

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES
 Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Influencia de la atmósfera marítima en las enfermedades funcionales del sistema nervioso (Psiconeurosis), por el Dr. Fernández Sanz.—Un caso de metrorragia intensísima curado con una serie de sesiones de Roentgenterapia profunda, por los Dres. J. y S. Ratera.—La escoliosis llamada habitual y sus modernos tratamientos, por el Dr. D. Joaquín Decref.—Papel de la sífilis en la génesis de la llamada epilepsia esencial, por el Dr. Carlos A. Farnbarén.—La Medicina y la guerra: Nota sobre el tétanos localizado en los miembros, por E. Chauvin.—**Periódicos médicos:**—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Semana franco-española en París, por G. V.—Sobre la reforma de los manicomios españoles, por el Dr. Eulogio García de la Píñera.—**Necrología.**—**Sociedades científicas:** Sociedad Española de Higiene.—**Sección oficial:** Ministerio de la Gobernación.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Influencia de la atmósfera marítima en las enfermedades funcionales del sistema nervioso (Psiconeurosis)

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina, profesor auxiliar numerario de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de Madrid, jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

En la época en que comienzan á formarse los planes del veraneo, aquellas personas que tienen la loable y sensata costumbre de subordinar el empleo de sus vacaciones estivales al cuidado de su salud y á la reparación de los achaques, que por acaso padezcan, suelen consultar á sus médicos, en demanda de indicaciones acerca del punto en que mejor les convendría temporalmente vivir, ó bien solicitar concretamente el consejo facultativo sobre si les será favorable ó perjudicial la estancia en una localidad determinada.

Ya se trate de personas afectas de alguna de las especies de psiconeurosis, neurastenia, histerismo, psicastenia, etc., ó simplemente de neurosisismo general, no diferenciado, ó bien de sujetos no enfermos actualmente, sino solo predispuestos á padecer esos disturbios neurodinámicos, es tan considerable el número de los incluidos en los casos que acabo de enumerar, que

raro será el médico que no tenga que atender repetidas veces á consultas en el sentido antes indicado. Y como esas consultas de índole climatológica é hidroterápica principalmente, dirígenle no sólo á los especialistas en Neuropatología, sino también á los prácticos que ejercen la Medicina general, considero oportuno hacer públicos en esta época del año, los resultados de mi experiencia personal y las normas de conducta que de aquéllos he deducido.

Consecuente en este criterio de circunstancial interés, así como el pasado año por ahora traté en EL SIGLO MÉDICO, de la *Hidroterapia en las psiconeurosis* (1), señalando, entre consideraciones de otro orden, el cómo y el por qué están peculiarmente indicadas las diversas fuentes minero-medicinales que en nuestro país se recomiendan en la Terapéutica de las afecciones nerviosas funcionales, y en *Medicina Ibero* (1), también me ocupé por entonces de los efectos de los baños de mar y del clima litoral en los enfermos psiconeuróticos, ahora pretendo completar las indicaciones enunciadas en este último trabajo, exponiendo de la manera más clara y sencilla que me sea dado, la influencia que la atmósfera marina, ó más propiamente dicho, de las costas, ejerce en los sujetos neuróticos ó propensos á serlo.

No será en manera alguna este artículo una repetición del publicado en el año anterior, pues aunque ins-

(1) FERNÁNDEZ SANZ: EL SIGLO MÉDICO, 19 de Junio de 1920.

(1) FERNÁNDEZ SANZ: Medicina Ibero, 17 de Julio de 1920.

pirados ambos en un mismo asunto, la manera de considerar á éste varía en el uno y en el otro. En el del pasado año me fijé especialmente en los baños de mar y en la helioterapia, puntualizando las indicaciones y la manera de realizar estas prácticas fisioterápicas sin hacer más que una rápida alusión á la acción del clima litoral, mientras que ahora es precisamente esta influencia climática la que me propongo examinar, atendiendo, sobre todo, á las modalidades de su influjo sobre el funcionalismo nervioso, siempre desviado de la normalidad, con perturbaciones más ó menos ostensibles en los individuos que englobaremos, para mayor brevedad de expresión, en la común denominación de neuróticos. De los baños de mar no me ocuparé aquí, porque de su acción terapéutica y condiciones de aplicación en dichos sujetos, dije lo que más importa conocer en el mencionado trabajo, al que remito al lector curioso de saber más detalles.

