido sero-

so. En el párpado superior izquierdo, la tumefacción era menor; no existían las vesículas más que en pequeño número, y podía abrir los párpados aunque con alguna dificultad.

Los ganglios preauriculares y submaxilares estaban aumentados de volumen y eran dolorosos á la presión. La conjuntiva ocular estaba ligeramente hiperemiada.

Con los síntomas que acabo de exponer, ninguna dificultad teníamos para establecer diagnóstico. Muy pocas enfermedades de los párpados presentan un síndrome clínico que encajara dentro del cuadro sintomatológico que acusaba el enfermo. El flemón de los párpados había que descartarle porque en éste la inflamación de la piel es renitente y con tendencia á la supuración, faltando por otra parte, al iniciarse la enfermedad, los síntomas generales. También podía desechar la conjuntivitis blenorragica y catarro-purulenta, porque no presentaba la conjuntiva palpebral y bulbar indicio alguno de secreción.

No debíamos pensar en la pústula maligna, porque ésta abarca menos extensión que la erisipela, aparece por una vesícula que contiene serosidad transparente situada sobre un fondo negro y duro. Por último, el escalofrío, las náuseas, la postración de fuerzas y los infartos ganglionares, síntomas que denotan la infección general, aparecen en la pústula maligna pasados los primeros días de la enfermedad; lo contrario de lo que sucedía en el caso clínico actual.

No podía, por lo tanto, haber duda en el diagnóstico: el síndrome que presentaba el enfermo era el propio y característico de la erisipela gangrenosa primitiva de los párpados.

El pronóstico había que suponerlo muy grave, porque aparte de la fiebre alta (41°), que persistió durante los primeros días, la gangrena podía dar lugar á cicatrices viciosas y destrucciones de parte del párpado, que podían contribuir á la formación de ectropions cicatriciales, muy difíciles de corregir.

De otra parte, había que suponer corríamos el riesgo de que se propagase la infección, como sucedió, al tejido celular de la órbita, y ocasionara compresiones exageradas de los vasos y nervios, que pueden ser el origen de atrofas incurables. Por último, si la infección estreptocócica se propagaba á través del nervio óptico y la vena oftálmica hasta el seno cavernoso, la meningitis infecciosa no tardaría en presentarse, produciendo fatal é irremisiblemente la muerte del enfermo. Recordad el caso citado por Carrié, observado en el hospital Necker, en el que un edema maligno en los párpados determinó la muerte del enfermo, habiendo comprobado después de la autopsia la presencia de gran número de bacterias en la sangre de la cavidad craneana.

Encontrándonos en presencia de la forma más grave de erisipela de los párpados, había que establecer desde luego un tratamiento enérgico. El general consistió en la medicación antitérmica y antiséptica por la quinina, á la dosis de dos gramos diarios, las inyecciones de suero antistreptocócico y los caldos con Jerez cada tres horas, con el fin de sostener las fuerzas del enfermo.

El tratamiento local en las primeras veinticuatro horas fueron los fomentos calientes de sublimado, muy indicados con el objeto de que los leucocitos emigrados destruyesen, gracias á la fagocitosis, los estreptococos, si éstos eran en

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid,

(1) Véase el número anterior.

pequeño número y poco virulentos; pero como desgraciadamente sucedió lo contrario, porque la intensidad que tenía la infección era muy grande, nada se consiguió con esta medicación local, presentándose en las cuarenta y ocho horas una escara gangrenosa del tamaño de dos céntimos, y una infiltración generalizada á todo el tejido celular de la órbita, con exoftalmía del globo ocular y esfacelo superficial de la córnea.

En presencia de síntomas tan alarmantes, hice con un bisturí estrecho tres punciones profundas: dos en las partes más declives del borde orbitario superior, á medio centímetro por encima de los ángulos palpebrales, atravesando con el cuchillo el párpado y tejido celular de la órbita, siguiendo una dirección paralela á las paredes laterales de la misma, y la otra en la parte alta del párpado superior, también por debajo del borde orbitario, hasta llegar con la punta del instrumento cerca del vértice de la órbita. Hice una buena desinfección con inyecciones de sublimado al $\frac{1}{2}$ por 1.000 por las aberturas practicadas, y con el fin de que no se cerraran, puesto que convenía establecer el drenaje, coloqué unos lechinos de gasa iodoformada, aconsejando siguieran con los fomentos calientes hasta el día siguiente.

