

# 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:**

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

## PROGRAMA CIENTÍFICO:

*Ciencia española.*—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Critica, 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:** Las manifestaciones de la arterioesclerosis en el ojo, por el profesor *E. Fuchs* (de Viena).—Clínica quirúrgica, por el Dr. *José Blanc Fortacín*.—Papel de la sífilis en la génesis de la llamada epilepsia esencial, por el Dr. *Carlos A. Eambarén*.—**Periódicos médicos.**—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por *Decio Carlan*.—Sobre la reforma de los manicomios españoles, por *Rodrigo G. Pinto*.—La reforma del Cuerpo de directores de baños, por el Dr. *Pinilla*.—Homenaje á un médico.—**Sociedades científicas:** Sociedad Ginecológica Española.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Las manifestaciones de la arterioesclerosis en el ojo

POR EL

PROF. E. FUCHS (de Viena) (1)

Señores: Me es muy grato, en primer término, expresar mi más sincera gratitud por el gran honor que la Facultad me confiere al invitarme á dar esta conferencia, gratitud que tengo que sumar á la que adeudo desde el pasado año en que fui igualmente honrado con el ruego de dar un curso acerca de anatomía patológica ocular, objeto de mis investigaciones de siempre.

Recibid, pues, señores profesores todos, la expresión de mi reconocimiento, así como de la admiración que en mí despierte vuestra importante labor, tanto más meritoria, cuanto que, aunque llevada á cabo con medios materiales no siempre á la altura de vuestra valía, es de resultados positivos para el progreso científico universal á que la ciencia médica española va contribuyendo cada vez más intensamente, con los trabajos de vuestro ilustre Cajal á la cabeza. Permitidme además que exprese en especial mi agradecimiento al señor Decano, el ilustre profesor Recasens, que me ha hecho objeto de las más delicadas atenciones, á mi amigo y colega el profesor Márquez, cuyas excelentes condi-

ciones de maestro, clínico experto y operador metódico y delicado he tenido ocasión de observar, á los valiosos colegas de Madrid que me han atestiguado en todo momento una bondad sin límites, y en fin, á los señores alumnos de esta Facultad que se dignan asistir á mi conferencia.

Entremos ya en el asunto de esta.

Al escoger las manifestaciones de la arterioesclerosis en el ojo como tema de esta conferencia, lo he hecho creyendo que sería de interés, no sólo para el oculista, sino para todos los médicos en general, ya que la presencia de arterioesclerosis en un órgano indica que no falta tampoco en otros. Sabido es, que la arterioesclerosis no ataca por regla general los vasos del cuerpo entero en igual grado, de modo que, por ejemplo, en unos individuos está localizada preferentemente en los grandes vasos como la aorta, en otros en los vasos menores de las extremidades ó en los de la cabeza. Por este motivo los vasos del ojo están muy á menudo afectados en la arterioesclerosis del cerebro, de lo que se deduce una gran importancia del examen de los fondos de ojo con relación á un diagnóstico precoz de la arterioesclerosis de los vasos cerebrales. El ojo es el único órgano en que con el oftalmoscopio se pueden ver los vasos desnudos, sin descubrirlos por medio de una operación, y la ampliación con la cual se ve con el oftalmoscopio permite discernir lesiones muy insignificantes. Por lo tanto, un examen cuidadoso del fondo

(1) Conferencia dada en la Facultad de Medicina de Madrid el día 11 de Marzo de 1921.

del ojo puede revelar la presencia de arterioesclerosis en un período en que no se manifiesta aún clínicamente. Entonces el examen del estado de los vasos en general, de la presión sanguínea, de la orina, etc., podrá á menudo completar el cuadro de arterioesclerosis incipiente, permitiendo así al médico combatirla precozmente y evitar, ó á lo menos aplazar, las consecuencias graves de los períodos ulteriores de la enfermedad. Se sabe que los enfermos que vienen á consultar por una pequeña hemorragia de la retina, mueren en gran parte de apoplejía en los años siguientes. Ello demuestra la importancia del reconocimiento de los fondos de ojo para el diagnóstico, pronóstico y terapéutica en general.

Voy á exponer en primer lugar las *lesiones anatómicas* basándome en las investigaciones numerosas de ojos y nervios ópticos de ancianos que he hecho. En autopsias de individuos de setenta ó más años no he encontrado nunca normal la carótida interna ni la arteria oftálmica en su porción intracraneal. Ambas tenían depósitos más ó menos espesos sobre la membrana elástica interna, y la carótida mostraba á veces placas calcáreas. La luz de estos vasos puede estar reducida por el espesamiento de la pared vascular, pero más á menudo se encuentra una dilatación del vaso. Es notable, que en cuanto á la arteria oftálmica, la dilatación y también el espesamiento de la pared suele desaparecer bruscamente al llegar al punto de entrada en el canal óptico. En éste la arteria se aloja en el tejido denso de la membrana que constituye á la vez la vaina dural y el periostio del canal. La arterioesclerosis se ha atribuído á la dilatación del vaso á cada sístole del corazón dañando cada vez el tejido elástico de la pared vascular, el cual ha de ser substituído más y más por tejido conjuntivo, determinando el engrosamiento de la pared. La arteria oftálmica, por ser incluida en su trayecto á través del canal óptico en un tejido muy denso y resistente, se encuentra por eso protegida contra esta dilatación perpetua. Lo que podría explicar la falta de lesiones de arterioesclerosis en este sitio. El mismo fenómeno se observa en los vasos ciliares posteriores, cuyas alteraciones se pierden en el punto de entrada en el tejido duro de la esclerótica.

En los vasos centrales del nervio óptico, siendo de tamaño menor, la esclerosis es frecuente pero no tan general como en la carótida y en la arteria oftálmica. Las lesiones de la arteria central alcanzan á menudo su máximum inmediatamente detrás de la lámina cribosa ó en esta misma, por lo que la obstrucción del vaso se produce lo más frecuentemente en este sitio. En la vena central las lesiones son más raras, pero puede también dar ocasión á la obstrucción completa. Las venas vorticosas muestran á veces espesamiento de la pared y hasta obstrucción en su trayecto á través de la esclerótica en casos de glaucoma, de manera que algunos autores han visto en esto las causas de esta enfermedad. Como no he encontrado estas lesiones sino en casos de glaucoma avanzado, se trata, á mi juicio, de lesiones consecutivas y no predecesoras al aumento de la presión intraocular.

En el interior del ojo participan los vasos retinianos

de la esclerosis de los vasos centrales del nervio óptico, de los cuales emanan, residiendo las lesiones más ó menos uniformemente en todo el árbol arterial, al contrario de las alteraciones sifilíticas, que suelen manifestarse bajo la forma de focos aislados. En los vasos de la úvea la arterioesclerosis senil es de poca importancia, salvo los casos complicados con nefritis crónica. En éstos las alteraciones vasculares son á menudo muy considerables: endarteritis hasta completa obstrucción y en las venas espesamiento de la pared con degeneración hialina. Estas lesiones vasculares son independientes de la retinitis albuminúrica, hallándose igualmente en casos con ó sin retinitis. Lesiones graves de las paredes de los vasos ciliares se encuentran también en individuos sifilíticos con ó sin coroiditis.

Aunque hoy no quiero tratar sino de la esclerosis senil, me parece conveniente decir unas palabras sobre la distinción entre ella y la arteritis sifilítica en lo que se relaciona con el ojo. La arteritis sifilítica se acompaña siempre de una infiltración linfocitaria de la pared del vaso, que á menudo se extiende al tejido ambiente, mientras que la esclerosis senil es un proceso meramente degenerativo. La sífilis no ataca los vasos de una manera tan uniforme como la esclerosis senil, pero aumentando acá y allá, establece focos de mayor intensidad hasta la obliteración total de los vasos. Lo mismo puede presentarse en niños que en adultos. He examinado preparaciones de un niño de un año, en que algunos vasos estaban obliterados por completo, otros tenían ensanchamientos aneurismáticos, y otros roturas de la pared con extravasación de sangre.

En cuanto á los *síntomas clínicos* de la arterioesclerosis, las alteraciones de los vasos retinales son directamente perceptibles con el oftalmoscopio, mientras las de los vasos retrobulbares se revelan sólo por sus consecuencias. En la cavidad craneal la carótida interna y aun más la arteria oftálmica pueden lesionar el nervio óptico. La arteria oftálmica está adosada al lado inferior del nervio desde su arranque de la carótida, y cuando está dilatada y su pared más rígida, empuja el nervio óptico, que está impelido á evadirse hacia arriba por la duramadre que le recubre. La presión de la arteria efectúa una impresión en el lado inferior del nervio, que en algunos casos llega á dividir el nervio en dos partes. La destrucción de un cierto número de fascículos nerviosos determina una disminución de la agudeza visual y un estrechamiento del campo visual al lado nasal que puede adoptar la forma de una hemianopsia binasal, si la lesión interesa á ambos nervios ópticos. Como las partes laterales de los nervios ópticos permanecen indemnes, esta afección no llega nunca á ocasionar la ceguera completa.

Otra lesión debida á la arterioesclerosis son los focos aislados de atrofia en el nervio óptico. Examinando los nervios ópticos de ancianos de setenta años y más, desde el quiasma hasta su entrada en el ojo en cortes transversales, he encontrado estos focos casi en todos los casos, y siendo esta afección desconocida hasta ahora, me permito describirla con mayor extensión.

Los focos atróficos se denuncian por la reducción

de los haces de fibras nerviosas y por el engrosamiento de los tabiques conjuntivos (fig. 1<sup>a</sup>). En cortes teñidos, según Weigert, el número de fibras nerviosas perceptibles en los haces, va disminuyendo progresivamente, al mismo tiempo que éstos se contraen y se

Fig. 1.<sup>a</sup>.

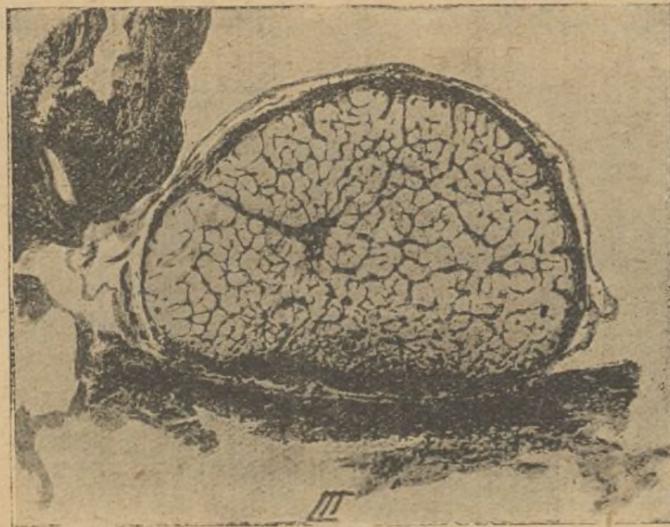
engruesan los tabiques, acercándose cada vez más, de modo que en casos avanzados pueden llegar a unirse unos con otros, y si el foco está en la periferia del nervio, con la vaina pial que entonces aparece más gruesa, y el corte transversal del nervio muestra un aplastamiento en el lugar correspondiente al foco atrófico (figs. 2.<sup>a</sup> y 3.<sup>a</sup>).

Los focos son de dimensiones varias; los más grandes llegan a ocupar hasta una tercera parte del corte transversal del nervio, teniendo una longitud hasta 20 milímetros.

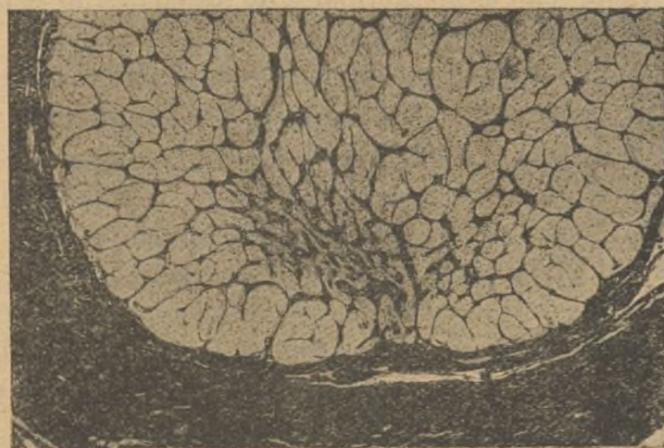
Fig. 2.<sup>a</sup>.

En el trayecto del foco hay siempre un sitio en que la atrofia alcanza su máximo y que puede considerarse como el punto de partida del proceso mórbido, desde el cual se extiende hacia arriba una atrofia ascendente y hacia abajo una atrofia descendente, la primera siendo siempre tres á cinco veces más larga que la segunda, por encontrarse el punto de máxima atrofia más próximo del extremo inferior del foco. El número de focos hallados en cada nervio puede ser de uno á cuatro. Asientan de preferencia en la periferia del nervio y sólo por excepción en las paredes centrales (figs. 4.<sup>a</sup> y 5.<sup>a</sup>). En cuanto á la causa productora de los focos atróficos, no se puede buscarla en las enfermedades, á que

habían sucumbido los ancianos, por ser estas enfermedades muy varias. Visto que los focos atróficos se encuentran en casi todos los viejos, tienen que ser consecutivos á una lesión senil casi general, y no hay otra más frecuente que la arterioesclerosis. Por eso atribuyo los focos atróficos á la esclerosis de las pequeñas arterias que nutren el nervio óptico, penetrando en él con los tabiques, que arrancan de la vaina pial. Estas arterias,

Fig. 3.<sup>a</sup>.

siendo arterias terminales, su obliteración tiene que acarrear la anemia de la porción correspondiente del nervio, lo que determina la mortificación pronta del tejido nervioso, mientras que el tejido conjuntivo más resistente de los tabiques no sólo queda en vitalidad, sino que substituye por su aumento á la disminución del tejido nervioso. Asentando los focos atróficos por lo común en la periferia del nervio, no dañarían la agudeza de la visión central, sino motivarían sólo un estrecha-

Fig. 4.<sup>a</sup>.

miento periférico del campo visual que, por regla general, los ancianos no advertirían.

Prescindiendo de dichos focos atróficos, la esclerosis de los vasos de la órbita no produce síntomas clínicos, salvo unos raros casos de aneurisma orbital ó de un exoftalmo pulsátil consecutivo á la rotura de la carótida interna en el seno cavernoso.

La esclerosis de los vasos del fondo del ojo no se revela solamente por sus consecuencias, sino que puede ser vista directamente con el oftalmoscopio, al menos

en el sistema de los vasos retinianos. La esclerosis de las arterias de la retina se manifiesta en su primer período por una tortuosidad más grande y un brillo más acentuado de la banda de reflejo. Más tarde la pared engrosada del vaso llega á percibirse como estria blanca contorneando el vaso, y á medida que estas estrias se vuelven más anchas, se adelgaza la banda roja de la columna de sangre y va desapareciendo la banda de reflejo. Al fin, en casos avanzados, la columna sanguínea puede desvanecerse por completo, de manera

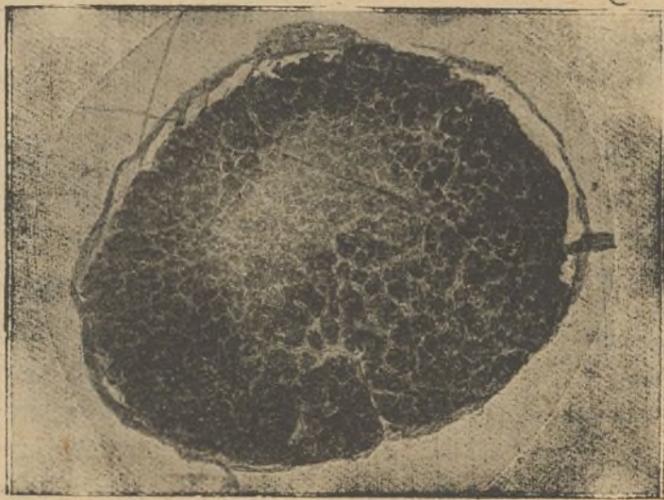


Fig. 5.a.

que el vaso se ha transformado en una cuerda blanca. La rigidez de la pared vascular se revela ya en un período precoz, en sitios en que una arteria cruza una vena, hallándose ésta comprimida por la arteria. Además, las venas están más tortuosas y presentan con frecuencia alternativas de contracción y ensanchamiento. Aparte de los grandes vasos se descubren á menudo vasos pequeños, tortuosos como un tirabuzón, que no son visibles en el ojo normal y de los cuales no se puede decir si son arterias ó venas.

La consecuencia más frecuente de la esclerosis de los vasos retinianos suelen ser las pequeñas hemorragias que se encuentran á menudo en los ojos de ancianos. Son pequeñas manchas rojas redondas ó estriadas, colocadas las más de las veces en la proximidad de los vasos. Si asientan en la periferia del fondo, el enfermo no las advierte, pero sí cuando están en la proximidad de la mácula lútea, motivando entonces la disminución de la agudeza visual y la aparición de escotomas positivos. Hay casos malignos en que las hemorragias siguen produciéndose repetidamente hasta acabar con la vista.

Otra manifestación más indirecta de la arterioesclerosis retiniana, son manchas blancas en principio, pequeñas y redondas, en la retina. Pueden evolucionar de hemorragias en virtud de una degeneración grasienta ó pueden ya presentarse como tales consecutivamente á varios procesos degenerativos. En la retinitis circinada, estas manchas alcanzan una gran profusión con disposición en forma de un círculo, rodeando la mancha amarilla. Se ha sostenido que también otras dos clases de retinitis, combinadas con hemorragias y manchas blancas, es decir, la retinitis albuminúrica y la retinitis diabética, eran dependientes de la escler-

osis de los vasos retinianos. En contra de esta afirmación, habla que el examen microscópico no llega á denunciar lesiones vasculares en muchos de estos casos.