La influencia del ambiente costero en los afectos de neurosis, ó que padecen alguna dolencia psiconeurótica, tema circunscrito de este artículo, será por lo tanto en él atendida de preferencia desde el punto de vista de su modo de actuar fisiológica y patogénicamente, trazando las líneas fundamentales que bosquejan de una manera simplificada, pero exacta, el boceto de su intervención, para que de este esquema general pueda el médico práctico deducir las prescripciones especial y precisamente aplicables á cada caso particular.

Y debo previamente advertir que, no obstante mi propósito de tratar este asunto de manera que me permita formular preceptos sintéticos y de muy amplia aplicación, no es posible condensar en un solo aserto dogmático, á modo de compendioso teorema, á la vez total y único, las deducciones pragmáticas que resultarán del examen crítico elemental á que vamos á proceder de la influencia climática marina sobre las modalidades temperamentales neuróticas y enfermedades afines. Lejos de ser factible la expresión condensada de ese influjo en una solitaria definición escueta, será preciso establecer distingos, que pongan de manifiesto sus diversas maneras de actuar. Débese esta multiformidad de acciones fisiológicas y terapéuticas, al hecho fundamental, de comprensión fácil á poco que sobre la complejidad de los términos del problema se reflexione, de que las relaciones entre el clima marítimo y las manifestaciones psiconeuróticas, no se dan de un modo simple, sino múltiple, porque existen variedades muy distintas de aquel clima y especies muy diversas de esas manifestaciones morbosas del neurosis, y por consiguiente, si no queremos limitarnos á consignar unas cuantas vaguedades, en absoluto inaprovechables desde el punto de vista práctico, habremos de enjuiciar la cuestión particularizando las circunstancias que especialmente caracterizan tanto á los conjuntos de factores climatológicos, como á los complejos morbosos por los que se revela el neurosis; es decir, que necesariamente tendremos que individualizar, considerándolos separadamente á los varios tipos de clima litoral y de síndromes neuróticos, para relacionar cada uno de éstos con cada uno de aquellos, y obtener así

datos concretos de inmediata utilización en la práctica.

Comenzando por la diferenciación de los climas de costa y reduciéndonos no más que al litoral de nuestra patria, distinguiremos tres principales modalidades, representadas respectivamente por las orillas bañadas por el Cantábrico y el Océano en el Norte y Noroeste, por el mismo Océano en el Sur, y por el Mediterráneo. Dentro de esas tres grandes zonas existen naturalmente, por razones geográficas, meteorológicas, etc., multitud de divergencias que permiten la subdivisión de aquellas en regiones más pequeñas y más estrictamente diferenciadas, pero aunque en el curso de este trabajo haremos alusión á algunas de estas variedades, todas las comprendidas en cada una de las tres vastas comarcas que hemos indicado, ofrecen caracteres comunes suficientes en número y en importancia para que sea posible estudiarlas en conjunto, sobre todo cuando se trata de señalar sus contrastes con las pertenecientes á otra zona.

En términos generales, y teniendo en cuenta las características fundamentales del mar y de la tierra en cada una de esas tres regiones, puede afirmarse que la septentrional, desde el Bidasoa al Miño, se distingue por la temperatura poco elevada, por la humedad, por la frecuencia y fuerza de los vientos, por la vegetación frondosa y por la proximidad de montañas; la oceánica del Sur, desde el Guadiana hasta el estrecho de Gibraltar, se define por la temperatura mas alta y la humedad menor que en la primera, por los vientos fuertes también, por la vegetación escasa y por la tierra llana; en cuanto á la mediterránea, la más extensa de las tres, es de temperatura asimismo relativamente elevada, de humedad análoga á la de la segunda, de vientos á veces muy fuertes pero en general menos constantes que en las otras dos zonas, de vegetación varia, menos profusa que en la septentrional, pero superior á la de la oceánica meridional, y desde luego, de valor económico muy por encima del de la una y de la otra; en cuanto al perfil del terreno es diverso en la dilatada línea de la costa mediterránea, alternando los accidentes abruptos que alcanzan extraordinarias proporciones en la Alpujarra y hacia el cabo de Gata, con las planicies del litoral malagueño, del levantino y de ciertas porciones del catalán.