Pasadas que fueron veinticuatro horas, volví á reconocer al enfermo y observé que continuaba el proceso en igual estado que el día anterior. Si bien la gangrena no se había extendido, en cambio la compresión ejercida por los párpados sobre el globo ocular continuaba dificultando el riego sanguíneo, que á la vez hacía más extensa la ulceración corneal. Con el fin de evitar se aumentase el esfacelo de la córnea, por la causa antes citada, hice una cantoplastia, ordenando se continuara con la cura húmeda y se instilase en el ojo, dos veces al día, el azul de metileno al $\frac{1}{2}$ por 100.

Durante los seis primeros días, el proceso local no disminuyó de intensidad, á pesar del tratamiento tan enérgico; por el contrario, fué acompañado de fiebre de 40 á 41°, delirio, postración de fuerzas y pulso frecuente, pero al séptimo, la temperatura descendió á 39°, y una abundante supuración empezó á fluir por las incisiones que desde el primer momento había practicado.

A partir de esta fecha, mandé suspender la cura húmeda, sustituyéndola por la seca, establecí el drenaje con tubos de goma, por los que practiqué inyecciones abundantes de la solución acuosa de sublimado al $\frac{1}{2}$ por 1.000, y espolvoreando los párpados con iodoformo pulverizado, coloqué un vendaje contentivo.

Al noveno día, la escara gangrenosa empezó á desprenderse y á los quince terminó su eliminación, dejando una superficie cruenta que fué paulatinamente cicatrizándose.

Al mes de iniciarse la enfermedad, continuaba el proceso supurativo en todo su apogeo, á pesar de venir practicando dos curas diarias, con el fin de establecer una buena desinfección. Sin embargo, el edema de los párpados había disminuído bastante; el globo ocular se encontraba en su posición normal por haber cedido considerablemente la infiltración celular.

El estado general también había mejorado mucho, porque el enfermo se encontraba afebril, y la córnea recubierta de su epitelio aparecía con su aspecto normal.

Viendo que persistía la supuración y habiéndose ésta presentado por la fosa nasal correspondiente al lado enfer-

mo, hice una exploración minuciosa de las heridas con un estilete, y pude apreciar que la superior y externa habían casi cicatrizado, pero en cambio, reconociendo la abertura interna, observé que la pared de la órbita se encontraba desnuda, con caries del hueso etmoides. Suspendí las inyecciones de sublimado y prescribí las de formol al 5 por 100. A los quince días de esta nueva medicación, expulsó el enfermo por la nariz una esquirla de 2 centímetros de diámetro, por medio de ancho. Después de esta expulsión, la salida de pus disminuyó, y las heridas superior y externa fueron cicatrizando, habiéndose cerrado á los dos meses de iniciarse la enfermedad. La abertura interna continuó en supuración, como asimismo la fosa nasal del lado enfermo, hasta pasar dos meses y medio, que salió por ella otra esquirla de menor tamaño que la anterior.

Después que expulsó la segunda esquirla, el pus fué poco abundante. El párpado recobró su aspecto normal, notándose en él las cicatrices consecutivas á la superficie gangrenosa y á las aberturas cerradas. Quedaba sólo en la parte interna un trayecto fistuloso de 3 centímetros de profundidad y del diámetro de un centímetro aproximadamente.

A los cuatro meses la supuración era casi insignificante, pero el trayecto fistuloso no acababa de cerrarse, á pesar de haberle puesto unas inyecciones de tintura de iodo, con el fin de activar la cicatrización. Un nuevo reconocimiento del trayecto, con una sonda fina de Bowman, me hizo sospechar la existencia de otra esquirla, y propuse al enfermo una nueva intervención, con el fin de ir á buscar el secuestro óseo.