La consecuencia más grave de la arterioesclerosis retiniana, es la obstrucción de la arteria central. El enfermo se vuelve bruscamente ciego de un ojo y el oftalmoscopio entonces descubre la papila pálida, las grandes arterias retinianas muy reducidas, las pequeñas invisibles, á veces, también, las venas adelgazadas, un enturbiamiento grisáceo de la retina disminuyendo de la papila hacia la periferia y una mancha roja en la mácula lútea. Todos estos casos se habían primeramente considerado como embolias de la arteria central, pero hoy en día se sabe que en una gran parte de ellos se trata de trombosis. Contra esta doctrina se ha alegado lo súbito de la abolición de la circulación retiniana. Eso se explica probablemente de modo que los asientos sobre la membrana elástica interna de la arteria vayan estrechando su luz cada vez más, y retardando así la corriente de la sangre en este sitio, den lugar á la precipitación de un coágulo sobre la parte saliente de la pared, obstruyendo así la poca luz que aún quedaba. Acaso contribuye á eso un espasmo de la arteria provocado por la anemia, que hace que la pared vascular se pegue íntimamente al coágulo. En efecto: la obstrucción total y permanente de la arteria es precedida á veces por accesos repetidos de ceguera fugaces que podrían atribuirse á espasmos de la arteria. Que tales espasmos existen, se ha comprobado en algunos casos en que el reconocimiento oftalmoscópico se había hecho durante un tal acceso, demostrando el estrechamiento excesivo de las arterias. Los oscurecimientos transitorios repetidos consecutivos á contracción espasmódica de las arterias, ocurren en personas con arterioesclerosis, también sin ser seguidas de ceguera ulterior, sea sin consecuencia ninguna, sea dejando sólo escotomas. En vez de la arteria central, la obstrucción definitiva ó transitoria puede referirse á uno de sus ramos, causando la pérdida de la visión sólo en la parte correspondiente del campo visual.

Se observa en los ojos de individuos padeciendo la arterioesclerosis, también la trombosis de la vena central ó de uno de sus ramos. Las consecuencias inmediatas son menos graves que en la trombosis de las arterias. Las venas obstruidas están muy dilatadas y tortuosas, y la porción correspondiente de la retina, está recubierta de una profusión de hemorragias, en virtud de las cuales existen escotomas con disminución de la agudeza visual. Si la obstrucción no concierne sino á un ramo de la vena central, la circulación puede restituirse por el establecimiento de vasos colaterales, pero en la mayoría de los casos las hemorragias no dejan de reproducirse y el ojo queda ciego por esto ó por un glaucoma hemorrágico que sobreviene en muchos de estos casos. Las consecuencias del estrechamiento ó de la obstrucción total de los vasos retinianos es tan grave, porque estos vasos no se anastomosan entre sí más que por capilares. Las arterias siendo arterias terminales, su obstrucción es seguida de anemia completa de la porción correspondiente de la retina. Pues la retina como

el sistema nervioso central, del cual es una porción, no puede tolerar la anemia ni siquiera por un rato muy breve y se muere. La retina se volvería necrótica por completo si no fuese por la coroides, que contribuye mucho á su nutrición, particularmente de sus capas exteriores. Por esto, estas capas quedan normales y se pierden solo las capas más interiores en los casos de obstrucción de las arterias de la retina.

El sistema de los vasos ciliares nutriendo la úvea tiene condiciones mucho más favorables para la compensación de trastornos de la circulación, poseyendo anastomosis numerosas. Las arterias ciliares largas están reunidas entre sí por el círculo arterial mayor y las venas comunican unas con otras en todas partes. Por esto hasta la obstrucción de muchos vasos como en algunos casos de sífilis ó de nefritis no tienen consecuencias visibles en el tejido de la úvea. Prescindiendo de casos traumáticos, las hemorragias tan frecuentes en la retina, no se encuentran casi nunca en la coroides.

Según lo dicho, la arterioesclerosis es la causa de numerosas lesiones del ojo y del nervio óptico, pero la comprobación de la arterioesclerosis ocular por el examen oftalmoscópico es aún más importante como medio de un diagnóstico precoz de la arterioesclerosis general y particularmente del cerebro y de otras enfermedades como la nefritis, la diabetes y la sífilis.

## CLINICA QUIRURGICA

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACÍN

Cirujano de número por oposición del Hospital de la Princesa.

### I.—NUEVO MODO DE SUTURAR LOS PLANOS EN LA CURA RADICAL DE LA HERNIA.

Los materiales reabsorbibles y principalmente el catgut tienen, según nuestra experiencia, gravísimos inconvenientes. Se toleran á maravilla en bastantes casos cuando su esterilización y preparación son esmeradas; pero no es posible fiar completamente en su inocuidad absoluta, porque cuando menos piensan uno provocan supuraciones inesperadas. A nosotros nos ha ocurrido que en operaciones idénticas hechas con el mismo cuidado, empleando el mismo material, interviniendo los mismos ayudantes, un catgut de la misma marca ha provocado una supuración en la primera operación de una sesión operatoria y no la ha originado en las otras. ¿Será factor individual? ¿Será olvido de algún pequeño detalle en la preparación de un tubo de ese material? Más bien nos inclinamos á la primera hipótesis.

Tenemos una experiencia poco halagadora con el empleo del catgut crómico; al mes de haber practicado una cura radical de hernia se verificó una eliminación de tres puntos profundos de ese material; y esa eliminación á través de trayectos estrechísimos en una herida firmemente cicatrizada es penosa, molesta para el operado, enervante para el operador, que ve como su reputación padece por culpa de un mísero y despreciable hilo de sutura.

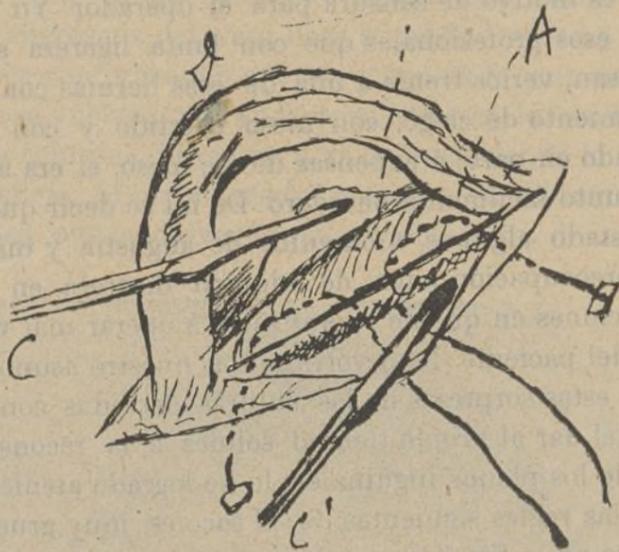
Es ya tan corriente el decir que en una hernia operada no debe pasar nada; tan poco mérito se atribuye á una cura radical de hernia libre, que cualquier tropiezo es motivo de censura para el operador. Yo querría á esos profesionales que con tanta ligereza así se expresan, verlos frente á una de esas hernias con desplazamiento de ciego, con meso evertido y con saco formado en parte á expensas de ese meso, si era aquello asunto fácilmente hacedero. De mí sé decir que me ha costado algunos momentos de angustia y más de una preocupación antes de adquirir destreza en esas operaciones en que de operar bien á operar mal va la vida del paciente. Pero volvamos á nuestro asunto. El evitar estas sorpresas de las suturas perdidas con catgut y el dar al propio tiempo solidez á la reconstitución de los planos inguinales, lo he logrado ateniéndome á las reglas siguientes: Si el saco es muy grueso y grasoso no lo fijo á la pared; al disecarlo y aislarlo de los elementos del cordón lo estiro todo lo que puedo, para ligarlo muy alto, y al seccionar la parte sobrante la misma elasticidad del peritoneo hace que se retraiga, desapareciendo á través del anillo inguinal interno hasta el interior del abdomen. Así evito esas supuraciones que los muñones fijados en la pared del abdomen han originado y me han deslucido más de una cura radical de hernia.

Si el saco es relativamente delgado, largo, y se ha podido conservar íntegro ó casi íntegro durante su disección, entonces lo invierto dentro del abdomen y lo saco á través de un ojal de la pared á un nivel todo lo más alto que puedo y allí lo fijo. Creo que no puede pedirse ya más perfección en el tratamiento del saco, que la lograda con esta maniobra de Kocher.

Pasemos ahora al tratamiento de los planos del conducto inguinal. El refuerzo del posterior consiste en la sutura de fibras musculares del oblicuo ó del recto al arco crural; el anterior, en la sutura de las fibras de la aponeurosis del oblicuo mayor y en la de los pilares del anillo inguinal externo; para que todas las suturas sean amovibles procedemos del siguiente modo: Una aguja enhebrada en crin de Florencia que lleva en uno de sus extremos un pequeño trozo de tubo de goma á manera de tope, entra atravesando piel á unos dos centímetros del borde de la incisión, cerca de su ángulo superior (fig. 1.<sup>a</sup>), sigue atravesando la aponeurosis del oblicuo mayor para ir á buscar y atravesar también las fibras de oblicuo menor ó de recto, elegidas para la reconstitución del plano posterior; traspasadas éstas por el hilo, la aguja deslizándose por debajo del cordón espermático aislado y levantado por un separador, engancha y pasa el arco crural, retrocede para salir nuevamente á la piel á través de las fibras musculares de oblicuo y transversal á una distancia de un centímetro y medio del trayecto paralelo de entrada.

Otra asa como la anterior une las fibras musculares de oblicuo menor ó recto al arco crural, reconstituyendo la mitad inferior del plano posterior inguinal. Los hilos emergentes á través de piel se sujetan tirantes con pinzas para lo que se dirá luego.

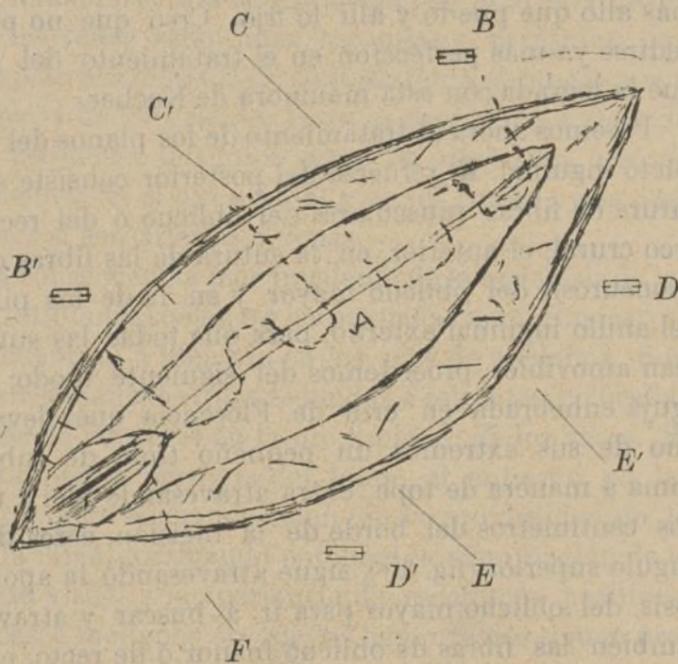
Deprímase el cordón sobre ese plano posterior reconstituido. Para reconstituir el anterior, tómese otra

Fig. 1.<sup>a</sup>

Sutura del plano profundo inguinal.

A, Arco crural — B, Fibras de oblicuo mayor. — C y C', Pinzas que sujetan las dos hojas de aponeurosis de oblicuo mayor evertidas para realizar la sutura de arco crural y fibras de oblicuo. — D, Cordón espermático levantado.

aguja enhebrada con crin lo mismo que para la sutura del plano profundo (fig. 2.<sup>a</sup>). Con ella se atraviesa la piel frente al primer punto de entrada de la sutura profunda, pero en el otro borde cutáneo de la incisión; continúese el paso de la aguja á través de la aponeuro

Fig. 2.<sup>a</sup>

Sutura de la aponeurosis del oblicuo mayor.

A, Bordes de la sección de aponeurosis de oblicuo mayor. — B C y B' C', Hilos de la sutura en zig zag de dicha aponeurosis. — D E, Extremos de la sutura profunda. — F, Cordón espermático. — G, Anillo inguinal externo.

sis incindida á un centímetro también de su borde libre; así pasará la aguja de uno á otro lado de dicha aponeurosis, formando un zig zag una, dos, á lo más tres veces, según la amplitud de la incisión. Llegadas á la mitad de la misma, la hebra vuelve á atravesar la piel por el mismo borde donde había entrado y á un centímetro también del mismo. La otra hebra de crin

va á efectuar la misma evolución en el extremo inferior de la herida. Téngase la precaución de que el hilo inferior al comprender los pilares del anillo no comprima excesivamente el cordón; y hacemos esta advertencia, porque en este ángulo inferior la sutura comienza precisamente en el anillo inguinal externo, y de no andar precavidos es muy fácil cerrarlo excesivamente.

Terminadas las suturas de ambos planos, salen á través de la piel cuatro hebras, dos á cada lado, en la misma disposición que un punto entrecortado; anúndanse entre sí y queda así cerrada la parte media de la incisión cutánea fuertemente adosados los bordes de la incisión aponeurótica, y aplicadas sobre ella las bases ó caras profundas de los colgajos de piel.

La extracción de ese material de sutura amovible se efectúa fácilmente cortando los puntos centrales á uno y otro lado del nudo y tirando de cada uno de los extremos ó toques. Esta extracción la realizamos á los ocho ó diez días de la intervención.

La sutura de los bordes cutáneos del resto de la incisión lo hacemos con agrafes, salvo en las personas muy gruesas en las cuales usamos puntos entrecortados de crin.

La sutura descrita y esquemáticamente figurada en los grabados adjuntos, tiene á nuesro juicio las ventajas siguientes: 1.<sup>a</sup> de que una vez pasado hilos se puede, tirando de ambos extremos, adosar tanto los planos profundos como los superficiales de modo que contacten los bordes, no según una línea, sino según una superficie, lo cual les da gran solidez; 2.<sup>a</sup> la cara profunda de piel y superior de la aponeurosis quedan adosadas en una extensión grande desapareciendo así un espacio muerto entre piel y aponeurosis.

## II.—DECORTICACIÓN PULMONAR (LECCIÓN CLÍNICA).

El enfermo que presenté á ustedes hace dos meses, padecía según pudieron ver una fístula pleural. Un exudado purulento metapneumónico, motivó una pleurotomía con resección de dos costillas. En aquel momento era la única intervención indicada. Estaba el enfermo cianótico, adinámico, con el corazón rechazado hasta la línea mamilar del lado derecho; en estas condiciones no era posible hacer más que lo que hicimos; infiltrar la pared torácica con novocaína al nivel de la octava costilla, resecar una porción de ésta y de la séptima; incindir el espacio intercostal y dar salida á unos dos litros y medio de pus; el precepto hipocrático quedaba cumplido; no habíamos hecho más ni menos que evacuar un gran absceso pleural. Ha pasado un mes y medio, hemos mantenido el desagüe pleural, hemos irrigado la pleura con solución clorada de Dakin; la supuración casi se agotó, pero la herida no cerraba y la fístula á pesar de las ventosas, la pasta bismutada y los ejercicios de espiración forzada á que sometimos al paciente, persistía con rebeldía desesperante.

Un examen radioscópico hecho previa inyección de pasta bismutada demostraba la existencia de una cavidad pleural de proyección oval, con diámetro mayor vertical extendido hasta tercer espacio intercostal. El pulmón estaba retraído y la cavidad empiemá-

tica persistía por eso mismo; por dificultad de restablecer el contacto de pared torácica rígida con superficie visceral del pulmón también rígido y aprisionado por una pleura engrosada; en una palabra, al absceso pleural primitivo enorme, había substituído otro menor sostenido ahora menos por virulencia microbiana, que por condiciones de rigidez de sus paredes.

El problema terapéutico debe resolverse de una de las dos maneras siguientes: ó logrando la depresión de la pared del tórax ó consiguiendo la liberación del pulmón retraído y aprisionado por la cáscara pleural engrosada.

La primera solución se obtiene mediante las llamadas toracoplastias. Esta operación ha sido la que con mayor frecuencia se ha empleado en el tratamiento de estos procesos. El desosamiento de la pared costal, la resección de la pared torácica con músculos intercostales, y pleura parietal é inversión hacia la cavidad de colgajos de piel, ha constituído en nuestra práctica una línea terapéutica casi única en esta clase de procesos. Más bien se alcanza que ese modo de proceder es eficaz contra la persistencia de la cavidad pleural anómala, pero condena al individuo á una rigidez permanente no sólo del pulmón, sino del hemitórax correspondiente. Ello no tiene un grave inconveniente en cavidades pequeñas y de nivel torácico bajo; mas sí y muy serio para aquellas cavidades amplias cuya depresión y aplastamiento sólo es posible conseguir con una resección extensa de cinco ó seis costillas; el resultado curativo se obtiene entonces merced á una verdadera mutilación.

De ahí que todas las tendencias de la moderna cirugía conservadora no sólo en lo que á lo orgánico y morfológico se refiere, sino también por lo que respecta á la restitución funcional, se oriente hoy la terapéutica hacia una menor prodigalidad en las resecciones costales y á una mayor actuación sobre la esclerosis pleural, causa inmediata y verdadera de la persistencia de anomalía en la función pulmonar y en la estática torácica.

Por esta razón, en este enfermo vamos á ser sobrios en el desosamiento torácico, y en cambio, dirigiremos á liberar ese pulmón encarcelado. ¿Cómo? Del siguiente modo.