Definidos estos caracteres primordiales de las tres grandes zonas costeras, no será difícil comprender que en virtud de esas mismas propiedades se haya asignado á la septentrional una acción predominante de estímulo de las funciones nerviosas, á la mediterránea una influencia sedante sobre las mismas, mientras que el clima de la oceánica andaluza actuaría conjuntamente como sedante y como tónica, con supremacía de los unos y de los otros efectos, según la estación del año y las circunstancias meteorológicas temporales.

Dentro de cada zona, sobre todo de la primera y de la tercera, por su gran extensión territorial, existen algunas variantes que deben ser conocidas por poseer acentuados caracteres propios; así, en la región septentrional las localidades situadas cerca del vértice del ángulo que forma el golfo de Vizcaya, desde Biarritz hasta Bilbao,

ofrecen la particularidad interesante desde el punto de vista terapéutico, de ser en ellas muy inestables, diariamente, no sólo la temperatura, sino también todas las demás condiciones climáticas, es decir, que dentro de un mismo día es frecuente que varíe considerablemente además del grado termométrico, el higrométrico, el estado del cielo, y, como es consiguiente, también la insolación, la dirección y fuerza del viento, etc., lo que obliga al organismo á bruscos y repetidos esfuerzos de adaptación; en cambio es poco elevada la diferencia térmica del invierno al verano en esos lugares, en los que, sin embargo, abundan los días de fuerte calor, más difícilmente tolerable por ser húmedo en la época estival; en estos días cálidos de las márgenes del Cantábrico, la ordinaria acción estimulante del clima se trueca en hondamente depresora.

En el litoral del N. O., en las costas asturianas y más aún en las gallegas, el clima posee una notable estabilidad, no sólo anual, sino también diaria, y en ellas la temperatura en verano es siempre marcadamente inferior á la del territorio vasco; siendo por esto aquellas más recomendables para los individuos neuróticos; singularmente las rías altas y bajas de Galicia ofrecen admirables ejemplos de estaciones tanto veraniegas como invernales de uniforme y tranquilo clima, casi más lacustre que marítimo, aunque indudablemente en ellas se deja sentir, si bien atenuado, el influjo del mar.

En la zona mediterránea señalaremos la costa de Málaga, como modelo de residencia invernal, con clima sedante, aunque sólo relativamente, pues ciertas particularidades del mismo, como algunos vientos que á menudo reinan, le convierten en excitante, ejerciendo una sedación nerviosa más continua el clima del litoral levantino y del catalán; en este último existen numerosos puntos de excelentes condiciones para la estancia, no sólo en invierno, sino también estival, por no ser muchos los rigores de la alta temperatura.

Mencionemos también en esta misma región mediterránea la accidentada costa alpujarreña, que desde el punto de vista climatoterápico ofrece la singularidad excepcional de permitir la permanencia al lado del mar y á una notable altura sobre el nivel del mismo.

Si consideramos ahora los multiformes síndromes del neurosismo y las diversas especies psiconeuróticas, para acoplarlas á las varias características climáticas del litoral español que someramente hemos esbozado, habremos de comenzar por reconocer que en ningún caso constituye la atmósfera marítima una positiva indicación de eficacia terapéutica terminante, imprescindible y decisiva, antes al contrario, se halla indiscutiblemente contraindicada en todos los casos de trastornos psiconeuróticos muy agudos y con predominio de los fenómenos irritativos, como ocurre en muchos tipos de histerismo mayor y maligno, en las crisis forzadas de la psicastenia, en el período de exacerbación de la psiconeurosis de angustia, en las más graves formas de neurastenia etc. En todas estas circunstancias habrá que alejar al enfermo del mar, aconsejándole el clima continental de montaña, ó de llanura de elevación media.