Poco dispuesto el paciente á que se interviniese de nuevo, porque apenas si le molestaba ya el trayecto fistuloso que tenía, aplazamos la operación y á los quince días salió por el orificio de la fístula una esquirla mayor que las anteriores, del tamaño de tres centímetros de largo por dos de ancho. Pasados que fueron unos veinte días después de esta última expulsión, el trayecto cicatrizó por completo, quedando las cicatrices consecutivas al proceso tan poco pronunciadas, que los párpados cerraban completamente el ojo y no había ectropión cicatricial. El aspecto exterior del párpado presentaba un defecto insignificante que ha desaparecido en la actualidad. La visión del ojo es completamente normal.

El caso clínico que acabo de relatar merece fijar nuestra atención y es digno de algunas reflexiones clínicas que brevemente voy á exponer. Es, como habéis podido observar, el verdadero tipo de la variedad de erisipela gangrenosa primitiva de los párpados descrita por Gosselin, puesto que empezando con los síntomas de una fiebre gástrica, apareció á las cuarenta y ocho horas una placa gangrenosa en la cara externa del párpado superior derecho, que es el generalmente afectado, acompañada de la tumefacción y rubicundez propias de la erisipela simple. La invasión de la escara se detuvo en los tres primeros días para desprenderse de los diez á los quince, dejando en pos de sí una superficie cruenta que fué cicatrizando lentamente á medida que disminuía la infección estreptocócica.

¿Cómo se produjo la infección? He aquí el problema que se nos presenta siempre que hablamos de la erisipela. Las antiguas teorías de la propagación de esta enfermedad por los vasos sanguíneos apenas si tienen partidarios, y las modernas investigaciones, como asimismo los experimentos irreprochables de Fehleissen, nos demuestran que la erisipela

FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO

Compuesto de ioduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE.

Literatura y muestras á su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Poía de Gordón (León).

es producida por un estreptococo específico que se propaga, desarrolla y tiene su asiento en los vasos linfáticos de la piel y el tejido celular subcutáneo.

En este enfermo hay dos circunstancias que debemos tener en cuenta; la primera, es la extracción de un molar correspondiente al maxilar superior del lado de la cara donde la erisipela presentó la placa gangrenosa. La herida operatoria consecutiva á extracción de la muela pudo ser la puerta de entrada del germen microbiano, el que si bien es verdad tuvo que recorrer toda la mejilla para ascender hasta las corrientes linfáticas nacidas en la parte interna de los párpados, pudo muy bien seguir este trayecto, y, encontrándose en el citado punto en condiciones apropiadas para su desarrollo, dar lugar en él al foco erisipelatoso.

Esta explicación podría satisfacerlos si la erisipela hubiera sido unilateral, pero habiéndose presentado, si bien con mucha menos intensidad, en los párpados correspondientes al lado de la cara donde no se practicó ninguna operación quirúrgica, no podemos darnos cuenta del por qué de su presencia en estos párpados. Por otra parte, tampoco debemos olvidar que el enfermo se bañó la noche antes de sentirse indispuerto, pudiendo ser ésta la causa, no sólo predisponente, sino determinante de la enfermedad, si tenemos en cuenta que si el baño no estaba limpio podía contener el estreptococo erisipelatoso, y la piel de los párpados alguna pequeña erosión, que, pasando inadvertida para el paciente, pudo ser la puerta de entrada del germen infeccioso.

Sea cualquiera la causa ocasional, porque las dos hipótesis son más ó menos admisibles, si desechamos la erisipela espontánea, debemos, sin embargo, hacer constar que en el caso clínico presente la erisipela coincidió con una intervención quirúrgica, y esto viene á comprobar, como ha sucedido en otros casos, que, entre todas las variedades de erisipela, la más grave es aquella que sobreviene de las heridas operatorias.

También debemos llamar la atención sobre la gravedad que reviste esta forma de erisipela primitiva de los párpados, porque si llega á ser invadida la piel de los mismos por la gangrena, pueden éstos sufrir destrucciones considerables que son causa segura de grandes deformidades y de formación de ectropions cicatriciales difíciles de corregir, á pesar de hábiles intervenciones quirúrgicas.

Por lo que se refiere al globo ocular, indicaremos que la córnea es á menudo el asiento de queratitis ulcerosas graves; pues bien: en el caso clínico presente, la úlcera corneal fué solamente descamación del epitelio córneo, no dejando opacidad ninguna; en muchos casos quedan manchas cicatriciales que perturban en gran manera la visión.