En primer lugar, á pesar de la aparente inocuidad del exudado que á través de la fistula fluía, hemos procedido previamente en días anteriores á una resección de la zona cutánea donde la fistula pleural asentaba. Hecho esto, hemos incindido á uno y otro lado de la elipse ú óvalo cruento que la extirpación de la expresada fistula creó, siguiendo dos líneas que tienen la forma de dos  $\vdash$   $\dashv$  invertidas. Así hemos tallado cuatro colgajos cutáneos que invertidos han dejado ampliamente descubiertos tres espacios intercostales en el centro, de los cuales aparece un orificio; la fistula pleural circunscrita por los extremos de las costillas reseçadas al hacer la primera toracotomía de urgencia; dichos extremos óseos están afectos de osteomielitis y deben siempre, por tanto, ser escindidos. Así se ha hecho mediante una incisión elíptica que abriendo cami-

no á la legra y á la cizalla ha levantado en bloque extremos óseos, y porción de corteza pleural adherida á los mismos por dentro. De este modo el orificio fistuloso ha quedado convertido en una abertura torácica de unos cuatro centímetros de diámetro; que agrandada á un lado y otro mediante incisión de un espacio intercostal ha constituído brecha suficiente para explorar y desinfectar la cavidad del empiema; un líquido turbio con grumos fibrinosos, remansaba en la parte inferior de la misma. Absorbido con gasa y enjugado ese declive pleural, unos fuertes separadores dieron luz á todos los recodos; un tabicamiento en el lado izquierdo y una colección purulenta en la porción circunscrita por el mismo, fueron fácilmente tratadas mediante pinzas con gasa á manera de escobillones. Un embadurnamiento de toda la cavidad mediante glicerina fenicada al 10 por 100 y un relleno flojo con gasa hidrófila dieron término á la desinfección previa necesaria para la decorticación que hoy vamos á realizar.

Al levantar el apósito descrito cuidadosa y asépticamente renovado estos diez días, la brecha torácica aparece amplia y el fondo de la cavidad pleural blanco y limpio. Agrandamos todavía más esta brecha, incindiendo sobre la sexta costilla hasta su ángulo, la resecamos subperióticamente en toda esta extensión, é incindimos en toda ella también el espacio intercostal. Un ayudante agranda, mediante separadores, esta abertura y aparece entonces perfectamente visible toda la extensión del empiema. Por arriba llega hasta tercer espacio; por abajo á diafragma, y anteroposteriormente abarca toda la extensión del hemiperímetro torácico; allá en el fondo se ve un relieve, inmóvil y sin traza alguna de expansión inspiratoria; ese es el pulmón retraído y aprisionado por la pleura endurecida y que vamos á intentar liberar. Para ello, trazo sobre él una incisión vertical; como véis, manejo el bisturí prudentemente, como si quisiera rayar solamente la pleura; en un punto, profundizo un poco más; me oriento con la espátula para encontrar una buena zona de despegamiento, y hallada ésta, el bisturí profundiza con cautela á lo largo de la primera incisión, para introducirse en el espacio subpleural, útil que pudiéramos llamar plano de decorticación, descubierto por la espátula: ésta, el bisturí y algunas veces la tijera, realizan el trabajo; como podéis comprobar, estamos en el verdadero espacio; la pleura se despega, el pulmón no sangra, y en cambio, es cosa sorprendente el presenciar cómo del fondo de la zona de disección pleural, surge y se agranda una masa azulada, que recuerda algunos quistes hemáticos y que no es más ni menos que el pulmón liberado, cuya expansión se realiza lentamente, porque no de otro modo puede suceder, dada la esclerosis del mismo y el pneumotórax operatorio.

A medida que avanzamos en la decorticación, la expansión pulmonar se acentúa, mas nunca tanto que venga á rellenar el espacio pleural empiémico; casos hay en que esto sucede, mas son raros; en mi serie de seis decorticaciones realizadas no he visto ninguno.

Terminada la decorticación del pulmón, pasamos á la resección de la pleura diafragmática engrosada; la-

bor difícil como veis durante la cual en más de un punto se han producido desgarros del diafragma que hemos suturado, y labor que necesariamente en este caso hemos dejado sin completar, porque de habernos empeñado en despegar á todo trance la pleura del diafragma, no hubieran sido desgarros, sino arrancamientos de todo el músculo, los que hubiéramos producido.

Y hemos pasado, por fin, á reseca la pleura parietal, cosa más hacedera, pues aquí toda violencia sobre el plano de deslizamiento interpleurotorácico, tiene menos trascendencia. Alguien me ha preguntado por qué no he comenzado por ahí la decorticación; esperaba la pregunta y me proponía razonar mi conducta. La contestación se resume en dos palabras: he querido que cuando mis instrumentos, mis manos y mis compresas rozaran el pulmón, no hubieran actuado aún sobre ninguna otra zona linfática subpleural; así he puesto al pulmón á cubierto de inoculaciones operatorias.

Cierro, como véis, herméticamente el espacio decorticado, extraigo por aspiración el aire, y seguiré en días sucesivos extrayendo los exudados.

### Papel de la sífilis en la génesis de la llamada epilepsia esencial

POR EL

DR. CARLOS A. BAMBARÉN

Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Lima.

El papel que juega la sífilis en la génesis de la epilepsia genuina ha adquirido importancia, gracias á los progresos que se han conseguido en los medios utilizados para su diagnóstico, los que han demostrado la extensión de la sífilis en todos los dominios de la patología, de tal manera, que hoy es menester pensar sífilíticamente.

La infección luética actúa de dos maneras en la génesis de la epilepsia genuina: unas veces es la heredo-lues, y otras, la sífilis adquirida, bien entendido que entonces se trata de accidentes terciarios ó cuaternarios y no de las manifestaciones convulsivas, que aparecen con frecuencia en el secundarismo, revistiendo el tipo clínico de la epilepsia localizada ó circunscrita.

Desde muy antiguo se ha hablado de sífilis y epilepsia, pero como se comprende, el valor que se daba á los hechos constatados ha sido muy variado, pues las doctrinas que reinaban en la patología siempre han informado á los datos particulares, que sufrían su influencia y perdían los horizontes y atingencias que pudiesen suscitar, cuando se apartaban del concepto reinante.

Hoffmann en 1712 curó un joven epiléptico, cuyo padre había tenido sífilis, empleando el mercurio.

En 1779 José Plenk y 1781 Rosen de Rosenstein presentan casos de epilepsia sobrevenida en niños, que curaba con el «mercurio gomoso».

H. Jackson cita en 1867 el caso de un epiléptico que había calificado de esencial, el cual tenía una hermana con estigmas herodolúeticos, como lo pudo com-

probar después. «Tales síntomas atestiguando una heredosífilis bien manifiesta sobre esta última, me condujeron legítimamente—dice él—á relacionar la epilepsia de su hermano á una causa del mismo orden.» En otro caso, ya considerado como vinculado á la sífilis hereditaria, el padre falleció de sífilis cerebral, comprobada en la autopsia.

En 1874 Althaus (1) cura por el tratamiento iodurado un niño de nueve años, hijo de madre sífilítica, que presentaba crisis de epilepsia genuina.

Las píldoras de Dupuytren, el ioduro de potasio y las fricciones mercuriales, curaron á un epiléptico tratado por Ripoll en 1880, el cual epiléptico había padecido de su mal durante diez años.

Alfredo Fournier (2), con el prestigio de su autoridad y con el caudal de su experiencia, demuestra en 1886 el papel indiscutible de la sífilis hereditaria en la génesis de la epilepsia genuina. «Tengo por cierto, dice, que numerosas epilepsias de proveniencia ignorada, son imputables á la sífilis y la serían relacionadas si se tuviese más cuidado de interrogar á fondo los antecedentes de los enfermos y los de su familia.»

En 1887, G. Dieulafoy (3), en la lección inaugural del curso de Patología interna en la Facultad de Medicina de París, cita un caso de epilepsia genuina curado después de mucho tiempo de enfermedad por el tratamiento antisífilítico, que instituyó el gran clínico, aunque faltaban los estigmas específicos.

Gowers (4) relata después ocho casos perfectamente vinculados con la sífilis hereditaria.

Kowalewsky (5) cree que es justo hablar de una epilepsia infantil, en relación con la sífilis hereditaria.

Riswanger (6) dice que la lues hereditaria es un factor etiológico muy frecuente de la epilepsia y que es necesario adjudicarle papel de causa predisponente de la epilepsia.

Bratz y Luth (7) encuentran que sobre 400 niños epiléticos, hay 5 por 100 con sífilis entre los antecedentes de sus progenitores.

Raymond (8) publica dos observaciones de epilepsia acaecida en niños. En la primera, el tratamiento antisífilítico consigue la cura definitiva. En la segunda observación había antecedentes y estigmas de sífilis hereditaria. Brisaud, igualmente, llama la atención de la frecuencia con que se encuentra sífilis en los progenitores de epiléticos indemnes de toda tara nerviosa hereditaria.

El profesor Hutinel (9) admite que la sífilis hereditaria puede engendrar dos formas de epilepsia: 1.<sup>a</sup>, epilepsia sintomática, y 2.<sup>a</sup>, epilepsia esencial. Esta opinión que desde 1909 sostiene, ha hecho que en sus servicios de los *Enfants Malades* de París, se investigue siempre los antecedentes heredolúeticos y se haga la reacción de Wassermann.

Vogt (10) relata un caso de epilepsia en el que no había signos de sífilis hereditaria, no obstante que en los antecedentes de los progenitores, el padre aparecía con una sífilis que decía curada y la madre había tenido dos hijos nacidos muertos, un aborto, un hijo muerto de convulsiones durante las primeras semanas, otro

hijo nacido muerto y tres que murieron en los primeros años de su existencia, antes del enfermo, con epilepsia.

Según Gaucher (11), debe colocarse á la epilepsia esencial en el cuadro de la heredosífilis cuaternaria y de esta manera recomienda que en todo comicial que no ofrezca herencia neurósica debe pensarse en la sífilis de los padres ó abuelos, pues cree «que la epilepsia esencial es frecuentemente, por no decir siempre, de origen heredosifilítico».

Bertin y Cayet (12), que han estudiado la heredolues en las epilepsias y en la idiocia, encuentran que en cinco casos de epilepsia é idiocia, y dos de epilepsia y parálisis cerebral infantil, había pruebas evidentes de sífilis en los progenitores.

Aublant (13) ha estudiado el papel de la sífilis hereditaria en la génesis de 17 casos de epilepsia genuina, encontrando que en diez, por lo menos, hay derecho para suponerla.

Desde 1913 Barbonneix (14) insiste sobre las relaciones de la epilepsia llamada esencial y la sífilis hereditaria, publicando numerosos casos que dan sólido fundamento á sus ideas. En todos encuentra estigmas de heredolues. Posteriormente, en colaboración con David (15), ha señalado nuevos casos, en los cuales ha estudiado de nuevo los métodos de diagnóstico en la sífilis y los ha encontrado positivos.

En el caso estudiado por Boncour (16), de un epiléptico de trece años, cuya enfermedad había comenzado hacia uno, el tratamiento por un preparado iódico (iodostarina), consiguió la curación, aunque no había signos de heredolues, pero sí antecedentes que hacían presumir la sífilis de los padres.

La observación de Damaye (17), también se refiere á epiléptico heredosifilítico, curado por el tratamiento específico.

Etienne (18) ha observado dos casos: en uno de ellos la epilepsia estaba acompañada del vitiligo; en el otro, el ioduro hizo desaparecer los ataques que no habían sido mejorados por el bromuro.

Sobre 175 casos de epilepsia, Fairbank (12) encuentra que ocho casos ofrecían datos de heredolues: sea los abortos en la madre, sea la poliletalidad infantil de los hermanos. En uno el ioduro produjo curación, que el bromuro no consiguió.

Nonne (19) relata en su importante obra sobre la sífilis del sistema nervioso, un caso de epilepsia en un heredolúético, con signos bien evidentes; el tratamiento mercurioyodurado hizo disminuir la frecuencia de los ataques.

Leredde (20), en su bello libro *Dominio, tratamiento y profilaxia de la sífilis*, habla del rol de la sífilis hereditaria en la epilepsia infantil concediéndole gran importancia. Sólo se refiere á tres observaciones de epilepsia verdadera en heredosifilíticos relatadas por Millian, Sainton, Guillain y Levy Franckel, y á la opinión de Gilbert Ballet. Expone por su parte tres casos clínicos, y hace hincapié sobre la necesidad de la serorreacción y el examen del líquido cefalorraquídeo.

Estudiando Fraser y Wastson (21) el rol de la sífilis

en la génesis de la insuficiencia mental y de la epilepsia, por medio de la investigación serológica, han encontrado que en estos casos de epilepsia genuina en los niños, la reacción de Wassermann es muy frecuente, y cuando no se presenta en ellos aparece positiva en sus padres y hermanos.

Georgopoulos (22) ha hecho una interesante contribución al problema sífilis y epilepsia, revelando su investigación sobre cien epilépticos adultos, que la heredosífilis se comprueba en muchos, hallando antecedentes hereditarios, estigmas de degeneración, etc., que hacen pensar fundadamente que la lues hereditaria es la responsable de las crisis convulsivas.

Ultimamente P. Breynaert (23) ha efectuado un estudio de conjunto del asunto que tratamos. Consigna en su tesis la mayoría de las observaciones publicadas, analiza su filiación etiológica y relata diez casos inéditos, de los que corresponden ocho al servicio del profesor Hutinel, y dos tomados del servicio del Dr. Roubinovitch. Como consecuencia de su estudio clínico ayudado de las reacciones serológicas concluye «que en gran número de casos la epilepsia llamada esencial reconoce por causa la heredosífilis».

Tales son los datos que hemos podido conseguir sobre el problema sífilis hereditaria y epilepsia genuina. Algunos otros expondremos cuando nos ocupemos de los argumentos que apoyan la doctrina que sostiene que buen número de casos de epilepsia llamada esencial, es originado por la heredolues.

Muy desigual valor tienen las observaciones de los epilépticos genuinos, en lo que respecta al valor de los datos que suministran sobre su heredosífilis. Con este motivo los estudiaremos reuniéndolos, como lo hace Breynaert, en cuatro grupos; según que correspondan á la etiología, á la clínica, á la biología ó á la terapéutica.

Los argumentos etiológicos son de certeza cuando se comprueba de manera indiscutible la sífilis en los padres ó abuelos, y son de probabilidad, cuando la averiguación de los antecedentes descubre abortos repetidos y partos prematuros en la madre, poliletalidad infantil en la familia y síntomas específicos en los demás hermanos del enfermo.

Los argumentos clínicos se encuentran representados 1.º, por accidentes específicos desarrollados en el enfermo ó por la presencia de los estigmas evidentes de la heredosífilis (coriza y erupciones cutáneo mucosas en el nacimiento, dientes de Hutchinson, etcétera); 2.º, por el hallazgo en ciertos epilépticos de signos patognomónicos de sífilis nerviosa (desigualdad pupilar, disminución del reflejo pupilar, neuritis óptica, etcétera), y 3.º, fenómenos á menudo vinculados á la heredosífilis (cráneo natiforme, tibia en forma de sable, hidrocefalia, estrabismo convergente, etc.), los cuales, como sabemos, no son aceptados unánimemente por todos, y aún se discuten apasionadamente, como el famoso signo dentario últimamente escrito por Sabouraud, que según unos corresponde el tubérculo de Carabelli, y según E. Jeanselmo, es un signo reversivo, que representa al *singulum* de muchas especies anima-

les, desaparecidas y actuales (*La Presse Medicale*, número 13, 1918).

Los argumentos biológicos los suministran los métodos modernos de diagnóstico de la sífilis; queremos referirnos á la reacción de Wassermann, al examen del líquido cefalorraquídeo y á otros datos de índole técnica, que según los autores tienen valor probatorio en el diagnóstico de la lúes.

Bertin y Gayet que en 1910 estudiaron la frecuencia de la reacción de Wassermann en los casos de sífilis hereditaria, encontraron que en un tercio de los epilépticos que ofrecían caracteres de heredolúes, la reacción de Wassermann era positiva.

Estudiando Aublant la reacción de Wassermann en relación con la epilepsia obtuvo nueve casos de reacción positiva, sobre 17 examinados, es decir, 52,94 por 100 de resultados positivos, aunque en tres casos no habían datos, ni signos de sífilis heredada, y en uno que ofrecía estigmas, en cambio, la reacción de Wassermann fué negativa.

En 886 pacientes de la Colonia Soyea para epilépticos del Estado de New York, V. T. Shanahan (24) ha encontrado 24 con Wassermann positivo, ó sea 2,84 por 100 de resultados positivos.

Walker y Haller (25) encuentran 14 por 100 de reacciones de Wassermann positivas, sobre 71 casos de epilepsia en los que se averiguó el resultado de esta reacción.

En la *Massachusetts Institution* para epilépticos, Everett Flood (26) ha encontrado 3,34 por 100 de resultados positivos, sobre 535 reacciones de Wassermann practicadas en otros tantos pacientes.

Noguchi (27) ha investigado la reacción de Wassermann en 51 epilépticos; en 20 por 100 fué positiva, y en 6 por 100 fué dudosa la reacción practicada en el suero sanguíneo.

En el material clínico de la *Crayg for Epileptics*, Shanahan. Munson y Shaw (28) han investigado la reacción de la desviación del complemento. La reacción la practicaron en el suero sanguíneo de 1.473 casos con 1,56 por 100 de resultados positivos.

En los casos publicados por Babonnoix y David, el Wassermann fué positivo en 8, negativo en 1 y no se buscó en 1.