En cambio puede permitirse la residencia en el litoral en los casos de neurosismo constitucional sin síntomas agudos, y en todos los períodos de remisión ó atenuación sindrómica de las psiconeurosis, cuando éstas se hallen en su fase de cronicidad estacionaria, sin exacerbación crítica de ninguno de los fenómenos susceptibles de agravar la evolución de la dolencia. En estas ocasiones se recomendará el clima estimulante del Cantábrico ó del Oceano en las psiconeurosis atónicas, como la neurastenia y la depresión afectiva simple, é inversamente se preferirá la influencia sedante del ambiente mediterráneo en los síndromes eréticos del histerismo, de la psiconeurosis de angustia y aun de la psicastenia misma; pero siempre debemos prevenir al enfermo neurótico contra los inconvenientes de la estancia demasiado prolongada al lado mismo del mar, y de la exposición directa á los fuertes vientos marinos.

Tales son las más importantes nociones de climatoterapia marítima que debemos tener presentes, cuando las personas neuróticas nos pidan consejo acerca de la elección de su residencia accidental ó permanente.

Madrid, 3 de Mayo de 1921.

Un caso de metrorragia intensísima curado con una serie de sesiones de Roentgenterapia profunda

POR LOS

DRES. J. y S. RATERA

Muchos son los beneficios que el continuo progresar de la ciencia médica ha producido á la Humanidad en los últimos años; pero pocos de ellos pueden compararse con los aportados á la Medicina por el empleo, en sentido terapéutico, de los rayos Röntgen, y dentro de esta forma de aplicación, con los inmensos beneficios obtenidos en la Ginecología.

Al primitivo empleo de estas radiaciones, hecho de un modo empírico, para comprobar alteraciones en las funciones menstruales, aparecidas después de aplicaciones radioscópias y radiográficas en el vientre, sucedió una fase intensa de estudio, partiendo de los resultados obtenidos y del modo de lograrlos, que ha ido poco á poco perfeccionándose hasta constituir hoy una de las aplicaciones más precisas y seguras de los rayos Röntgen.

A Albers-Schönberg pertenece el mérito de haber erigido en método sistemático el tratamiento de muchas ginecopatías, entre ellas las metrorragias de origen ovárico, las metritis hemorrágicas, los fibromas y fibromiomas uterinos, etc., tanto por haber sido el creador del método que lleva su nombre, conocido también por los nombres de método suave ó método de Hamburgo, como por el impulso que dió con una encuesta que abrió en su famosa revista *Fortschritte auf dem gebiete der Röntgenstrahlen*.

Siguió á esta escuela la aparición de la de Freiburg ó método intensivo, de importancia enorme, al frente de la cual figuran los nombres de Krönig, y principalmente el de Gauss, que cambió todos los datos téc-

nicos empleados hasta entonces, haciendo la irradiación próxima, á través de múltiples puertas de entrada y filtrando las radiaciones Röntgen, primitivamente ya muy penetrantes, á través de 3 milímetros de aluminio.

Poco á poco fueron modificándose los datos, sobre todo en lo que se refiere á filtración, número y tamaño de las puertas de entrada y distancia á que debe de estar colocado el foco anticatódico de la superficie cutánea, para utilizar una radiación á la que sólo en estos últimos tiempos se le ha dado su verdadero valor, aun cuando fué siempre conocida la radiación difusa.

El caso que motiva la presente nota clínica es una demostración de los beneficios, á veces irremplazables, que una röntgenterapia profunda puede dar en determinadas ocasiones.