La inflamación de los párpados puede, como sucedió en este caso, propagarse al tejido celular de la órbita, dando lugar á abundantes supuraciones y necrosis de las paredes orbitarias, como indican las tres esquirlas que expulsó el enfermo, desprendidas indudablemente del hueso etmoides, que compone la mayor parte de la cara interna de la órbita, porque el unguis y el borde posterior de la apófisis ascendente del maxilar superior, forman la parte anterior de la misma, y en este sitio no pude apreciar lesión ósea ninguna.

La infección estreptocócica al propagarse al tejido celular de la órbita, puede comprimir el nervio óptico y los vasos

retinianos, formando trombus en su interior, como en el caso observado por Knapp, sobreviniendo, como consecuencia, ceguera repentina por neuritis retrobulbares, y en algunos casos, aunque más raros, cegueras permanentes que reconocen como causa la atrofia del nervio óptico, producida por compresión é inflamación del tejido nervioso. Por último, también es posible la propagación meníngea y la muerte del enfermo por meningitis infecciosas, como dejo indicado al hablar del pronóstico.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Resultando del acta del concurso celebrado el día 15 del corriente, en cumplimiento de la orden de convocatoria de 11 de Febrero último, para proveer las direcciones médicas de los Establecimientos balnearios vacantes, en la forma que determina el art. 29 del Reglamento de Baños, que previa lectura del escalafón del Cuerpo y de la expresada convocatoria, se verificó el sorteo de los médicos reconocedores, que determina el art. 162 de la Instrucción general de Sanidad, resultando elegidos D. Rafael Fraile, D. Cándido Vallés y D. Arturo Daza de Campos; que procediéndose después á la provisión de las direcciones vacantes y que vacasen por las circunstancias del concurso, solicitó D. César García Terosa la dirección del Balneario de Caldas de Montbuy (Barcelona); D. Joaquín Alexandre, la de Panticosa (Huesca); D. Mariano Monserrate Abad, la de Bofiar (León); D. Wenceslao Fernández de la Vega, la de Paracuellos de Giloca (Zaragoza); D. Sixto Botella, la de Zaldívar (Vizcaya); D. Miguel Peña, la de Caldas de Malavella (Gerona); D. Rogendo Castells, la de Fitero Viejo (Navarra), y D. Arturo Daza de Campos, la de La Puda (Barcelona):

Considerando que el concurso se ha ajustado á las prescripciones reglamentarias,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se apruebe el expresado concurso, expidiéndose los respectivos nombramientos á los médicos directores interesados en él, para todos los efectos reglamentarios y del art. 162 de la Instrucción general de Sanidad; y

2.º Que se declare constituida la Comisión reconocedora á los efectos del ya citado art. 162.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el de los interesados y efectos oportunos Dios guarde á V. I. muchos años.

Madrid, 16 de Marzo de 1921.—*Bugallal*.—Señor inspector general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.), de acuerdo con lo determinado por el vigente Reglamento de Sanidad exterior, ha tenido por conveniente disponer que el Tribunal de examen de los aspirantes á las oposiciones de secretarios intérpretes de Sanidad exterior, convocadas con fecha 30 de Septiembre del año próximo pasado, quede constituido en la siguiente forma: *presidente*, D. Manuel Romero Ponce, sub-inspector de Sanidad exterior; *vocales*, D. Francisco Contre-

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

ras Martín, jefe de Sección administrativa de esa Inspección general; D. Antonio López Sancho, catedrático de Geografía; D. Fernando Fernández Celbeti, catedrático de Idiomas; D. Pablo Salvat, intérprete de la Dirección general de Seguridad: *suplente*, D. Luis Fernández Ruíz Sánchez, secretario intérprete de la Estación sanitaria del puerto de Ribadesella.

Deberá actuar de secretario de dicho Tribunal el vocal de menos edad.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años.

Madrid, 19 de Marzo de 1921.—*Bugallal*.—Señor inspector general de Sanidad.

Inspección General de Sanidad.