Georgopoulos ha investigado también la desviación del complemento en los casos de epilepsia que ha estudiado. De 100 sujetos examinados, 5 dieron Wassermann positivo y 2 dudoso.

Leredde dice que Raviart y Breton han encontrado cinco veces la serorreacción positiva, sobre 31 casos examinados. Cita también otros casos en los que la serorreacción fué negativa con la técnica de Wassermann y resultó positiva con la de Hocht y la de Jacobsthal.

Sobre 27 casos de epilepsia llamada esencial, Ch. Lessieur, Masdía y Aigrot (29) han obtenido 15 serorreacciones positivas, es decir, 55,5 por 100

Fraser y Watson son los autores que han buscado con más cuidado la reacción de Wassermann en los epilépticos, pues no se han limitado sólo á la investigación personal de los casos, sino que cuando los re-

sultados eran negativos, la han practicado en diversos miembros de la familia del enfermo, para afirmar así el valor de los resultados. Sobre 34 epilépticos (10 sin trastornos mentales, 14 con debilidad mental y 10 con imbecilidad), la reacción de Wassermann fué positiva en 15 (42,12 por 100), negativa en 15 (42,12 por 100), y dudosa en cuatro (15,76 por 100). En ocho de los casos donde fué el Wassermann negativo, resultó positivo en la familia. En tres de los casos donde fué el resultado dudoso, fué positivo en los miembros de la familia. Con esta investigación acrece considerablemente la sífilis de los epilépticos llamados esenciales.

En las observaciones del servicio del profesor Hutinel, que presenta Breynaert en su tesis, hay cinco positivas, sobre tres Wassermann negativos en el suero sanguíneo.

La investigación sistemática que del Wassermann se hace á todos los epilépticos que ingresan al servicio del profesor Hutinel, verificando previamente el método de la reactivación como lo recomienda Millian, ha revelado que en 27 pacientes el resultado fué positivo, y negativo 28, es decir, casi 50 por 100 de resultados positivos.

El servicio del Dr. Roubinovith en el Hospicio de Bicetro, Breynaert ha investigado el Wassermann en 18 epilépticos calificados de esenciales. El resultado fué positivo en siete casos, es decir, 33,88 por 100.

Ayudados por nuestro amigo el Sr. J. Monteverde, del Laboratorio del Hospital «Dos de Mayo», de Lima, hemos investigado la reacción de Wassermann en los epilépticos del Asilo Colonia de Alienados, de esta ciudad, obteniendo los siguientes resultados:

Sobre 33 epilépticos examinados, nueve presentaron Wassermann positivo, lo que corresponde á 27,27 por 100.

El total de los enfermos se distribuía con relación al sexo en:

19 epilépticos con cinco resultados positivos.

14 ídem con cuatro ídem, ídem.

Con respecto al estado mental se distribuían del siguiente modo:

	Número de casos.	Wassermann positivo.
Idiocia.....	8	1
Estado demencial.....	3	1
Insuficiencia mental de leve grado .	7	2
Idem ídem, elevada.....	8	2
Psicosis.....	2	»
Estado mental normal.....	5	3
TOTAL.....	33	9

Exceptuando un caso de epilepsia tardía, los demás han correspondido á epilepsia infantil.

Las reacciones meníngeas específicas que siempre se presentan en la sífilis del sistema nervioso, también se han buscado en la epilepsia genuina. Leredde menciona en un caso, hipertensión del líquido cefalorraquídeo y globulinosis; en otro halló un Wassermann positivo y linfocitosis, cuando la serorreacción había sido negativa.

Babonneix y David han encontrado en un caso ligera reacción celular, y en otro ligera globulinosis. En un trabajo posterior (30) estos autores relatan sus observaciones sobre diez casos, en los que encontraron en casi la mitad ligera linfocitosis, se presentan después del paroxismo reacciones citológicas y químicas en el líquido cerebrospinal de la misma manera que sucede en la sífilis nerviosa adquirida, en la cual hay fases evolutivas.

La reacción de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo ha sido negativa en los casos que la buscó Walcker y Heller (31).

La reacción hemática á tipo linfocítico, después de los trabajos de varios autores, especialmente después de los de Gourdy (32), de Buenos Aires, ha adquirido valor diagnóstico en la sífilis, siendo su presencia constante en la lues cerebral. Schdondermark (33) ha estudiado la leucocitosis de los epilépticos y ha encontrado que había linfocitosis relativa y absoluta en 31 casos, cuya sangre estudió. La cutirreacción á la luetina ha sido ensayada en 143 epilépticos por Shanahan, Munson y Shaw, con 19 por 100 de resultados positivos.

El valor que debe atribuirse á estas pruebas biológicas para afirmar la etiología sífilítica de muchos casos de epilepsia genuina, es cuestión que está íntimamente vinculada al valor que se concede á estas reacciones en la patología humana.

Por lo que respecta á la reacción de desviación del complemento en el suero sanguíneo, reproduciremos las conclusiones á que llega Ravaut (34) en un trabajo reciente sobre la reacción de Wassermann.

«En un sífilítico averiguado, una reacción de Wassermann positiva es un síntoma confirmante de la enfermedad; una reacción de Wassermann negativa no permite, en cambio, eliminar la sífilis.»

«En un enfermo sospechoso de sífilis, la reacción de Wassermann debe ser considerada como un síntoma de apoyo, que de acuerdo con otras manifestaciones, puede contribuir á establecer el diagnóstico de sífilis.»

«En un enfermo que no presenta ni antecedentes ni signos de sífilis, una reacción de Wassermann constantemente positiva (es indispensable buscarla en diferentes oportunidades), indica buscar la sífilis.»

Como se ve, la reacción de Wassermann no ha perdido totalmente su valor, porque la explicación biológica, que se creía el argumento fundamental de su especificidad, haya sido reemplazada por una explicación físico-química, más en concordancia con los datos que se tienen del mecanismo de los procesos que se realizan en los seres vivos.

Si así no fuera, las constataciones que se han hecho en el líquido cefalorraquídeo prestarían apoyo á la hegemonía del factor sífilis en la génesis de algunos casos de epilepsia genuina, reforzados por la prueba de la luetina y de la linfocitosis hemática.

No podemos sostener que estas pruebas sean absolutas, pues se ha visto, por lo que á reacción meníngea se refiere, que muchas veces falta en la sífilis cerebral. Su inconstancia en la epilepsia genuina y la falta de

todas las pruebas biológicas en la epilepsia, se explicaría según Breynaert, admitiendo que el epiléptico no hereda directamente la infección, sino la distrofia, y que es necesario para descubrirla emplear métodos de sensibilización, como la reactivación propuesta por Millian.

Los argumentos de orden terapéutico son de bastante importancia, pues hay muchos éxitos curativos por la medicación iodohidrargirio-arsenical.

Desde hace tiempo se habla de curación de casos de epilepsia esencial con los tratamientos antisifilíticos. Althaus es uno de los primeros que refiere un caso curado por ioduro de potasio; Dieulafoy, Fairbank y Etienne otros, curados por la misma substancia; Boncour relata un caso por iodostarina, preparación iodada sustitutiva del ioduro mal tolerado; Raymond, Plenck, Fournier, Damaye, Ripol, Bratz y Luth refieren casos curados por el tratamiento hidrargírico.

Al aceptar estas curaciones como ciertas, no puede invocarse que el tratamiento iodomercurial hace bien fuera de la sífilis, sino convenir que hay muchos casos de la llamada epilepsia esencial de origen luético. *Naturam morborum curationes ostendunt.*

Este concepto, como decimos, no es nuevo, pues ya Fournier aconsejaba hacer tratamiento específico de prueba en todo epiléptico, y Breynaert, que ha sido quien últimamente trató con muy poderosas y fundadas razones del papel de la sífilis hereditaria, en la génesis de la epilepsia, dice que es trazarse una línea de conducta generalizar ese concepto, que sin embargo no tiene sino valor particular.

Sicard, en un artículo lleno de incertidumbres y pesimismo, dice respecto á este asunto, lo siguiente que copiamos íntegramente, á fin de no alterar el contexto con reproducciones fragmentarias:

«La reacción de Wassermann ha resultado casi siempre negativa en los individuos atacados de epilepsia común. Por mi parte, en siete casos no me ha sido posible ponerla en evidencia. Por otra parte la medicación mercurial ó por el «606», continuada en ausencia de todo antecedente sífilítico, adquirido ó hereditario, sólo fracasos me ha dado. Sin embargo, no habría que vacilar en prescribir un tratamiento específico en caso de duda; mas no creo que se pueda aconsejar sistemáticamente la prueba mercurial ó arsobenzolada en toda epilepsia de forma común». (1?1).

(Se continuará.)

## Periódicos médicos.

### PEDIATRIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. La intoxicación por las proteínas de la leche de vaca y la patogenia de la atrepsia, por el Dr. C. Gueit.— La atrepsia es un estado morboso propio del recién nacido, cuyo punto de partida está marcado por trastornos digestivos más ó menos intensos que conducen á una caquexia muy especial como nunca se observa en ninguna otra enfermedad. Está determinada por la alimentación artificial, sobre todo cuando es defectuosa, mal reglada y más próxima al

nacimiento, porque en efecto, la caquexia gastrointestinal de forma atrépsica no se desarrolla más que en los niños lactantes y no se presenta más que en los primeros meses de la existencia. Los trabajos de la escuela francesa moderna han mostrado la parte que corresponde á la azotemia en la aparición de los accidentes y la evolución de los síntomas de la atrepsia. El jugo gástrico del lactante es poco activo; falta en él el ácido clorhídrico libre durante la digestión y sólo aparece en pequeña cantidad cuando el contenido gástrico pasa al intestino; por lo tanto, los albuminoides serán siempre incompletamente digeridos. Por otra parte, entre la leche de mujer y la de vaca, existen diferencias imposibles de suprimir, constituidas por toda una serie de diastasas (amilasa, catalasa, anaeroxidasa, lipasa, etc.), llamadas todavía enzimas y enzimoides, susceptibles de suplir á los jugos intestinales en la digestión de la leche; y estos enzimas son especiales para cada especie, lo que demuestra que la leche es un alimento específico, sólo bien adaptado á la especie de donde proviene (Marfan). Así, pues, las albúminas ó proteíñas de la leche de vaca, que no han sufrido la acción preparadora de las diastasas intestinales insuficientes para ello, ni de los enzimas de la leche materna, se comportan como albúminas extrañas y resulta una serie de accidentes que responden á la intoxicación proteínica, cuyos primeros síntomas son los vómitos y la diarrea y el final la azotemia y en el niño de pecho la caquexia atrépsica. El metabolismo nitrogenado es insuficiente en el lactante y de ello resultan fenómenos anormales que se establecen gradualmente: después de una tolerancia aparente, se observa que el niño no progresa y su peso disminuye, apareciendo los vómitos y la diarrea; luego se presenta la acidosis, se resienten las glándulas de secreción interna que juegan un papel importante en el metabolismo nitrogenado y, por último, se comprueba una gran receptividad para las infecciones. Consecuencia de la ingestión continua de albúminas extrañas, se ve disminuir la reserva de alcalinos de la sangre y de los tejidos, siendo superior el consumo del organismo al ingreso nutritivo, resultando una verdadera autofagia que acelera la atrofia. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 16, 22 y 24 de Febrero de 1921.)—LUENGO.

### VIAS DIGESTIVAS

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Fisiología y patología de la secreción de ácido de la mucosa gástrica, por el Dr. V. Rosemann.**—El producto de filtración del contenido gástrico que se extrae por la sonda en las investigaciones clínicas es una mezcla de los componentes de la comida de prueba, de saliva y de jugo gástrico puro, por lo que no se debía denominar simplemente jugo gástrico, como suele hacerse. Para hacer trabajos con jugo gástrico no sirve el cateterismo, sino que hay que recurrir al perro con el estómago de Pawlow ó al hombre con fistula gástrica. Los experimentos hechos con perros con el divertículo de estómago de Pawlow demuestran que el organismo puede producir jugo gástrico en cantidad equivalente á la mitad de su cantidad de sangre, pero que en este jugo gástrico sólo iba un 20 por 100 de la cantidad de cloro de que el organismo dispone. En cuanto este 20 por 100 de cloro se ha consumido, la secreción desaparece en absoluto. Durante el reposo (y hasta donde cabe también durante la secreción) se va acumulando cloro en la mucosa gástrica, acumulación que cesa en cuanto la tensión osmótica de las células de dicha mucosa es igual á la de la sangre. Durante la secreción este cloro se elimina en parte formando ácido

clorhídrico y en parte formando cloruros alcalinos. La cantidad de cloro que contiene el jugo segregado oscila entre límites muy estrechos (de 0,54 á 0,64) y en el curso de un experimento suele permanecer constante. Lo que varía es la cantidad que se segrega en forma de ácido y la que aparece en forma de sales; el ácido va disminuyendo, y naturalmente las sales aumentando, según va siendo peor el estado de nutrición. En el curso de un experimento, la proporción de ácido oscila varias veces, pero en general va disminuyendo desde el comienzo de la comida. No se puede atribuir esta disminución á que el ácido vaya siendo neutralizado por secreción pilórica alcalina, por saliva ó por moco gástrico, sino que depende de oscilaciones de la secreción ocasionadas por variaciones de los estímulos secretorios. La hiperacidez que se encuentra en los productos de cateterismo gástrico depende de trastornos de la cantidad de secreción y de la motilidad, porque verdadera hiperacidez, es decir, una proporción de ácido que fuese superior á las cifras normales indicadas, no la hay. Si se hace una alimentación con moco gástrico para recoger el jugo segregado libre de toda mezcla con alimentos y se determina la concentración de iones de hidrógeno por el método electrométrico, comparando el resultado con el de la valoración con sosa decinormal y fenolftaleína resulta éste mayor y esta diferencia nos autoriza á deducir que en el jugo gástrico, aparte del ácido clorhídrico, se segregan otros menos disociados, por ejemplo, sarcoláctico y fosfórico. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 23 de Abril de 1921.)

### BIOLOGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Las vacunas en la prevención y tratamiento de la influenza y sus secuelas.**—El Dr. Frederick hace un estudio de los resultados por él obtenidos con este tratamiento y establece las siguientes conclusiones:

Se considera imposible decidir en la actualidad cuál es el agente etiológico primario de la influenza, pues no se sabe si es el bacilo de la influenza de Pfeiffer, ó algún otro virus filtrable adherido á él. Sin embargo, parece ser cierto que las complicaciones respiratorias de la influenza pueden deberse á un buen número de invasores secundarios, incluyendo los bacilos de la influenza, el estreptococo y el neumococo.

No se han obtenido resultados ciertos en la prevención ó curación de la influenza y sus complicaciones, por medio de las distintas vacunas. Se consideran dudosos los resultados obtenidos en la profilaxia, por el uso de vacunas compuestas de bacilos de la influenza solos. Se han obtenido probablemente resultados mejores y más concordantes, cuando se emplea una vacuna que contenga los diversos microbios que se encuentran en el aparato respiratorio y en los pulmones neumocócicos de los casos de influenza.

Se considera muy positivo que puedan evitarse las complicaciones neumocócicas de la influenza, por medio de la aplicación de una vacuna mixta del tipo descrito, sin tener en cuenta la frecuencia de la influenza en tales individuos. Probablemente puede abreviarse la influenza y prevenirse sus complicaciones (ó por lo menos hacerse más ligeras) por la inyección intravenosa de cualquier sustancia proteica.

Aun cuando no se puede esperar mucho todavía del uso de las vacunas en la influenza, parece ser que se requieren más investigaciones, con informaciones estadísticas controladas bajo las mejores condiciones de experimentación. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Marzo de 1921.)

## TERAPEUTICA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Cómo debe administrarse la urotropina.**—El doctor Ramón Camiño hace un estudio sobre la administración de este medicamento; y establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La urotropina debe hallarse en buenas condiciones de conservación, la urotropina vieja no tiene acción anti-séptica.

2.<sup>a</sup> En una misma fórmula no deben administrarse urotropina y fosfato ácido de sodio ni ningún otro medicamento ácido. Cuando sea necesario administrar un medicamento ácido, no debe darse antes de las cinco horas siguientes la administración de la urotropina.

3.<sup>a</sup> No debe ingerirse mucho líquido para no determinar poliuria.

4.<sup>a</sup> No debe administrarse diuréticos, con el mismo fin.

5.<sup>a</sup> La medicación alcalina está siempre contraindicada porque disminuye la acidez urinaria.

6.<sup>a</sup> Las aguas alcalinas están contraindicadas porque disminuyen la acidez urinaria y aumentan la poliuria.

7.<sup>a</sup> Antes de instituir un tratamiento, investigar en la orina su reacción y el grado de acidez que contiene la orina; dos casos pueden presentarse:

a) Si la orina es ácida, se podrá instituir la urotropina, salvo en el caso que la infección sea debida al colibacilo; en este caso deben emplearse los alcalinos.

En todas las demás orinas ácidas se puede administrar la urotropina, teniendo presente que la cantidad que debe administrarse es tanto mayor cuanto que la acidez de la orina sea mayor.

b) Orinas alcalinas, la urotropina contraindicada hasta que la orina se transforme en ácida.

Para efectuar esta transformación, emplear el fosfato ácido ó el benzoato de amoníaco.

Las dosis de estos medicamentos deben ser tanto mayores cuanto que el grado de alcalinidad de la orina sea mayor.

Cuando la orina se ha transformado en ácida, se administra la urotropina en tanta mayor cantidad cuanto que la acidez de la orina sea menor.

8.<sup>a</sup> Siempre que se administre urotropina á un enfermo, debemos investigar por las reacciones de Ramini y Burnann si existe en la orina formaldehído y su cantidad.