Se trataba de una enferma de cuarenta y cinco años de edad, que á consecuencia de un nódulo fibroso intersticial, apreciado por el Dr. Botín en la cara anterior del útero, le provocaba unas metrorragias intensísimas, hasta el punto de que cuando fué enviada á nuestra consulta para ser tratada, el 7 de Julio de 1920, había experimentado una pérdida de peso de 13 kilogramos en los dos meses últimos anteriores, hallándose en un estado de intensa anemia y gran debilidad general.

Comenzado inmediatamente el tratamiento y dada la urgencia del caso, se le hicieron 12 zonas de irradiación, á través de cada una de las cuales se irradió setenta y cinco minutos, utilizando rayos primarios de 80,30 Benaist, y seleccionándoles á través de un filtro de un centímetro de aluminio. La dosis total dada fué de 300 unidades X, medidas con el intensímetro de Fürsténan y el radiómetro Sabourand-Noisé-Holzkecht. El tratamiento se realizó durante trece días solamente.

El resultado del tratamiento no pudo ser más feliz. La enferma no volvió á tener ya ninguna metrorragia, quedando sólo durante los primeros días del tratamiento unas pequeñas evacuaciones sanguíneas, que poco á poco fueron desapareciendo hasta quedar limpia del todo y estando actualmente completamente curada, no habiendo vuelto á tener novedad alguna.

Modernamente y desde los trabajos de Mitzcherlich acerca de la dosis ovárica y los de Seitz y Wintz, Siegel, Winter, Holfelder, es posible, utilizando los modernos aparatos intensivos para röntgenterapia profunda, obtener la curación de todas las metrorragias de origen ovárico ó producidas por miomas, en una sola sesión, utilizando radiaciones producidas por tensiones de voltios 210.000 que tienen la ventaja de no sufrir á su paso por los tejidos, convenientemente seleccionados por un filtro de cobre de un milímetro de espesor, una debilitación de 12,5 por 100 en lugar de 13 á 14 por 100 de debilitación experimentada por aquellas radiaciones producidas por tensiones de 170.000 á 180.000 voltios, razón que nos ha servido para adquirir un aparato doble intensivo. Reforma capaz de generar tensiones de 250.000 voltios, utilizando con él tubos de cátodo incandescente Fürsténan-Coolidge, únicos que hoy pueden resistir

de un modo constante tan elevadas tensiones sin deteriorarse é inutilizarse al poco tiempo.

En el caso descrito más arriba, los síntomas de supresión fueron muy poco intensos y perfectamente tolerados por la enferma, cosa que suele ocurrir también, como lo ha hecho constar Mitzcherlich, aun en mujeres jóvenes, las cuales, irradiadas con la dosis ovárica, se ha visto que obedecían de un modo exactamente igual á como obedecen mujeres de más edad, sin que por esto los síntomas de supresión les atormentase mucho, estableciéndose poco á poco y pasado algún tiempo de hecho el tratamiento.

La escoliosis llamada habitual y sus modernos tratamientos

POR EL

DR. D. JOAQUÍN DECREF

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Voy á ocuparme de la escoliosis que hasta hoy se llamó esencial ó habitual, según mi humilde opinión, mal llamada así, pues esta acepción se ha solido aplicar siempre á procesos de causa desconocida, y de este defecto ha adolecido la escoliosis que siempre la consideré, aun en estos casos, como un síntoma de varias enfermedades.

Descontemos, pues, la escoliosis congénita, debida en muchos casos á la falta ó aumento de una costilla ó de media vértebra, la raquíctica, si es que el raquitismo no es una variedad de la insuficiencia de secreciones internas importantes, histérica, pleurítica, paralítica, traumática y tuberculosa. Quedémonos con la que hasta ahora se llamó escoliosis esencial, de con vexidad dorsal derecha, y ocupémonos un poco de la etiología y patogenia de esta lesión.