CIRCULAR

Habiéndose suscitado algunas dudas sobre la verdadera interpretación y alcance de lo determinado en el apartado B) del art. 1.º del Reglamento para las oposiciones á plazas de secretarios intérpretes de Sanidad exterior, que acompaña á la circular de este Centro de 30 de Septiembre de 1920, publicada en la *Gaceta de Madrid* de 5 del mes de Octubre siguiente, y con el fin de que pueda concurrir á las citadas oposiciones el mayor número posibles de aspirantes,

Esta Inspección General ha tenido por conveniente disponer:

Que dicho apartado quede redactado en la siguiente forma:

«B) Ser mayor de diez y ocho años de edad y no exceder de la de cuarenta.»

Que la fecha señalada en la expresada circular para el comienzo de los ejercicios se amplíe hasta el 25 de Abril próximo y se prorrogue hasta el 15 del propio mes el plazo para la admisión de solicitudes.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 18 de Marzo de 1921.—El inspector general, *Manuel M. Salazar*. (*Gaceta* del 19 de Marzo.)

En cumplimiento de lo dispuesto en la Real orden de 25 de Febrero de 1916, para la provisión por contrato entre propietarios de Establecimientos balnearios y médicos habilitados de aguas minerales, se anuncian como vacantes las siguientes plazas, para conocimiento de los interesados y publicación en los *Boletines Oficiales* de las provincias, según preceptúa la citada Real orden.

Las instancias acompañadas del contrato se admitirán en el registro general del Ministerio, hasta las catorce horas del día 1.º de Abril próximo.

Establecimientos balnearios á que se refiere el anuncio anterior.

Alfaro (Almería), Alicun (Granada), Almeida (Zamora), Arachavaleta (Guipúzcoa), Arlanzón (Burgos), Arro (Huesca), Ataun (Guipúzcoa), Alcarraz (Lérida), Venimarfull (Valencia), Bouzas (Zamora), Betelu (Navarra), Brak (Cádiz), Busot (Alicante), Burjasot (Valencia), Caldas de Voi (Lérida), Caldas (Orense), Carballo (Coruña), Caldas de Estrach y Titus (Barcelona), Cabreiroa (Orense), Cucho (Burgos), Caldas de Reyes

Dávila (Pontevedra), Coofrentes (Valencia), Cardó (Tarragona), Cortegada (Orense), Corconte (Burgos), Calzadilla del Campo (Salamanca), Echano (Vizcaya), Estadilla (Huesca), Elejabeytia (Vizcaya), Elorrio (Vizcaya), El Molar (Madrid), Fuente Alamo (Jaén), Fuente Podrida (Valencia), Fuentenueva de Verín (Orense), Fuensanta de Gayangos (Burgos), Fuente Apestosa (Albacete), Gigonza (Cádiz), Gaviria (Guipúzcoa), Guitiriz (Lugo), Graena (Granada), Gravalos (Logroño), Guardias Viejas (Almería), Guasala (Vizcaya), Hervideros del Emperador (Ciudad Real), Hervideros de Fuensanta (Ciudad Real), Incio (Lugo), La Alameda (Madrid), La Cafiya (Pontevedra), La Garriga (Barcelona), La Malaha (Granada), La Rivera (Jaén), La Herrería (Badajoz), La Maravilla Loeches (Madrid), Lucainena (Almería), La Isabela Sacedón (Guadalajara), La Aliseda (Jaén), La Hijosa (Ciudad Real), Molinell (Valencia), Montejo de Cebas (Burgos), Mourrente y Las Aceñas (Pontevedra), Monasterio de Piedra (Zaragoza), Montanejos (Castellón), Navalpino (Ciudad Real), Nuestra Señora de Avella (Castellón), Nuestra Señora de las Mercedes (Gerona), Nuestra Señora del Carmen (Valencia), Nuestra Señora del Orito (Alicante), Ormaiztegui (Guipúzcoa), Paterna (Cádiz), Ponferrada (León), Prelo (Oviedo), Pueblo Nuevo del Mar (Valencia), Puentesanta (Santander), Puente Candelas (Pontevedra), Pozo Amargo (Sevilla), Partovia (Orense), Peñas Blancas (Córdoba), Quinto (Zaragoza), Riva de Baños (Logroño), Salvatierra de los Barros «El Charcón» (Badajoz), Salvatierra de los Barros «El Moral» (Badajoz), Salinas de Rossio (Burgos), Salinetas de Novelda (Alicante), Salinillas de Buradón (Alava), San José (Albacete), San Juan de Ascoitia (Guipúzcoa), Santo Tomás (Valencia), Santa Coloma de Farnés (Gerona), San Vicente (Lérida), Segura (Teruel), Solán de Cabras (Cuenca), San Telmo (Cádiz), Santa Ana (Valencia), Traveseres (Lérida), Tortosa (Tarragona), Tona Roqueta (Barcelona), Valdelateja (Burgos), Villaro (Vizcaya), Valle de Rivas (Gerona), Villa Harta (Córdoba), Vilo ó Rosas (Málaga), Val (Pontevedra), Yémada (Cuenca), Zuazo (Alava).