9.<sup>a</sup> Las dosis de 0,50 gramos dos veces al día es siempre insuficiente.

Las dosis de 0,60 gramos dos veces al día, en muchos casos son suficientes, se corre el peligro de que existan momentos en los cuales la orina no contenga formaldehído.

Las dosis de 0,90 gramos dos veces al día es la dosis mínima por la cual se debe comenzar.

El método de administrar la urotropina, de un modo progresivamente ascendente partiendo de la dosis de 0,90 á 1 gramo dos veces al día, hasta llegar á determinar fenómenos de intolerancia, es á nuestro juicio útil porque impide que los microorganismos hagan resistentes á la urotropina y determina el máximum de formaldehído desinfectante.

10. En las infecciones agudas, la dosis total de urotropina debe darse en pocas tomas, con el fin de determinar en la orina concentración de aldehído fórmico más elevado.

En los casos de infección crónicos la dosis total de urotropina se debe fraccionar en muchas dosis, con el fin de hacer que la orina contenga constantemente aldehído fórmico.

11. En los casos de orinas muy alcalinas, la acidificación de la orina debe ser rápida, con el fin de ganar tiempo para dar lugar á la urotropina; en estos casos debe llegarse rápidamente á dosis grandes de fosfato ácido de sodio.

La intolerancia de este medicamento se manifiesta por diarreas.

12. En casos de orinas alcalinas ó de orinas débilmente ácidas, se debe suprimir ó disminuir la alimentación vegetal, porque debido á la gran cantidad de sales que ingresan en la economía con este régimen, se produce una alcalinización de la orina que se opone á la acción de la urotropina.

En cambio, en los casos de infección con orinas ácidas debido al colibacilo, este régimen se halla indicado. (*Gaceta Médica del Norte.*)

## DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de los bubones por las inyecciones de leche, por el Dr. Fantl.**—El resultado es sorprendente, aunque no uniforme. Ponía inyecciones intramusculares de 10 c. c. de leche alternando una vez en cada nalga. Hubo muy pocos casos en que bastaran dos inyecciones, la mayoría de ellos necesitaron seis, y algunos hasta diez. Las reacciones y los resultados diferían mucho, no sólo de un enfermo á otro, sino de una inyección á otra en el mismo enfermo. Esto indujo al autor á estudiar la manera que tenían los enfermos de reaccionar á la leche en diversas condiciones, y de su estudio sacó la consecuencia de que la leche recién ordeñada y pura tenía efectos bastante buenos y las reacciones que producía no eran muy intensas. Naturalmente que esta leche antes de emplearla había que someterla á un ligero hervor. La leche hervida dos veces da peor resultado y se tolera mal; lo mismo ocurre si para hervirla se tiene el matraz quieto sobre el fuego, por lo que conviene estarle moviendo constantemente. Los mejores resultados y las reacciones más débiles los consiguió con leche que le proporcionaron de la cocina del hospital, es decir, que estaba sumamente aguada. No existe paralelismo entre la reacción general y la dolorosa por una parte y el resultado terapéutico por otra. Cuando la leche se prestaba bien para la inyección, los resultados eran sorprendentes y apenas si había elevación térmica; en cambio, cuando la leche no era apropiada, las temperaturas ascendían mucho, sin que los resultados fuesen muy notables. Tampoco se notó relación alguna entre la temperatura y el dolor. La fiebre llegó en algunos casos á 40°, pero sólo en muy pocos duró dos días; en la mayoría había desaparecido á la mañana siguiente de la inyección. El efecto se presentaba inmediatamente después de cada inyección y quedaba estacionario hasta la inyección siguiente, tras de la cual aparecía una segunda mejoría para estacionarse á su vez hasta la tercera. Algunos enfermos no mejoraban con la primera inyección, que, sin embargo, había dado buenos resultados en otros, y sí mejoraban con las inyecciones siguientes. Las inyecciones no tienen acción profiláctica, porque á veces se vió que curaba un bubón en un lado en virtud de una inyección, y mientras tanto se estaba desarrollando otro en el lado opuesto. En los enfermos tratados no se hizo otra terapéutica; sólo en aquellos que padecían grandes dolores se aplicaron fomentos calientes antes de la primera inyección, porque tras de ella solían disminuir los dolores del bubón. Si era preciso incindir se aplicaban sólo apósitos anodinos de oclusión. En cambio, los chancros blandos no mejoraron nada con las inyecciones de leche, y en los enfermos que presentaban chancros simultáneamente con los bubones, vió el autor que sólo alguno que otro curó de la úlcera. Estos casos de curación no se deben atribuir sin más á la leche, porque á veces se ve este comportamiento sin terapéutica alguna. Expone el autor su estadística de la que resulta que en 22

casos de bubones pequeños que no estaban adheridos á la piel ni á los planos profundos, sólo fué preciso incindir en tres, que, por lo tanto, se pueden considerar como fracasos. En los demás el efecto de la inyección era muy patente, porque curaron en tres á diez días, y con cuatro inyecciones por término medio. El segundo grupo comprende 28 casos de bubones grandes y dolorosos, adheridos á la piel y á los tejidos profundos, sin fluctuación y con la piel normal o ligeramente enrojecida. Fracasaron seis, puesto que hubo que incindir; en otros tres apareció fluctuación, pero no fué preciso incindirlos; los demás curaron en tres á catorce días con unas cuatro inyecciones por término medio. El tercer grupo comprende los casos de bubones grandes y fluctuantes con piel adelgazada de color rojo ó lívido. No se puede decir de ellos que tener que practicar la incisión signifique un fracaso completo de la terapéutica, pero es importante saber que de 11 casos de éstos, la incisión sólo fué necesaria en seis. Las heridas resultantes de la toilette ganglionar no mejoraron. De seis casos de bubones abiertos espontáneamente o incindidos insuficientemente, tres dieron resultados medianos, pero en los otros tres fueron los más sorprendentes que ha conseguido el autor en todas sus investigaciones. Cuatro heridas chancrosas grandes con residuos necróticos de ganglios, curaron en doce á veintidós días después de varios meses de atonía; otras dos no mejoraron. Los bubones de estafilococos consecutivos á la sarna no mejoraron. Tres casos de bubones luéticos comenzados á tratar por el autor, mostraron en seguida tendencia á la regresión, pero por tenerse que trasladar de clínica no pudo seguirlos observando. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 23 de Abril de 1921.)

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**2. Revisión de los conceptos etiológico y terapéutico de la pelada.**—Dice el Dr. Enrique A. Sáinz de Aja, que es creencia muy extendida la de la contagiosidad de la pelada, y por ello, en cuanto un sujeto tiene esta enfermedad, se le aísla completamente, se le prohíbe ir á la escuela si es un niño, al taller si es adulto; se echa la culpa al barbero ó á otro sujeto como causante del contagio y, en suma, se toman una serie de medidas, desde luego perfectamente inútiles y en ocasiones grandemente perjudiciales para el paciente. Nada de esto es cierto, y como no sólo el vulgo, sino bastantes médicos están todavía en la creencia dicha, estimo necesario la revisión de este asunto, para poner las cosas en el lugar que deben ocupar.

Reconozco desde luego, que la culpa de cuanto sucede fué exclusivamente de los especialistas, de los dermatólogos, que hace años alarmaron profundamente á la opinión con escritos y conferencias, en las que se reconocía y pregonaba la contagiosidad de la pelada. Mas actualmente, y después del estudio y observación de millares de peládicos, el acuerdo es unánime en reconocer que la pelada no es enfermedad local, parasitaria al estilo de las tricofitias, de las microsporias, del impétigo y de las piodermis, sino que se trata de una afección de origen interno, de causa no cutánea, y que sólo es reflejo de trastornos corrientemente neuropáticos, de la más variada índole. Yo no he observado un solo caso de contagio ni en familias, ni en asilos, ni en los hospitales, ni escuelas, talleres, etc.

Y la conclusión que de todo ello deduzco y proclamo, es que no siendo contagiosa la pelada no se debe aislar á los enfermos, no se les debe hospitalizar ni se les debe alejar de escuelas, talleres, oficinas, etc., porque es inútil siempre y porque los perjudica mucho casi siempre, privando á unos

de continuar su instrucción y educación en la edad que más lo necesitan, y por alejar á todos de sus oficinas, talleres, etcétera, privándoles quizá del único medio de vida de que disponen.

Otra creencia, marcadamente equivocada en mi sentir, es la que viene siendo sostenida por algunos miembros de la Escuela Francesa en la actualidad. Muestran estos colegas una tendencia señalada á considerar de etiología sífilítica buen número de peladas. Nada más falso en mi opinión. Yo no he visto un solo caso. Yo he llegado á tratar bastantes de ellos con mercuriales y arsenicales sin éxito alguno. Aun hay más. Yo he tratado á sífilíticos con pelada, y en ellos lo específico se curó y la pelada continuó. Considero, por tanto, un craso error el establecer la relación sífilis-pelada, por entender que en la sífilis se ve de todo, menos pelada. En la sífilis vemos:

1.º Como accidente más corriente, la conocida alopecia lenticular en placas múltiples, en pleno período secundario.

2.º En los casos graves, en las infecciones de curso febril, galopante, maligno, la alopecia del período secundario es tan generalizada é intensa, que la cabeza queda casi calva del todo; se constituye una alopecia que se ha llamado *peladoide*, parecida á la pelada, pero nada más que parecida, y aun en el máximo estadio de esta alopecia no se ve en todo el cuero cabelludo ni una sola calva de pelada. En todos los sitios hay pelo, aun cuando sea poco; en ninguno falta tan por entero como en las placas de pelada sucede, ni se observan las deformaciones pilosas que en esta enfermedad son características.

3.º Sobre lesiones de periostitis craneales también se producen placas de alopecia específica. Su sitio es en donde hay ó recientemente hubo una periostitis. La forma de la calva es irregular, y corresponde exactamente á la forma y extensión de la lesión ósea, y su curación es espontánea, aun en ausencia de toda medicación local.

El único mecanismo por el cual podría la sífilis producir placas de pelada, aunque yo no lo sé por no haberlo visto, es por vía refleja, del mismo modo que las originan las caries dentarias, las vegetaciones adenoideas, etc., etc. No me repugnaría el admitir que una osteítis, que un secuestro por lesión ósea sífilítica del maxilar, del cráneo, etc., pudiese originar, de modo reflejo, una pelada á imitación y semejanza de como la engendran las lesiones y enfermedades antes enunciadas, y sobre las que después volveremos.

Conste, pues, que es este el único caso en que, de modo indirecto, admito la relación sífilis-pelada, aun sin haber visto caso alguno de ello. De todos los demás afirmo y respondo con mi experiencia, que la sífilis no es etiología directa de la pelada. ¡Qué más quisiéramos nosotros y que más quisieran muchos enfermos! Como que aun á costa de una sífilis podría garantizárseles una abundante cabellera en plazo breve.

A cambio de estos hechos, poco afirmativo podemos asegurar, y es que desconocemos la intimidad del mecanismo de constitución, de existencia y curación de la pelada. ¿Qué es lo que sabemos hoy de hechos positivos? Por un lado, que según la doctrina de Jaquet hay peladas de origen dentario, engendradas y mantenidas por procesos de piorrea, caries, etc. Estos casos curan en cuanto cura la lesión dentaria á que deben su existencia, y por el contrario, resisten, persisten, y si se curan recidivan pronto en tanto no se trata y cura la lesión dentaria causal. Son estos hechos clínicos evidentes, pero reducidos en número, y Jaquet tuvo el acierto de descubrirlos y denunciarlos. Después, llevado de su entusiasmo, quiso generalizar, y admitió esta relación de la patología dentaria con la pelada como etiología casi única,

cayendo en evidente error y exageración, que perjudicó notablemente á los hechos y cosas fielmente observados.

Hoy las cosas han vuelto á su natural cauce, y se admite como indiscutible la etiología dentaria de la pelada. Ahora bien, el número de casos que comprende es pequeño, y no es, por lo tanto, única causa y razón, sino tan sólo una de tantas y no la más importante ni frecuente.

Las perturbaciones de origen endocrino, es notorio que influyen mucho en el desarrollo y caída del pelo. Basta observar cómo coincide el desarrollo de pelo en pubis, axilas, bigote y barba con el despertar de las funciones genitales de ovario y testículos, y cómo la hiper ó hipofunción tiroidea tiene como uno de sus síntomas la caída, falta ó buen desarrollo del pelo en tal ó cual sitio (cejas, cuero cabelludo, etc.).

Aparte estos datos, yo puedo afirmar, corroborando el supuesto de la influencia endocrina en la etiología y persistencia de la pelada, que con el uso de preparados de tiroides y testículo he visto mejorar grandemente enfermos cuya calva resistía á todos los tratamientos. Mi buen amigo y compañero el Sr. Piga igualmente observó buenos efectos con el uso de preparados hipofisarios y tiroideos. Por todo ello es indiscutible aplicar a esta etiología lo que antes dijimos de la dentaria, y hemos de repetir que el factor endocrino es causante de la enfermedad sólo en reducido número de casos, y que tampoco es esta la gran fuente de la enfermedad que aquí estamos examinando.

La influencia del factor moral de las grandes emociones, sustos, del verdadero *shok* psicológico, es grande, tanto en la producción de la canicie como de la calvicie, y en especial de la pelada; pero el número de casos de esta índole es muy reducido, y sólo nos indica que la pelada es una lesión de mecanismo íntimo puramente nervioso. Esto ya es sabido. Lo abona, aparte algunos de los ya citados mecanismos de producirse la caída del pelo, el que al nivel de las placas se presentan fenómenos de índole puramente sensitiva: picores, ardores, y que asimismo falte completamente toda señal y rastro de inflamación; de infección, todo agente parasitario, todo indicio de autoinoculabilidad; lo abona además el brote de la enfermedad tras grandes contusiones encefálicas y craneales por proyectiles de guerra, cascos de granada, etcétera, y aun el mismo mecanismo reflejo, por el cual la hipertrofia de los cornetes nasales, las vegetaciones nasofaríngeas, los cuerpos extraños del oído, etc., que pueden engendrar la caída del pelo.

Desconocemos en realidad el nexo y el modo cómo se llega á la lesión inicial ó causal á la pelada. En muchos casos hasta ignoramos cuál puede ser aquélla, pero lo que es admitido hoy como sobradamente probado, es lo que al principio decimos: es la no infecciosidad, la no contagiosidad de este proceso.

La terapéutica, basada fundamentalmente en el concepto etiológico y patogénico, ha tenido forzosamente que variar según se han modificado éstos. Cuando se creyó en lo infectivo, en lo contagioso, en lo local, fué combatida la pelada con recursos puramente tópicos. A esta idea responde la cura con sublimado, iodo, ácido crisofánico, etc., y aun los modernos baños de luz ultravioleta, cuya acción, en buena parte, se creía debida a su acción antiséptica. Hoy las cosas han variado, y ante cada enfermo de pelada nos es forzoso inquirir cuál puede ser la lesión ó punto de partida de la caída del pelo. Como indicación causal tendremos que recurrir unas veces al arreglo y corrección de lesiones dentarias, otras á las de cornetes hipertróficos, cuerpos extraños, vegetaciones adenoideas, etc., etc. En otros enfermos será de la opoterapia genital, tiroidea ó hipofisaria, de lo que ten-

dremos que usar como medicación de fondo, y siempre procuraremos una buena tonificación del sistema nervioso. Es decir, que hemos de mirar más á la posible averiguación de la causa y menos á lo local, á la lesión en sí, porque el tratamiento local es tan sólo de utilidad relativa, limitada: muy útil siempre, hasta necesario, si hemos de abreviar el período de repoblación pilosa, pero desde luego sin la exclusividad de que gozó tiempos atrás.

El fracaso de los tratamientos locales empleados aisladamente era, y es debido, á que persistía la causa, la lesión causal ignorada y no suprimida.

La cura local es útil de modo indiscutible, pero no á título de antiséptico, sino de revulsivo, de rubefaciente, que de este modo influye sobre las terminaciones y troncos nerviosos subcutáneos. Por eso en las zonas de cuero cabelludo de poco espesor de éste, y por consecuencia, de topografía más superficial más accesible de los troncos nerviosos, las placas de pelada se curan mejor y más pronto, porque la rubefacción que se efectúa en la placa de pelada les alcanza más directamente. Por eso las lesiones de occipucio en donde el espesor de los tejidos blandos es mayor y la topografía de los troncos nerviosos más profunda é inasequible, las curaciones son más lentas, difíciles é incompletas.

Por todo lo dicho se comprende que el tratamiento local de la pelada no es más que uno: rubefacción, rubefacción y rubefacción, y cuanto más uniforme, más prolongado y más intenso sea, tanto mejor será alcanzada la cura en la parte que dependa de la acción tópica. En los casos en que una rubefacción bien mantenida sea insuficiente, podrá llegarse á la acción vesicante, á la vesicación, aunque no es práctica, tan cómoda ni bien soportada por los enfermos como la anterior. (*Medicina Ibera*, 16 de Abril de 1921.)

## MEDICINA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Contribución al estudio del tratamiento de la tos ferina por el éter.**—El Dr. Julio Larramendi refiere la siguiente historia clínica:

M. B. T., de seis meses de edad, hijo de padres sanos y que hasta la presentación de la enfermedad actual no ha padecido afección alguna.

Ha comenzado ésta hace unos doce días por una tos ligera, á la que sus padres no dieron importancia por creer que se trataba de un resfriado; pero como en vez de atenuarse, como esperaban, por el contrario, fué adquiriendo cada vez mayor violencia y presentándose con más frecuencia, hasta llegar á tener unos 40 accesos de tos al día, acompañados de vómitos cuantas veces tomaba el pecho, determinaron traerlo á la consulta.