En los años de 1909 y 1910, en discusión que sostuvimos en la Sociedad Española de Higiene sobre el mobiliario en las escuelas, atacué ya la rutinaria idea de creer que la escoliosis era de causa miopática y pudiera ser determinada por una postura en la escuela, sostenida sólo una hora al día durante la enseñanza de la escritura, y dí por primera vez la idea de que sospechaba hacía mucho tiempo que se trataba sencillamente de una lesión ósea por insuficiencia endocrina que disminuyendo la resistencia del tejido óseo, determinaba por gravitación y acción muscular la deformidad de las vértebras causa de la escoliosis. Que la actitud no bastaba, como hasta entonces se había sostenido, lo demostraba el que aquellos niños que no habían padecido esas alteraciones en la consistencia del tejido óseo, no se hacían escoliósicos aun conservando aquellas actitudes viciosas por mucho más tiempo que los que padecían la deformidad, poniendo con este objeto el convincente ejemplo de que aquéllos que habían estado, no una ni dos horas, con la columna torcida en actitud de escribir al dar sus lecciones, sino constantemente desde que nacieron; como eran los que habían venido al mundo con

la luxación congénita de una cadera, y como consecuencia con un acortamiento de una de la piernas, lo menos de 3 ó 4 centímetros, que obligaba á su columna vertebral á curvaturas de compensación violentas en toda actitud vertical, al andar ó estar de pie, hasta que eran operados muchos á los ocho ó nueve años, sus vértebras no se deformaban y al ser corregida la deformidad é igualados sus miembros abdominales, aquellas curvaturas de la columna vertebral desaparecían sin dejar el menor rastro en las vértebras y que pronto se restablecían las funciones de aquella columna, donde á pesar del tiempo transcurrido en posiciones tan viciosas, no se notaba ni la menor deformidad de sus piezas, ni el más pequeño obstáculo en el funcionamiento de sus articulaciones.

Esto ocurre en las escoliosis paralíticas originadas única y exclusivamente por esta causa miopática, y, sin embargo, hay enfermos que por una sencilla paresia, residuo de una poliomielitis, llegan á tener una gran deformidad de las vértebras y anquilosis de sus articulaciones; pero entonces, si se fijan, verán que la causa de que con tan poca lesión miopática haya una gran deformidad, mientras con graves lesiones musculares en que se dan zonas, grupos enteros en que los músculos han degenerado no las haya, consiste en que en aquéllas el esqueleto perdió la resistencia y elasticidad normales y en éstas el tejido óseo es normal, es decir, que la deformidad de los huesos y la anquilosis de sus articulaciones son siempre de causa ósea y jamás muscular, siendo las lesiones musculares en muchos casos, únicamente una causa agravante que complica la lesión y que seguramente contribuye en todos á darle cierto carácter especial, precisamente porque la Naturaleza se vale del sistema muscular en estas ocasiones para compensar esas faltas de equilibrio á que la obligaban las lesiones del sistema óseo desbaratando la mecánica normal, puesto que faltando la resistencia en el material del brazo de palanca, forzadamente han de variar la manera de actuar de la potencia y la resistencia. Por esto la clínica da esas variaciones tan características de las cuales una de las más instructivas es el caso del escoliósico de origen óseo y muscular en el cual una paresia ó una parálisis de uno de los lados en los músculos del cuello, consecutiva á un ataque de poliomielitis en un individuo que padece de osteomalacia por insuficiencia de las glándulas de secreción interna, origina ese tipo de escoliósico especial inconfundible, que puede ser diagnosticado, incluso sin que el enfermo se desnude, y en el cual podemos observar arriba, en la región cervicodorsal, una exagerada escoliosis de las más deformes y anquilosantes, mientras en las otras regiones, en la dorsolumbar, tiende la habitual y corriente deformidad que se observa á no diferenciarse de las que en la generalidad de los casos se originan.

Pero estas deformidades de las vértebras no son sólo originadas y aumentadas en interés compuesto por las acciones musculares que obligan al tejido muscular á hipertrofiarse hasta llegar en ocasiones á la degeneración por exceso de función á que se le obliga sin estar

para ella dispuesta, ó en caso contrario camina á esa degeneración por defecto de función y atrofia de sus elementos constituyendo acciones secundarias de suma importancia, sino que á su vez es ayudada su acción deformadora por las otras alteraciones que la misma lesión de nutrición determina en los demás huesos, así, por ejemplo, los genu-valgos, los pies planos y valgos, coxa-varas y curvaturas anormales de las diáfisis que nunca son iguales en intensidad en ambas extremidades porque la gravitación tampoco lo es y que al determinar el desequilibrio en la estabilidad favorecen las causas de la deformidad.