Madrid, 21 de Marzo de 1921.—El inspector general, *M. Salazar*. (*Gaceta* de 23 de Marzo.)

MONTEPIÓ FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D. Antonio Barroso y Sánchez, médico, residente en Sevilla y socio de este Montepío, solicita pensión de jubilación.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del Reglamento.

Madrid, 10 de Marzo de 1921.—El secretario general, *Marín*.

2

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,6; ídem mínima, 704,8; temperatura máxima, 19,4; ídem mínima, 1,1; vientos dominantes, N, SSO y NE.

Han sufrido visible recrudescimiento los padecimientos

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 y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25, San Sebastián.

de índole gripal, en especial los generalizados y relativamente benignos. También se han presentado en mayor número las bronconeumonías y pleuroneumonías gripales, los reumatismos y los estados congestivos, con algunas hemorragias consecutivas.

La mortalidad no ha experimentado grande aumento.

Crónicas.

Depósito de radio en Chile.— Los periódicos de Chile declaran que se ha encontrado radio en la región salitrosa de aquel país. Este descubrimiento ha llamado poderosamente la atención en Francia, de donde varios reputados radiólogos, incluyendo Mme. Curié, han pedido al Gobierno de Chile que funde un laboratorio de radio, para cuyo objeto ha votado el Gobierno los fondos necesarios.

Nueva Facultad de Medicina en Pernambuco.— En la población de Recife del Estado de Pernambuco (Brasil), se inauguró recientemente la nueva Facultad de Medicina. El Dr. Armando Gayoso pronunció el discurso inaugural. El Estado de Pernambuco ha terminado recientemente un convenio con el Gobierno federal para obras de profilaxia rural, habiéndose creado una estación en Villa Ribeirao.

Convención de un Congreso Americano de Medicina Interna.— Se celebró en Baltimore, del 21 al 26 de Febrero, la quinta Convención anual del Congreso Americano de Medicina Interna, dedicándose las sesiones a demostraciones y clínicas y a visitas de inspección a los hospitales de Baltimore. Se eligió la siguiente Junta directiva: *presidente*, doctor Sydney Miller, Baltimore; *vicepresidentes*, Dres. Ellsworth Smith y James Rae Arneill; *tesorero*, Dr. Clement R. Jones, y *secretario general*, Dr. Frank Smithies. El Dr. J. M. Anders fue elegido presidente del American College of Physicians.

Premio por investigación del cáncer.— La Fundación Mörsel ofrece un premio de 10.000 marcos por la mejor obra relativa a la etiología, diagnóstico o tratamiento del cáncer, que sea un verdadero adelanto. El segundo premio es de 5.000 marcos y se concederá para el trabajo que siga en mérito. El concurso está abierto hasta el 1.º de Octubre de 1922. Los artículos se enviarán al director del Instituto para investigación experimental del cáncer en Heidelberg. Deberán estar escritos en alemán y se deben publicar entre el 1.º de Enero de 1921 y el 1.º de Octubre de 1922 ó estar listos para publicarse cuando se presenten.

Se suspende un Congreso de Higiene.— El Congreso Internacional de Higiene que debería celebrarse en Mayo en Ginebra, se ha dejado pendiente, debido al poco valor de la moneda de muchos países y al alza del franco suizo, lo cual impediría que muchos países enviasen delegados.