El chico se halla muy desnutrido y triste, con la cara abotagada, gran edema de los párpados y hemorragias conjuntival y palpebral que lo desfiguran grandemente. Según dicen sus padres, ha tenido dos epistaxis. Temperatura 37°6, y la exploración del pecho no arroja más que estertores de bronquitis ligera.

Estando observándolo se le presenta un acceso de coqueluche, formado por 8 quintas, que termina con expulsión de una mucosidad glerosa, de la que recojo parte para hacer un examen microscópico. Realizado éste, más tarde hallé un bacilo, negativo al Gram, con las características del de Bordet.

En el acto comienzo el tratamiento, aplicándole una inyección de 1 c. c. en la región de la nalga, recomendándole á sus padres que vuelvan á traerlo pasados dos días. Así lo hacen, y en su semblante se refleja en tal forma el regocijo,

que no es necesario preguntarle por el estado del enfermo para saber que se halla mejor.

En efecto, dicen sus padres que desde que se le puso la inyección dejó de vomitar, que los accesos disminuyeron en número, no llegando á presentársele más que la mitad próximamente, y que durante la noche ha dormido bien, por no estorbarle la tos el sueño más que cuatro ó cinco veces, cuando antes del tratamiento se le presentaba cada media hora. El niño parece otro, pues la hinchazón de la cara ha desaparecido, así como el edema de los párpados.

Le pongo la segunda inyección y pasadas cuarenta y ocho horas la tercera, con la que suspendo el tratamiento, por haberle desaparecido los accesos quintosos, quedándole, solamente una tos ligera de resolución.

Pasados ocho días veo nuevamente al chico al que hallo muy bien y sin tos. (*Revista Médica Gallega*, Marzo de 1921.)

**2. La esplenomegalia y los abscesos múltiples del hígado.**— El Dr. J. Morrison Hutcheson refiere el siguiente interesante caso:

M. L., mujer blanca y casada, de treinta y cinco años, que ingresó en el Johnston-Willis Hospital el 27 de Noviembre de 1919, quejándose de dolor abdominal, ictericia é hinchazón del abdomen. La historia familiar no contenía nada de importancia. La salud de la paciente había sido excelente hasta 1915. Tenía un hijo de cinco años, que vivía y se hallaba bien; no había tenido complicaciones en sus embarazos, ni abortos. La paciente no había menstruado en cuatro años. En 1915 comenzó á padecer de ataques de dolor epigástrico, de los que sólo se aliviaba tomando morfina y que iban seguidos de ictericia y deposiciones arcillosas. Después que esto había durado seis meses, se la operó, encontrándose un cálculo pequeño en la vesícula biliar. Se practicaron la colecistectomía y la apendectomía. Consecutivo á la operación, se continuó drenando la herida durante cuatro meses, y cuando se dejó de hacer esto reaparecieron la ictericia y el dolor, acompañados de escalofríos y fiebre. En Mayo de 1919 se la operó de nuevo, bajo la impresión de que se había dejado un cálculo en el colédoco; pero después de separarse una masa muy densa de adherencias entre el hígado, estómago y duodeno, se introdujo una sonda en el colédoco sin encontrarse ninguna obstrucción. En esta operación no se advirtió ninguna señal macroscópica de hipertrofia hepática ó esplénica y durante la convalecencia desapareció por completo la ictericia. Sin embargo, durante más de un año había tenido ictericia con orina oscura, heces claras y dolores frecuentes. Durante cuatro meses el abdomen aumentó gradualmente de tamaño y había padecido de disnea considerable, al ejercitarse, con hinchazón moderada de los tobillos. Durante tres meses habían estado engrosados los extremos de los dedos.

*Exploración.*—La paciente se hallaba emaciada, la respiración era fatigosa; la piel y las conjuntivas se hallaban intensamente ictéricas. Los dedos estaban marcadamente engrosados. El corazón parecía hallarse ligeramente desplazado hacia la izquierda, pero aparte de esto era normal. No había aumentado la presión sanguínea. Los pulmones resultaron negativos, aparte de que la expansión, resonancia y sonidos en la base, parecían algo disminuídos posteriormente. El abdomen se hallaba distendido y rígido, con macicez variable y una tumoración grande é imprecisa que llenaba la mitad superior. No se distinguía dilatación de las venas superficiales. Por la punción en la línea media se extrajeron 4.500 c. c. de líquido muy teñido de bilis, pudiendo distinguirse después de esto, el hígado y el bazo. El hígado se extendía 3 pulgadas (7,5 centímetros) por debajo del rebor-

de costal, era liso, no sensible y su borde se hallaba bien limitado. El bazo traspasaba la línea media y llegaba á una pulgada (2,5 centímetros) de la cresta ilíaca; podían verse, sin dificultad, el borde y el surco.

*Hallazgos de laboratorio.*—El examen sanguíneo reveló hemoglobina, 60 por 100; hematíes, 3.000.000; leucocitos, 10.200; polimorfonucleares, 88 por 100; mononucleares pequeños, 2 por 100; mononucleares grandes y células de transición, 10. por 100. El frote reveló mucha variación en el tamaño de los hematíes, pero no se encontró ninguna célula nucleada ni señales de degeneración basiófila. La reacción de Wassermann de la sangre resultó negativa; la orina era oscura, turbia y ácida; el peso específico era 1.020: había bastantes indicios de albúmina; no se encontró glucosa, pero sí bilis; microscópicamente se descubrió una cantidad moderada de glóbulos de pus y algunos cilindros granulares.

*Sumario.*—Se había practicado la colecistectomía hacía cuatro años y explorádose el colédoco diez y ocho años antes de que ingresase en el hospital. Había tenido ataques intermitentes de dolor abdominal con escalofríos y fiebre é ictericia casi constante, durante cuatro años. El hígado y el bazo habían engrosado rápidamente con ascitis y dedos en baqueta de tambor.

*Observaciones subsecuentes.*—La temperatura era irregular y del tipo séptico, con escalos fríos y sudores frecuentes. El líquido abdominal se acumulaba constantemente y había que extraerlo por punción, aproximadamente cada diez días. Aumentaron la tos y las señales de líquido en la base derecha. El examen roentgenológico, el 2 de Enero de 1920, indicó una cantidad moderada de líquido en la parte inferior derecha del tórax, con desplazamiento cardíaco hacia la izquierda. Los exámenes subsecuentes de la sangre indicaron una leucocitosis ligera, con anemia secundaria. La paciente murió el 23 de Enero.

*Hallazgos autópsicos.*—El abdomen estaba distendido y contenía unos tres galones de líquido amarillento claro. El epiplón se hallaba adherido anteriormente á la pared abdominal en el sitio de varias heridas por punciones. Se encontró una masa espesa de adherencias muy fuertes, que enlazaban el estómago, duodeno, hígado, colon, riñón derecho y diafragma. El hígado pesaba 2.394 gramos y contenía numerosos abscesos llenos de pus verdoso que variaban en tamaño de puntos microscópicos á un huevo de gallina. La superficie reveló dos aberturas, á través de las cuales se habían rupturado abscesos, á través del diafragma, en el pulmón derecho. Los conductos eran palpables, y no se encontraron cálculos. El bazo pesaba 1.888 gramos y era liso y bastante blando. No se descubrieron macroscópica ni microscópicamente abscesos ni señales de trombosis. El aspecto microscópico era el de un tumor esplénico agudo, tal como los que se encuentran en las septicemias. El pulmón derecho revelaba bolsas llenas de pus. El corazón era pequeño, con señales de degeneración adiposa del miocardio; por lo demás, era normal. Los riñones eran bastante grandes, la cápsula se desprendía con facilidad y no se encontraron abscesos. El útero se hallaba ligeramente distendido y á la presión expulsó pus, del mismo aspecto que el del hígado y pulmón. Los cultivos de este pus revelaron colonias puras de un diplococo positivo al Gram, del grupo neumocócico. — (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 15 de Marzo de 1921).

# 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.

**Campaña sanitaria: Inauguración y mitin en Segovia.**

—El Congreso de Oporto.—Monumento á Tolosa Latour.

El domingo 8 tuvo lugar en Segovia un acto de la mayor importancia, al que asistieron, especialmente invitados por las autoridades locales, el inspector general de Sanidad D. Manuel Martín Salazar, el Sr. Francos Rodríguez, el catedrático doctor Pittaluga, el Dr. D. Víctor Cortezo, Jefe del Parque Central de Sanidad, el Dr. Juarros y el Sr. Call, inspector provincial de Sanidad de Madrid. Organizaron la interesantísima fiesta el gobernador civil de Segovia Sr. Llasera, el inspector provincial de Sanidad Sr. Rosique, el alcalde y el presidente del Colegio de Médicos.

Tratábase de inaugurar los locales de una Brigada Sanitaria, dotada de excelentes elementos materiales, y organizada con un alto espíritu de solidaridad mediante el concurso de todos los Ayuntamientos de la provincia, reunidos en mancomunidad.

A las once y media de la mañana tuvo lugar un comicio, que presidió el Sr. Martín Salazar, en el teatro de Segovia, lleno de un público selecto, con asistencia de gran número de señoras. Pronunciaron elocuentísimos discursos los Sres. Call, Juarros, Pittaluga, Francos Rodríguez, Martín Salazar, precedidos por el gobernador civil, cuya gestión merece los más entusiastas elogios.

Fué luego servido espléndido banquete, en el salón de actos del Instituto, y por fin se inauguró el nuevo Centro, con anejo Laboratorio de Análisis, y fueron objeto de detenida visita las nuevas salas del hospital que con gran acierto dirige el señor Gila.

Fué un día de honda satisfacción para todos, y de gran ejemplaridad para la mayoría de las provincias de España.

La Asociación española para el progreso de las Ciencias contrajo con los representantes portugueses que asistieron al Congreso celebrado en Sevilla en 1917, el compromiso ratificado en la Conferencia que tuvo lugar en Bilbao en 1919, de llevar á una población universitaria portuguesa una de sus futuras Asambleas.

Puestos en relación los elementos científicos de las dos naciones, se acordó celebrar las sesiones del próximo Congreso en la ciudad de Oporto y estimular entre los intelectuales de Portugal y España la aportación de sus descubrimientos, para que el éxito que se alcance tenga la mayor resonancia.

En la Real Academia de Ciencias y bajo la presidencia del rector de la Universidad, Dr. Rodríguez Carracido, se celebró recientemente una Junta por las secciones de Matemáticas, Física y Química y Astronomía. Muchos y valiosos elementos pertenecientes á ellas prometieron aportar sus más recientes trabajos á la labor del Congreso.

El secretario general de la Asociación leyó los títulos de las notas que para las dos secciones mencionadas y la de Matemáticas le han anunciado algunos ingenieros, catedráticos, astrónomos, etcétera, que no asistían á la Junta.

El mismo secretario general participó á los reunidos que el Congreso de Oporto se celebrará, según está anunciado, del 26 de Junio al 1 de Julio próximos.

Aunque no se ha dado todavía conocimiento público de ello, la clase médica preparará seguramente un programa interesante á desarrollar en la próxima Asamblea.

Se ha reunido en el Ministerio de la Gobernación el Comité nacional encargado de erigir un monumento al Dr. D. Manuel de Tolosa Latour, del cual forman parte los Sres. Pulido (presidente), Francos Rodríguez, Ruiz Jiménez, duque del Infantado, duque de la Vega, marqués de Guerra, Montero Ríos, Alarcón, Ortega Munilla y otros.

El secretario del Comité, D. Miguel Gómez Cano, dió cuenta de las gestiones realizadas, que han tenido por resultado obtener nuevos ingresos del Ayuntamiento de Madrid, de las Juntas provinciales de Protección á la Infancia, del Colegio Oficial de Médicos, del Centro de Hijos de Madrid y de varias personalidades.

Se acordó intensificar la propaganda y otorgar un voto de confianza al Sr. Francos Rodríguez, para que vea el medio de que el Parlamento conceda la ayuda económica necesaria para llevar á efecto la idea.

La actividad desplegada por el bondadoso é in-

teligente protector de la infancia desvalida, bien merece el homenaje que todas las clases se proponen tributarle.

DECIO CARLAN.

## Sobre la reforma de los Manicomios españoles

POR

RODRIGO G. PINTO

Del Laboratorio de Medicina Legal.

Médico interino del Sanatorio de San José para varones,  
Ciempozuelos (Madrid).

Por haber coincidido varios de los que se ocupan de estas cuestiones en escribir sobre el mismo tema, ha sido causa de que modificara un pequeño artículo en el que pedía la opinión de las autoridades en la materia, para ver de conseguir las reformas necesarias á la mayor brevedad posible. Celebro la coincidencia, pues de antemano conozco sus opiniones, y de esta forma puedo tratar el asunto con mayor amplitud.

La impresión que causa lo leído es lastimosa; nadie propone medidas de fácil realización. Parece natural que para hablar de una cosa se esté documentado en ella y, por tanto, conocer los Establecimientos para alienados, máxime algunos que están á las puertas de Madrid, y donde se dan toda clase de facilidades, siempre que se intente hacer algún trabajo útil. De otro modo no ignorarían que en este Establecimiento—y en el de mujeres que actualmente dirige el Dr. Sacristán, al que auxilian el Sr. Picó y mi hermano—se pusieron, nada más aparecer, las inyecciones intravenosas de salvarsanés; de los primeros en donde se practicó la reacción de Wassermann; me parece que el primero en que se trataron parálisis generales con nucleinato de sosa por el año 1909, y, finalmente, donde han sido inyectadas dosis masivas del mismo nucleinato como tratamiento de la demencia precoz. En estos mismos tiempos del doctor Gayarre se consiguió—y hoy afortunadamente lo mismo—no tener enfermos sujetos de ninguna forma, y tratando la agitación por la yoscina, luminal y encamamiento, consiguiéndose sacar á los enfermos del periodo de agitación sin menoscabo de su higidez funcional. Se habla del laboratorio como verdadera *esencia*, y, en cambio, nada se dice de la clínterapia, balneoterapia, Granjas Agrícolas, y, sobre todo, de la enseñanza del personal subalterno, cosa por demás interesante y absolutamente precisa para que un manicomio funcione con regularidad. Pretender que se lleven bien ochocientas hojas clínicas, y, además, hacer investigaciones anatomopatológicas y microscópicas sin desatender lo más preciso en clínica—fórmula leucocitaria, análisis de orina, esputos, jugos gástricos, etc.—por tres médicos—los Dres. Fernández Victorio, García Piñera y el que esto escribe—es demasiado; es mucho más fácil criticar que hacer; no haciéndolo no se sabe lo que cuesta prepararse uno mismo todo lo necesario, desde inyectar conejos y lavar glóbulos, á entretenerse en hacer autopsias y dar cortes. No quiero seguir adelante sin hacer

una rectificación al Sr. Villaverde que en el último número de EL SIGLO MÉDICO rinde tributo á lo muchísimo que merece el Dr. Gayarre y del que dice nadie se ha ocupado en esta ocasión. Dos números antes se publicaba un artículo del director actual de este Establecimiento y en él decía con una modestia envidiable, que cuanto se había logrado en el Sanatorio se debía exclusivamente á la pericia de sus antecesores en el cargo—los Dres. Gayarre, Maraver y mi malogrado padre,—y yo cuando pensé escribir sobre ello solicitaba su valiosísima opinión, pues sobradamente conozco cuánto vale por haber tenido la honra de ser interno á su servicio los últimos tiempos de su dirección. El conoce el problema á fondo por haberlo palpado y tener una cultura que no alcanzo bien apreciar, dado el escaso bagaje científico de principiante.

El problema á mi juicio es substancialmente económico. El enfermo de la mente requiere un número de cuidados y requisitos mayor que el que sufre otras afecciones, pues dejando de un lado la frecuencia de enfermedades intercurrentes, hay que agregarles las que imperiosamente presentan por su trastorno mental.

El solicitar por ahora apoyo de los Poderes públicos es utópico.

El único establecimiento (al menos que yo sepa) que el Estado posee para el tratamiento de los alienados, reúne las peores condiciones y de nada sirven las peticiones que sus dignos facultativos hacen para mejorar las necesidades del enfermo y poseer aquellos recursos que la Ciencia reclama como imprescindibles.

Las reformas prácticas de personal y de material que señala F. Sáenz (1), se refieren al personal médico y al de enfermeros. Los médicos necesitan, ante todo, medios para llenar su cometido. Esto requiere un concurso económico que es el principal factor. El establecimiento de laboratorios, bibliotecas, salas de autopsia, clases para enfermeros, pabellones de ingreso, colonias agrícolas, talleres, clinoterapia, balneoterapia, etc., suponen una respetable cantidad de pesetas que no daría el Estado, máxime si se tiene en cuenta que no existe por él una sola Cátedra donde con integridad se explique Psiquiatría, habiendo el ejemplo del Cuerpo de Sanidad Militar, que desde más de ocho años la tiene incluida en su plan de estudios, Cátedra que explicó durante mucho tiempo el Dr. Fernández Victorio, y hoy lo hace el Dr. Juarros. Está diseñada su enseñanza juntamente con la Medicina Legal, pero á menos de una gran vocación del profesor, por la especialidad no puede ser bosquejada. Pero esto nunca constituye un modo de enseñanza, y todo lo que no sea la creación de una Clínica Psiquiátrica en las Facultades, verdaderos modelos, es pura quimera pretender que el alumno al terminar su carrera sienta vocación y estímulo por la especialidad. El problema de practicantes y enfermeros es aún de mayor trascendencia. Para poder, como el profesor Simón (2), pedir al enfermero, «no su docilidad, sino su colaboración», precisa la elevación cultu-

(1) SIGLO MÉDICO, 19 de Marzo de 1921.