En resumen, la columna vertebral se dobla hacia un lado cuando hay desigualdad en la longitud de los miembros abdominales respecto á su longitud y hasta su resistencia y potenciabilidad y también desequilibrio en las fuerzas musculares que la han de sostener erguida, buscando con sus curvas de compensación ese equilibrio perdido; pero estas causas en nada influyen en la alteración de la forma de sus elementos, ocurriendo esto únicamente cuando se alteran las condiciones de resistencia y elasticidad de los tejidos óseos y articulares, y no otra cosa podía pasar de no coger á la naturaleza en un renuncio de su bien acreditada previsión, pues no había de permitir que unos órganos destinados á sostener lo más importante para la vida, base y fundamento de toda la mecánica racional del cuerpo del hombre, pudieran deformarse con esa facilidad. ¿Qué sería de nuestra vida social si tan solo por guardar unas horas una actitud que no fuera la erguida habitual, nuestras vértebras se deformaran? Estas alteraciones que hemos descrito en el tejido óseo no sólo constituyen ellas solas de por sí un elemento morbozo como vemos de suma importancia, sino que muchas veces son el terreno apropiado para que se desarrollen otros procesos más graves, siendo en muchas ocasiones el primer periodo una escoliosis de este género, de una tuberculosis ósea que determina un mal vertebral de Pott, pudiendo entonces modificar la forma habitual de curvatura de la columna vertebral tanto en el dicho mal de Pott como en la escoliosis, pues en el primer caso se acentúan las deformidades por destrucción de los cuerpos vertebrales, como es la cifosis, y en el segundo las de reblandecimiento de tejido óseo, como son las giratorias y laterales escoliósicas.

Si para cuanto hemos dicho no existieran hoy bastantes fundamentos en las nuevas orientaciones de la patología, la clínica nos las daría, como siempre ha pasado, y así veríamos que estas escoliosis tienen su máximo desarrollo en el periodo de crecimiento que es cuando las glándulas de secreción interna que presiden esta función están en mayor actividad y son más susceptibles de alterar sus efectos por exceso ó defecto, porque es cuando ese equilibrio tan necesario en su actuación es más fácil romperlo por un sin fin de causas que ahora no son del caso y que todo el mundo conoce. La proporción en que se presenta de cinco ó seis hembras por cada varón así como que su evolución sea en la época de la pubertad coincidiendo el máximo de su gravedad con el vértice de dicha época, indican

dos cosas esenciales: primera, que la transición de la niñez a la pubertad es mucho más complicada y laboriosa en la mujer que en el hombre, y por lo tanto, esas lesiones son más frecuentes en las hembras que en los varones, y segunda, el que en el hombre sean dichas lesiones por lo general más graves que en la mujer, indica lo que la distinta clase de vida social que hacen los dos sexos influyen en su desarrollo. Así, la mujer en esa época de su vida tiene en activo período de desarrollo los óvulos que influyen de una manera extraordinaria en el de la pelvis, base de sustentación de la columna vertebral y de cuya forma depende el que ésta acentúe ó disminuya, modifique, en una palabra, su estática alterando su mecánica y como consecuencia la forma de las piezas que la constituyen si las condiciones del tejido que las forman se encuentran en estado de deformarse.

Hay que hacer constar que esa mayor frecuencia con que la mujer padece esa deformidad es más de lo que á primera vista parece debido á que cuando no es muy exagerada se oculta, unas veces por presunción y muchas por ignorancia, no sólo de la familia, sino por desgracia del médico que no le da importancia sin averiguar si la puede ó no tener siendo esta confianza que da el médico la causa de las grandes catástrofes, pues ya se ha visto la gravedad que esta lesión puede llegar á tener y lo relativamente fácil que es al médico general equivocarse en el pronóstico. En cambio, aunque en el hombre es menos frecuente, es más fácil que esos casos adquieran mayor gravedad que en la mujer, debido sin duda á que la época en que esto pasa es precisamente aquella en la cual se la empieza á exigir mayor esfuerzo para acomodarse á las exigencias de la vida social actual.