Premio Parkin.— El Royal College of Physicians, de Edimburgo, anuncia un premio Parkin de £ 100 para autores de todas las naciones, por el mejor ensayo sobre «El efecto de la acción volcánica en la producción de las enfermedades epidémicas en el reino animal y vegetal y en la producción de los huracanes y fenómenos atmosféricos anormales». Pueden obtenerse datos con respecto al concurso, dirigiéndose al secretario, Dr. J. S. Fowler, de Edimburgo.

Sensible defunción.— Una de las personalidades más salientes y estimadas del Cuerpo de médicos directores de aguas minerales, el Dr. D. Clodomiro Andrés, que ocupaba uno de los primeros lugares en el escalafón del referido Cuerpo, ha fallecido en esta Corte a consecuencia de una neumonía gripal, a la edad de setenta y cuatro años. Las condiciones estimabilísimas del carácter del Sr. Andrés, su cultura y su saber reconocidos y sus procedimientos de estrecha ética profesional le hacían objeto de la estimación de sus compañeros y sus clientes. Hijo del reputado periodista médico D. Saturio Andrés que en el pasado siglo libró en pro de los intereses de las clases médicas famosísimas luchas con Méndez Alvaro, Calvo Asencio, Tejada y España, Cuesta y otros escritores ilustres, tenía D. Clodomiro Andrés las dos condiciones hereditarias del amor religioso a la profesión y de la ingeniosidad y el gracejo en la expresión de sus pensamientos. Reciba su distinguida familia la expresión de nuestro sincero dolor.

Una aclaración.— El secretario general de la Cruz Roja Española ruega a la Prensa se haga público que la mujer detenida en Málaga, en el Sanatorio Quirúrgico de la Cruz Roja, como autora de una sustracción, «no pertenece ni ha pertenecido jamás al benéfico Instituto», como se ha dicho.

Se trata de una sirvienta que prestaba en dicho Sanatorio servicios mecánicos de la más modesta índole, y, en efecto, sin relación alguna directa ni indirecta con la Cruz Roja Española.

Especialidades farmacéuticas extranjeras.— La *Gaceta* publica una Real orden del Ministerio de la Gobernación ampliando hasta el 31 de Marzo de 1922 el plazo concedido para la presentación en el Registro de las especialidades extranjeras por el artículo transitorio 1.º, en su apartado 3.º, a fin de que puedan seguir vendiéndose las que antes de 6 de Marzo de 1919 estaban a la venta.

El pago será de derechos dobles, reservándose los sencillos a las nuevas especialidades.

Cruz Roja Española.— Las Juntas de damas de los distintos distritos, patrocinadas por la Reina doña Victoria, preparan la organización de algunos festivales a beneficio del piadoso Instituto.

Además de la corrida de todos los años, se efectuarán varias fiestas.

Entre otras, una en el teatro Real y un baile en el hotel Ritz.

Homenaje a Madame Curie.— Con motivo del viaje de Madame Curie a América, las Sociedades científicas de los Estados Unidos se disponen a agasajar a la ilustre dama.

Entre los numerosos homenajes que se la tributarán, de alguno de los cuales ya hemos dado cuenta, el Instituto Nacional de Ciencias Sociales de los Estados Unidos la ha otorgado la Gran Medalla de Oro, que le será entregada en su visita a este importante centro.

Compañero fallecido.— A los setenta y seis años de edad ha fallecido en Villalón de Campos, donde desempeñaba la titular de médico, nuestro distinguido compañero D. Ricardo Gutiérrez García.

Con este motivo cumplimos manifestar a su familia y especialmente a su hijo Antonio, también médico, la parte que tomamos en su justo dolor.

Se necesitan médicos para ponerse al frente del Instituto Radiumterápico de Madrid. Princesa, 58. Urgente.

Oposiciones a médicos inspectores provinciales de Sanidad.— En la *Gaceta* del 3 de Febrero; instancias hasta el 21 de Marzo. Se cubrirán nueve vacantes, quedando como aspirantes los aprobados sin plaza. Obra única por los Sres. Ferrán, Delgado y Campos, 60 pesetas.— Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. GIRAL

Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.), agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorio del doctor Giral.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

SOLUCIÓN BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1.