(2) Simón, "L'aliéné, l'Asile, l'infirmier", París.

ral y el mejoramiento económico. Actualmente por el jornal que se les da cumplen bien su cometido y los más pasan á manejar los enfermos cuando acaban de abandonar faenas agrícolas ó menesteres parecidos en punto á instrucción. Precisa que se forme el Cuerpo de Enfermeros de Manicomios que podrían estudiar y practicar en la Clínica oficial ó ser diplomados en los establecimientos particulares, que para ello reunieran condiciones. Los practicantes habrían de completar sus conocimientos en forma análoga. Comprendiendo nosotros esta necesidad, hemos establecido cursos prácticos para que los hermanos encargados de los pabellones tengan los conocimientos más indispensables de la técnica manicomial, y en breve comenzaremos la enseñanza de los sirvientes seculares con arreglo á las enseñanzas que se cursan en los países más adelantados. Mas ha de comprenderse las enormes dificultades suscitadas por las mezquinas pensiones que abonan las Diputaciones, teniendo montados y funcionando: Laboratorio, Electroterapia, Clinoterapia, Sala de Autopsia, etc., con soberbios pabellones que suman 15 edificios completamente separados y un personal que está en la proporción de un asistente por cada cinco enfermos, y pagando—si pagaran, menos mal—la de Madrid, 1,35 pesetas por estancia y, sin embargo, en el Hospital Provincial le cuesta bastante mas, y no hemos de considerar el Departamento como un modelo en su clase.

En cuanto al miedo de las familias á ingresar sus enfermos en los establecimientos, mucho depende de las malas condiciones de la mayoría; pero mucha culpa tienen los médicos;—entre ellos algunos de la especialidad—que hacen de estos Centros DEMASIADOS ELOGIOS y ¡sálvese el que pueda! El resultado es lógico; á estas casas llegan los enfermos en estado imposible de tratar cuando fuera se han agotado todos los recursos terapéuticos y sólo cuando se ve que nada se logra nos SON ENDOSADOS para que cuidemos vegeten sin tropiezos. Hace algunos meses llegó á nuestras manos un lujosísimo folleto que el doctor peruano Larco Herrera nos envió sobre el estado actual de la asistencia de los alienados en Europa, y causa verdadera pena lo que dice de casi todos los españoles. En el mismo explica lo muchísimo que ha logrado en el Asilo-Colonia de Magdalena donde dispone de los últimos adelantos de la técnica manicomial.

Y termino este modesto trabajo excitando á todos á la concordia, despojándose de egoísmos para ver si se consigue alguna cosa de verdadera utilidad, pidiendo escriban los que aún no lo han hecho para evitar que la opinión extraviada considere el problema insoluble por su gran complejidad.

### La reforma del Cuerpo de directores de Baños.

Tendremos defectos; pero queremos curarnos con nuestras tradiciones, con arreglo á nuestra manera de ser. (De un discurso pronunciado en el Congreso por D. Juan de la Cierva, el 31 de Marzo de 1921.)

Ha publicado recientemente un distinguido profe-

sor de la facultad de Lille, el Dr. Ausset, un libro que titula: *Cures thermales chez les enfants*, y al estudiar las aguas minerales de Salies de Bearn, escribe: «Sería muy deseable, que para las aguas de tal potencia, la Administración termal rehusase de un modo *absoluto y enérgico* el permiso para dejar á los enfermos medicarse sin prescripciones médicas *recientes*. Va en interés de los enfermos desde luego, y es el punto capital que debe guiarnos. Si se impide la venta libre de tóxicos; si se quiere proteger al público exigiendo que las farmacias no puedan entregar sus tóxicos sin receta, es lógico proteger igualmente á este público contra el empleo injustificado é inconsiderado de las aguas minerales tan activas y tan enérgicas. En espera de la ley es posible hacer algo á este respecto, y la administración haría un servicio á los enfermos rehusándoles un tratamiento «no prescrito» por un médico del Balneario.»

Y más adelante añade Ausset:

«Por lo tanto, las estaciones hidro-minerales tendrían el mayor interés en no conceder nunca el tratamiento sin prescripción facultativa. Esto es verdad para todos, pero aún más para las aguas como Salies tan considerablemente activas.»

Semejantes ideas que compartimos en absoluto, informan nuestra legislación sanitaria actual. La ley de Sanidad de 1857 y el reglamento de Baños de 1874 consignaban el principio de que el Estado debe intervenir en el régimen y vigilancia de los veneros medicinales, y sus representantes en esas localidades balnearias deben cuidar también de su empleo racional por los enfermos.

Ciertamente que la Instrucción general de Sanidad de 1904 modificó la organización para en adelante, del organismo «médicos-directores» creando otro de «médicos-habilitados», pero en modo alguno quiso oponerse al principio antes aludido y consignado en ley, de que el Gobierno ó el Estado deben cuidar de los manantiales como un ramo de la riqueza nacional, y como un remedio salutarífico, y de los cuales se haga uso con intervención facultativa.

Tal intervención obligatoria, es verdad que no fué siempre del agrado de los propietarios de baños, que la suponían molesta para el enfermo, y limitadora de la clientela. No fué tampoco aceptada con gusto por todos los médicos prácticos, que pensaban constituía la consulta médica precisa con el médico director, una limitación á sus consejos, y quizás una minoración en sus consultorios.

Justo es consignar, sin embargo, que los médicos prácticos no protestaron contra las disposiciones legales de referencia. Lo hicieron, sí, en más de una ocasión buen número de propietarios. Y en justicia también hay que decir (ó mejor expresado, en rendimiento á los hechos, debe consignarse) que la creación del Cuerpo facultativo de los «médicos-habilitados» fué una concesión á estas solicitudes de los propietarios de aguas medicinales, á los que debía llamarse mejor *usufructuarios*, puesto que el Estado no puede hacer donación *ad perpetuam* de lo que interesa al bien común, ni el dominio sobre los manantiales salutaríferos puede na-

die creer que sea para usar y abusar, al tono del antiguo derecho.

Ahora bien, el régimen actual por el que se rigen los balnearios españoles, es de interinidad manifiesta.

El público lo presiente, los médicos lo saben, los propietarios aguardan y la administración medita.

Es interino el régimen, porque de doscientos Establecimientos balnearios ó cerca de ellos existentes, cuarenta y seis tienen médicos-directores, cincuenta tienen médicos-habilitados, y el resto, médicos libres... sujetos á una credencial volandera del Ministerio de la Gobernación.

Es un régimen interino, volvemos á decir. Los médicos-directores van desapareciendo por *eutanasia* (de los 46 tienen setenta años la quinta parte) y los médicos-habilitados vanse eliminando de la labor hidrológica por haber cristalizado sus aficiones en cosas más productivas. Y no hablemos de los libres, que dependen de las recomendaciones que reciba el señor ministro de la Gobernación. Surge, pues, la pregunta; ¿cuál debe ser el plan futuro para el gobierno de los Balnearios?

Por de pronto debiera ser uniforme, es decir, con «igualdad ante la ley». Igual régimen para Archena, Cestona ó Panticosa que para Morzarzal ó Loeches. El prócer y el proletario, iguales ante la ley.

Y el segundo canon debería ser este: aptitud é idoneidad del funcionario delegado del Gobierno como garantía para el mismo y para el público. Los médicos habilitados de hoy están mediatizados por el propietario en primer lugar, y luego servidores de los enfermos y del Estado. No se olvide que la Hidrología médica es una especialidad, cuya enseñanza no está incluida en el período de la Licenciatura, y recuérdese también que su matrícula es facultativa en los aspirantes al doctorado.

La responsabilidad del funcionario encargado de vigilar la salud pública, y de atender á que no se dilapide una riqueza nacional, tiene sus sanciones ante la conciencia iluminada por el saber, pero también ante el Gobierno, que por otorgar un diploma no debe eximirse de exigir esa responsabilidad ante el cumplimiento de un deber.

Por último, el Cuerpo Médico general debe tener libertad de prescripción en la receta balnearia como en otra cualquiera, siempre que como en las demás prescripciones afronte individualmente, por sí mismo, las responsabilidades de sus desaciertos como de sus éxitos.

Vamos á ver cómo se pueden realizar estas aspiraciones en una legislación á la moderna.

En las principales naciones de Europa, el Estado se reserva el control sobre los Balnearios. En Alemania con un delegado, que puede no ser médico, y que no lo es, sino militar, en los grandes Balnearios, pero

que es doctor en los de poca concurrencia. En Italia es siempre con un médico que se llama director sanitario, y en Francia con un inspector, que hasta hace poco era regional y que ahora se proyecta que sea departamental y á cargo de una Comisaría que destaque uno de sus miembros, según los casos y necesidades.

El médico director á la española no realiza, pues, distinta y peculiar misión en este respecto que no tenga órgano en el extranjero.

La aptitud é idoneidad de los médicos se juzga de modo distinto que entre nosotros. En Alemania no hay enseñanza oficial de Hidrología. El diploma de médico general es suficiente para que se pueda ejercer en una Estación balnearia. Pero la selección la hacen los compañeros, *suaviter in modo*, y la hace el público, teniendo en cuenta los trabajos del especialista, sus antecedentes científicos, etc.

Cosa semejante ocurre en Francia, donde cualquier médico puede inscribirse en el Sindicato profesional de un Balneario, comprometiéndose á residir allí durante la temporada. En fin, en Italia se les da á los propietarios de las Termas la facultad de nombrar sus médicos, que ellos han de pagar, y que escogen entre las sumidades floridas de las Universidades y Academias.

No hay, pues, en ningún país de Europa *libertad balnearia*, en el sentido de que no existan médicos en los Balnearios. Existen en todos, pagados por los propietarios en Italia, y sin emolumentos fijos en los otros países. Y en la *práctica*, ningún enfermo culto deja de consultar con un médico de éstos. Es más, en ciertos Balnearios—no en todos—de Italia y Alemania, la administración no permite tomar el tercer baño, ó el tercer día de bebida de los manantiales, sin que haya sido visada la receta que el enfermo traiga, por un doctor de la localidad.

España tiene la ventaja sobre esas naciones de que tanto los médico-directores, como los habilitados, lo son por oposición y, además, la aptitud de la generalidad de los clínicos será cada día mayor desde la creación oficial de la cátedra de Hidrología, que también en estos momentos ofrecen crear en Francia á sus espaldas en todas las Universidades, el Sindicato de los Proprietarios de Termas.

Tal es la situación de este problema sanitario en nuestro continente.

Claramente se ve que España ha constituido lo fundamental en lo que se refiere al concepto general del régimen balneario, y que con ligeros retoques, podría poner su legislación á nivel de las modernas exigencias, uniendo, como dice la escuela conservadora, la tradición con el progreso.

La Instrucción general de Sanidad deja establecido el derecho de todo médico para ejercer al pie de un

# BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

Balneario. No pasan de tres los doctores que hacen uso en nuestro país de esa potestad.

Se dice que no puede aumentar ese número mientras no desaparezca la preponderancia de un médico-director. Pero como se ha visto, esa preeminencia donde no la da el Estado, la otorga el propietario ó la Compañía arrendataria, como en Italia y Alemania. No existe, es cierto, en Francia, pero ¿es que puede compararse un Balneario de miles de concurrentes con uno á la española de centenares? ¡A fe que en los establecimientos modestos ultrapirenaicos también los hoteles conceden trato de favorecido á unos sobre otros clínicos! Y cuando el enfermo no quiere consultas previas, bien se ve á qué funestos resultados se exponen. Medítense las palabras que hemos copiado del doctor Ausset, que han hecho suyas otros colegas compatriotas.

Toda legislación en toda materia, debe partir de estado de las costumbres del pueblo para que se dicte, procurando enlazarlos con lo que la ciencia dictamine como más útil.

«Curémonos con nuestras tradiciones, con arreglo á nuestra manera de ser», como ha dicho nuestro actual ministro de Fomento.

DR. PINILLA

## HOMENAJE A UN MÉDICO

El día 27 del corriente se celebró en el pueblo de Alcázar del Rey (Cuenca) un acto tan solemne como ejemplar y conmovedor.

El Ayuntamiento de este pueblo rindió homenaje á la memoria del que fué su médico titular D. Cayetano Leopoldo Pollo, fallecido en 1918 á consecuencia de la epidemia gripal que con el celo que todos los médicos titulares ponen en el cumplimiento del deber en los tristes casos de calamidad pública venía asistiendo.

Muerto este digno compañero que casi á rastra, roto su organismo por la enfermedad traidora, no dejó la asistencia hasta que á viva fuerza fué obligado á hacer cama, la desolación y el terror cundió por el pueblo, pues con el Sr. Pollo desaparecía la única ó casi única persona que en la población mantenía los alientos, aunque en otra esfera coadyuvaron á ello las personalidades del Concejo y, muy especialmente, el secretario del mismo Sr. Arroqui.

Siguiendo estas normas, que muy bien quisiéramos fueran aprendidas por todos los Municipios que á nuestros compañeros deben favores de tal naturaleza, organizó el recuerdo, que ha consistido en la celebración de solemnes funerales por las víctimas de la epidemia y en el descubrimiento de las lápidas que á partir de dicho día darán el nombre del médico Sr. Pollo á la calle principal del pueblo, antes llamada Real.

Al acto, expresa y galantemente invitados por el

Ayuntamiento, concurrieron representaciones del Colegio Médico provincial, formada por su presidente don Antonio Acebo y el vocal de la Junta de gobierno y representante del partido de Tarancón, al que pertenece Alcázar del Rey, D. Severiano Solá Cezar, de la Prensa conquense en la persona de D. César Huerta, director del periódico local *El Mundo*. Es de rigor consignar la especialísima representación del Dr. Cortezo, en el profesor del Colegio de Huérfanos del Príncipe de Asturias, D. José Lluva, portador de una expresiva carta del insigne presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, adhiriéndose al acto con el entusiasmo de quien como él ha llevado á cima la hermosa institución del orfelinato médico. De la capital asistieron otras personas emparentadas con las víctimas y el señor gobernador civil estuvo representado por el alcalde.

Después de las solemnes exequias se trasladó la comitiva formada por todo el pueblo, las autoridades y las representaciones antes consignadas, á la calle Real donde estaban las placas que habían de descubrirse. Hecho silencio, tomó la palabra primeramente el señor presidente del Colegio de Médicos de esta provincia, el que en nombre de la entidad por él representada agradeció el homenaje que se tributaba al compañero fallecido, en el que creía ver el que un pueblo consciente de la importante misión del médico titular hacía á la clase, congratulándose de que fuera el Colegio de Cuenca al que le cupiera la honra de recoger esta ofrenda. Recordó los días luctuosos de la epidemia, en los que, aún caliente el cadáver del Dr. Pollo, estuvo en el pueblo en nombre del Colegio para impulsar y activar la tramitación del expediente de pensión que hoy percibe la viuda, y calificó el acto de rara flor entre las espinas que entorpecen el camino que un día tras otro recorre el médico rural. Hondamente emocionado terminó su peroración dando un beso al hijo del Sr. Pollo, acogido del Colegio de Huérfanos, en el cual simbolizaba el que la clase médica conquense daba á los hijos del que fué querido compañero.

Seguidamente usó de la palabra el culto profesor del Colegio de Huérfanos, Sr. Lluva, que hizo un símil entre la labor del médico muerto oscuramente en lucha con la enfermedad, y la del militar á quien siempre aureola un nimbo de gloria al sucumbir por la Patria, entendiendo que no cabe distingos entre uno y otro, pues tan heroica es la de éste como la de aquél por callada que sea.

Hizo un elogio cumplidísimo del Colegio de Huérfanos y encomió la conducta del Sr. Pollo. El Sr. Lluva fué escuchado con emoción.

Por último, el Sr. Huerta recogió en florido discurso el sentimiento del pueblo, y con frases elevadas hizo un estudio sintético de las diversas leyes que rigen la vida orgánica y social entre las que descuellan las del

# 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).

deber y la del dolor á las que en esta ocasión se rendían tributo.

Después de estas oraciones, el hijo del Sr. Pollo tiró del cordón que pendía de la cortina que ocultaba la lápida conmemorativa quedando descubierta. El momento fué de emoción infinita asomando las lágrimas á los ojos de los concurrentes.

Felicitemos de todas veras al Ayuntamiento de Alcázar del Rey por tan delicada conducta y especialmente á su alcalde D. Mateo López Pérez, iniciador con el Sr. Arroqui de tan espiritual fiesta recordatoria.

## Sociedades Científicas.

### SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

SESIÓN DEL 23 DE FEBRERO DE 1921,  
BAJO LA PRESIDENCIA DEL DR. BECERRO DE BENGOA

El *Dr. Luque*.—Habiendo leído recientemente la descripción de la técnica operatoria que emplea y preconiza Imbert para la corrección del desgarro perineal, y habiéndome parecido su proceder razonable y de fácil ejecución, lo he practicado por vez primera en la enferma que he tenido el gusto de presentaros.

Como han podido comprobar los señores académicos que me han hecho el honor de examinar á mi operada, el resultado de la intervención ha sido excelente.

No queda, pues, por comprobar otra cosa que el modo de comportarse el nuevo periné en posibles partos ulteriores.

El fin que me he propuesto al traer esta enferma, no ha sido otro que el de estimularos á que ensayéis en algunos de vuestros casos de desgarro perineal la operación de Imbert, puesto que si bien es cierto que con la técnica usual de desdoblamiento se obtienen excelentes resultados, también lo es que algunas veces se desunen los bordes cutáneos, cosa que seguramente se evita con la nueva técnica.

*Dr. Aza*.—Felicito al *Dr. Luque* por el resultado obtenido en su operada. Ahora bien, á mí me habría satisfecho más que la abertura vulvar fuese más reducida y el periné más extenso, pues no hay que olvidar que la integridad y resistencia de éste es la mejor garantía contra el prolapso.

Por lo que se refiere á los fracasos que siguen á la práctica del desdoblamiento, yo quiero hacer constar aquí que estos fracasos son excepcionales y que cuando se presentan son debidos á una técnica defectuosa, puesto que cuando las suturas se verifican correctamente, ó sea sin dejar ningún espacio muerto, el éxito sigue á la intervención.

*Dr. Navarro Blasco*.—Mi opinión sobre este asunto es en realidad la misma que la expuesta por el *Dr. Aza*. Yo estoy por completo satisfecho de la técnica del desdoblamiento. No obstante, felicito sinceramente al *Dr. Luque* por el éxito de su intervención.

*Dr. Mendiguchía*.—Sólo unas palabras á propósito de la extensión que deberemos dar á la restitución perineal. Esta debe ser extensa, pero no tanto que una abertura vulvar tan pequeña obligue en partos posteriores á practicar la episiotomía.

El *Dr. Luque*.—Doy las gracias á todos los señores que han expuesto su parecer acerca de la terapéutica del desgarro perineal, con motivo de mi pequeña comunicación, y contestaré brevemente á sus observaciones.

Estoy de acuerdo con *Vital Aza* y *Navarro Blasco* al considerar que la formación de un periné amplio y resistente es la mejor garantía contra el prolapso; pero creo que no se deben exagerar las cosas y dejar una abertura vaginal tan estrecha que obligue á su sección en un posible parto ulterior. Por esto es por lo que yo en la enferma que he operado por el procedimiento de Imbert no he reconstituido el periné, sino en el grado que ha parecido prudente.

Ahora bien, con la técnica de Imbert lo mismo que con la del desdoblamiento, la restitución puede llevarse tan lejos como se desee.

Insisto en que á pesar de la perfección técnica de las roturas el fracaso sigue en ocasiones á los métodos habituales de colpoperineorrafia.

### Blenorragia y puerperio.

*Dr. Villanueva*.—De todos es conocida la importancia que dentro del orden médico social tiene la blenorragia, pero desgraciadamente el enfermo de ella no se la da, pues llega esta enfermedad á connaturalizarse con los individuos, hasta el punto que muchas veces es tratada sin dirección técnica, empleándose remedios vulgares ó de los muchos que en la Prensa se anuncian.

Da esto lugar á que la enfermedad, pasado su período de agudeza, se crea curada por haberse atenuado grandemente sus síntomas, pero no habiendo desaparecido en totalidad aquélla, el contacto sexual necesariamente ha de efectuar el contagio.

Este, cuando tiene lugar durante el embarazo, puede determinar la muerte del feto, pues si bien el orificio uterino está casi ocluido en las primigrávidas, no impide en absoluto el avance de los gonococos, pero en las múltiparas es bastante permeable para que los gonococos asciendan desde la vagina y penetren entre la pared uterina y el saco ovular, determinando procesos flogísticos en esta cavidad, en la placenta, y en ocasiones perturbando la inervación uterina, que determina la interrupción de la gestación y muerte del feto; pero en el puerperio es donde la blenorragia adquiere su mayor agudización, simulando afecciones sépticas de diferente localización en su relación con este período de la maternidad, y, que si no se hace un diagnóstico causal preciso, no suele dar resultado completo el tratamiento por carecer de carácter específico; por otra parte, como la existencia del flujo leucorreico es frecuente en las embarazadas, así como los fenómenos vesicales á la gestación, creemos culpables de ellos, y nunca procedemos como es consiguiente para inquirir la naturaleza de este flujo vaginal, llegando al puerperio sin orientación, á menos que la oftalmía purulenta en el recién nacido nos ponga en camino de pensar en la blenorragia; pero cuando no ocurre esto por muerte del feto, puede pasar desapercibida más ó menos tiempo, como me ha ocurrido en el caso que motiva mi actuación.

Joven de diez y ocho años, sin haberla examinado durante el embarazo, le presto asistencia al parto de un feto en presentación cefálica con placenta previa parcial, y dada la índole del trabajo, éste fué laborioso, sujeto á manipulaciones y maniobras para luchar con la pérdida de sangre y acelerar su terminación lo más pronto y favorable posible, acortando tiempo, y lo que era de esperar, un escalofrío intenso con fiebre alta y fenómenos dolorosos en la región uterina, con escasez y fetidez de loquios á las veinticuatro horas, nos hizo pensar y después confirmar por la evolución febril y local del proceso, que tratábamos de una endometritis séptica, prescribiendo el suero antiestreptocócico y los lavados intrauterinos antisépticos, y después los metales coloidales en inyección subcutánea, dando preferencia al electroaural.

Curada al parecer la afección, pasados unos días, fué dada de alta la puerpera, pero á los ocho ó diez el flujo vaginal ya atenuadísimo, se exteriorizó en mayor cantidad, adquiriendo un aspecto amarillo verdoso, acusando la enferma gran tensión vesical, disuria y orina purulentas; con dolores en las regiones ováricas, más acentuados en el lado derecho, y reconocida se aprecia una vulvo-vaginitis con la existencia del expresado exudado, y haciendo expresión sobre la uretra, se observa por el orificio externo la salida de mucosidad purulenta de aspecto igual á la de la vagina, y mediante la exploración bi-manual los fondos de saco están sensibles y dolorosos, notándose por palpación externa tumefacción é induración correspondiente á salpingo ovaritis del lado derecho, á más de molestias reflejas exteriorizadas en neuralgia intercortal y crisis gastrálgicas.

Pensando en este momento en la posibilidad de la ble-

# 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, Pola de Gordón (León).

norragia, por ser estos síntomas bastante característicos en la mujer, se le instituyó un tratamiento vesical consistente en los lavados con agua bórica, y los balsámicos al interior, la irrigación caliente vaginal con permanganato potásico, con fomentos calientes á la región salpingoovárica derecha; mas como era indispensable el análisis del producto ó exudado mocopurulento, se procedió á efectuarlo por persona competente, para fundamentar bien el tratamiento, dando el resultado que se esperaba, es decir, que era de naturaleza gonocócica.

Desde este momento, y simultáneamente con el tratamiento anterior, se sometió la enferma al específico de este proceso, o sea al de la vacuna; pero, al objeto de evitar las molestias é incidentes con las inyecciones, se le prescribió por vía gástrica en dosis de cuatro esferulas al día de la enterovacuna antigonocócica polivalente.

Este tratamiento determinó pronto y radicalmente la curación de la afección, habiendo dado un resultado excelente, sin fenómenos de reacción local y general, determinándose una sedación rápida y más tarde desaparición de todos los síntomas dolorosos incluso de la duración salpingoovárica, casi en totalidad, y que para completarlas, se sometió la enferma á algunas sesiones de termocauterización en dicha región.

El caso expuesto demuestra que es muy posible interpretar como procesos sépticos, localizados del puerperio, manifestaciones de la blenorragia agudizada durante el mismo, pues, aunque clínicamente son muy parecidas, la naturaleza de ésta varía, y por tanto la terapéutica, para obtener una curación sólida y permanente.

De aquí nace la conveniencia de analizar en muchos casos, especialmente en los sospechosos, los productos leucorreicos de las embarazadas, fijándose bien en las perturbaciones funcionales de la vejiga urinaria, y del carácter purulento de su contenido, así como del estado de la uretra, por ser posible que alguna de estas afecciones se relacionen con la blenorragia, y al ser así, someter á la embarazada al tratamiento de las vacunas, estando ya prevenido para el puerperio por la agudización que adquiere durante el mismo, simulando formas de sepsis puerperal localizadas que no existen, aunque el síndrome clínico sea, como he dicho, muy parecido.

*Dr. Torre y Blanco.*—La comunicación del Dr. Villanueva plantea problemas tan interesantes como los de la lucha contra las enfermedades venéreas por el tratamiento por vacunas de las afecciones gonocócicas de la mujer y del tratamiento de la fiebre puerperal. Yo sólo quiero ahora ocuparme de un modo muy breve de este último punto para expresar mi firme convicción de que el lavado intrauterino debe desecharse como tratamiento de la infección puerperal, puesto que si ésta es generalizada el lavado es totalmente inútil, y si es localizada la curación se obtiene simplemente por el reposo y la colocación sobre el bajo vientre de la bolsa de hielo.

*El Dr. Vital Aza.*—Pienso exactamente igual que el doctor Torre y Blanco acerca del lavado intrauterino, y sólo á lo que se refiere al tratamiento específico de la gonococia femenina soy completamente pesimista, puesto que á pesar de haberlo practicado con verdadera constancia en multitud de casos, no he observado los éxitos de que otros hablan.

*El Dr. Sicilia.*—Hace atinadas observaciones acerca de la gonococia femenina, insistiendo especialmente en la sintomatología y diagnóstico precoz de la misma.

El secretario de actas, *Cospedal* (hijo).

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,0; ídem mínima, 699,3; temperatura máxima, 22°8; ídem mínima, 3°8; vientos dominantes, N. NE.

No hay variaciones notables que señalar con respecto á las enfermedades reinantes.

Tenemos algún temor de que si sigue la sequía que por ahora se nota, va á ser en la estación próxima algo deficiente la provisión de agua de Madrid; aunque la cantidad no llegue á disminuir, como el nivel de los embalses tendrá que bajar, será inevitable que el fango se remueva algo y el agua se enturbie. Claro es que esto solo no puede ser causa de infección alguna, pero sí de que químicamente, aunque no deje de ser potable, no sea tampoco de primera calidad como sería de desear. Esperemos que las lluvias que parece se inician estos días sean bastante abundantes para contribuir á librarnos de estas contingencias.

## Crónicas.

**Sobre una contienda científica.**—El Dr. D. José María de Villaverde nos remite un nuevo artículo polémico en contestación al que se ha publicado en el número 3.516 (30 de Abril) de EL SIGLO MÉDICO.

Creemos que las posiciones de los dos contendientes han quedado bastante claras con las publicaciones de los respectivos trabajos del Dr. Lafora y del Dr. Villaverde, y por tanto, hemos rogado al Dr. Villaverde que no prolongue una polémica que consideramos como definitivamente cerrada.

**Consultas públicas.**—Resumen de los servicios prestados por el Gabinete Médico del barrio de Salamanca, durante el pasado mes de Abril:

En consulta pública, 570; á domicilio y en el Gabinete, 92; enfermedades de los niños, 156; ídem de garganta, nariz y oídos, 102; ídem de corazón y pulmón, 88; ídem de estómago é intestinos, 79; ídem de matriz y embarazo, 64; ídem de vías urinarias, 40; ídem de los ojos, 37; ídem nerviosas, 19; ídem de cirugía general, 96; ídem de boca y dientes, 187; casos judiciales, 4; vacunados, 3. Total, 1.537.

**Fallecimiento del Dr. Landete.**—Noticias recibidas de Pau dan cuenta del fallecimiento del Dr. Víctor Landete, que era muy estimado en Bilbao, donde contaba con numerosa y adicta clientela.

**Real Academia de Medicina de Valencia.**—El día 8 se verificó en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valencia, la recepción del académico electo Dr. Orenza Moliné, que pronunció un discurso sobre el «Valor profiláctico y curativo de las vacunas y de los sueros en las epizootias transmisibles á la especie humana».

Hizo la presentación y contestó al discurso del nuevo académico D. Ramón Gómez Pérez.

Presidió el acto el rector de la Universidad, y asistieron representaciones de todas las autoridades.

**Curso de Patología digestiva.**—El día 16 de Mayo dará principio en Madrid un cursillo de Patología digestiva con arreglo al siguiente programa de conferencias:

1. Exploración radiológica del estómago (teórico práctica), Dr. González Campo.
2. Gastropatías por alteración de la motilidad gástrica, Dr. R. Luis y Yagüe.
3. Gastropatías por alteración del quimismo gástrico, Dr. R. Luis y Yagüe.
4. Dolores abdominales, diagnóstico diferencial, Dr. Madinaveitia.
5. Úlcera gástrica, Dr. F. Fernández.
6. Úlcera duodenal, diagnóstico, Dr. González Campo.
7. Cáncer gástrico, Dr. F. Fernández.
8. Gastropatías de origen extragástrico, Dr. Hernando.
9. Ictericias, Dr. Hernando.
10. Litiasis biliar, Dr. Urrutia.
11. Cáncer de hígado, vías biliares y páncreas, doctor Urrutia.
12. Síndromes coprológicos en las enteropatías comunes, Dr. Rosell.
13. Indicaciones que de ellos se derivan, especialmente para el tratamiento dietético, Dr. Rosell.
14. Diarrea y estreñimiento, Dr. Gallart.
15. Dispepsias intestinales y enterocolitis, Dr. Gallart.

**LA DIABETES** SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI  
Y SUS COMPLICACIONES 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.

16. Apendicitis, oclusión intestinal y peritonitis, Dr. Madinaveitia.

Ponencia: Indicaciones quirúrgicas de la úlcera gástrica y apendicitis, Dr. Peláez.

Discusión general.

Además de estas conferencias se darán sesiones prácticas en la Facultad de Medicina, Hospital General é Instituto Rubio con sujeción al siguiente cuadro de prácticas:

Análisis gástrico: Dr. Arrese, Facultad de Medicina; doctor Catalina, Hospital General, y Dr. Lara, Instituto Rubio.

Análisis de heces: Dr. Arrese, Facultad de Medicina; doctor Rosell, Hospital General, y Dr. J. L. Yagüe, Instituto Rubio.

Análisis de sangre y orina: Dr. Arrese, Facultad de Medicina; Dres. Regueiro y Carrasco, Hospital General, y doctor Lara, Instituto Rubio.

Radiología: Dr. González Campo de Cos, Facultad de Medicina; Dr. J. M. Madinaveitia, Hospital General, y doctor Carro, Instituto Rubio.

Rectoscopia y esofagoscopia: Dr. J. M. Madinaveitia, Hospital General, y Dr. N. Sánchez Real, Hospital General.

Exploración clínica: Lunes y viernes, Facultad de Medicina, Dr. Hernando; martes, jueves y sábados, Hospital General, Dr. Madinaveitia, y martes y sábados, Instituto Rubio, Dr. Yagüe.

Sesiones operatorias.

Los señores asistentes al cursillo tendrán derecho, además, á un ejemplar de todas las conferencias, el cual irá precedido de la técnica de los procedimientos de análisis que se hagan en las prácticas; formando en conjunto un tomo en 4.º de más de 400 páginas.

Duración máxima del cursillo, quince días; derechos de inscripción, 12 pesetas.

Inscripciones y correspondencia á Ricardo Orero, médico, Plaza de los Ministerios, 5, Madrid. De dos á cuatro.

**Estudios de Medicina en la Universidad de Hamburgo.**—La Junta para Ampliación de Estudios ha recibido el siguiente ofrecimiento:

Los profesores de la Universidad de Hamburgo quieren facilitar á los extranjeros, y muy especialmente á los españoles, que puedan trabajar prácticamente en los grandes hospitales, ofreciéndoles ocasión de estudiar Medicina en los Institutos de Higiene.

Sin embargo, no pueden estos hospitales ni institutos ofrecer más que la enseñanza gratuita. Si el número de personas que acudiesen fuese mayor de quince, se establecería en Hamburgo una clínica especial para médicos españoles, donde recibirían una esmerada formación médica, relacionada especialmente con las necesidades de España.

La Junta para Ampliación de Estudios ofrecerá algunos detalles más. Los que deseen una amplia información deberán dirigirse al «Deutsche Korrespondenzbüro für ausländische Universitäts- und Studenten-Angelegenheiten Universität, Paulinum IV, Leipzig».

**Sociedad de Laringología de Barcelona.**—El día 1.º de Abril y eligiendo para presidente al Dr. Oller-Rabasa, quedó constituida en Barcelona la nueva corporación científica, Sociedad de Laringología.

**Los practicantes de Medicina y Cirugía.**—Una Comisión de practicantes de Medicina y Cirugía visitó el día 9 al ministro de Fomento para hablarle de algunos puntos que tienen relación con dicho departamento y que han de tratarse en la Asamblea nacional que los practicantes celebrarán en Madrid del 16 al 20 del corriente.

La Comisión visitó luego al ministro de Instrucción Pública con objeto de invitarle á la sesión de clausura de la Asamblea.

**Imposición de insignias á las enfermeras en Cartagena.**—Con gran solemnidad se ha celebrado en la Capitanía general de Cartagena el acto de imponer las insignias de damas enfermeras de la Cruz Roja á las señoritas que han alcanzado recientemente este título.

En representación de S. M. la Reina hizo entrega de las referidas insignias la esposa del capitán general del departamento, Sr. Carranza.

**EUMALT** Al presente número acompañamos un prospecto sobre el Extracto de malta "Eumalt" y otros preparados á base del mismo, del Dr. P. Andreu Lloberes, Cabafies, 60, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

**Oposiciones á médicos forenses** en las Audiencias de Valencia, Valladolid, Granada y Sevilla. Instancias hasta 9 de Mayo. Obra única que contesta con suficiencia el programa por el Dr. Eguren, 50 pesetas. Editorial Campos, Princesa, 14.

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

**Tratamiento Curativo del Estreñimiento habitual con PETROSINANA García Suárez.**

No es purgante, es un hidrocarburo líquido no asimilable, de efectos siempre seguros, lo mismo en niños que en adultos.

**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 bunsuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

**PHOSPHORRENAL-ROBERT**

(Reconstituyente)

Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO  
FARMACIA ROBERT - Lours 74  
BARCELONA

**GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE**



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para  
EL SIGLO MÉDICO.

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