En España es muy difícil por las razones expuestas y por la falta de investigación que determina el no haber habido hasta ahora cartilla sanitaria en la enseñanza primaria, tener estadísticas para sacar deducciones, pero se puede desde luego asegurar que los casos graves son menos frecuentes que en el resto de Europa.

Pensar que aquí se haga una buena investigación, es una quimera por el abandono en que vivimos; pero hay un hecho de gran importancia: en una investigación hecha á petición mía por el médico de las escuelas del Ave María, en Granada, fundadas por el padre Manjón en que como se sabe están establecidas en cármenes donde pasan los chicos todo el día al aire libre, la proporción de escoliósicos es muy pequeña. En España, por lo que yo he visto, que son, salvo raras excepciones, aquellos casos en que la deformidad toma un desarrollo alarmante en cuyas condiciones se cree ya necesaria la intervención del especialista, es también mucho mayor el número de niñas que la padecen que el de niños y estas agravaciones se presentan siempre en los albores ó en plena pubertad. Esto fué lo que me inclinó á creer que se trataba de insuficiencias endocrinas mixtas y que de éstas la más frecuente es la tiroovárica, como vemos confirmado en la clínica.

Tratamiento.—Desde luego yo he de hablar aquí exclusivamente del tratamiento de las escoliosis llamadas

esenciales ó habituales. Creo sinceramente que las escoliosis de este género pueden tener un tratamiento paliativo, estético, con el cual se detenga el proceso y se corrijan algo aparentemente esas deformidades del tronco hasta el punto de que aplicándolo en las primeras épocas de la deformidad llegue á conseguirse que vestido el enfermo no parezca un escoliósico, pero no creo que exista un tratamiento curativo que haga desaparecer la enfermedad una vez desarrollada. Claro es que si dicha deformidad se logra detener en sus comienzos antes de que el tronco del enfermo haya sufrido grandes alteraciones, pueda conseguirse un éxito aplicando un tratamiento racional que casi puede dársele el nombre de curativo; pero cuando esas deformidades hayan adquirido una regular intensidad ya no es posible que desaparezca ni se disimulen con facilidad, y lo que hay que hacer es evitar el peligro de que aumenten y de que sean terreno abonado para desarrollar afecciones mucho más graves. La mayoría de los autores clasifican las escoliosis para su tratamiento en escoliosis de primer grado, ó sea reductibles por completo, es decir, que las deformidades, si las hay, son muy pequeñas y no existen anquilosis en las articulaciones vertebrales. Escoliosis de segundo grado reductibles sólo parcialmente, es decir, escoliosis en las cuales existe deformidad y anquilosis en una pequeña zona de la columna vertebral, permitiendo la normalidad relativa de las zonas superior é inferior una aparente aunque incompleta reducción y escoliosis de tercer grado llamadas irreductibles porque alcanzan una zona muy extensa de articulaciones vertebrales deformadas y anquilosadas.

En la que se llama escoliosis de primer grado, el proceso poco avanzado permite un cierto enderezamiento y restitución de la columna á su posición normal, corrección que se logra sostener siempre que se trate debidamente la causa ocasion al. Este es el período de los éxitos grandes, aquí es don de todos los sistemas suelen dar buen resultado menos uno, que es por desgracia el más vulgarmente empleado, el de los corsés ortopédicos. Este procedimiento origina á más de una limitación en la capacidad y desarrollo del tórax de gran importancia para el tratamiento general de estos enfermos, una atrofia muscular de muy difícil enmienda; sin embargo, si la escoliosis es originada por una insuficiencia endocrina clara y fácilmente remediable, puede en ese espacio de tiempo que hace falta, sostener el tronco mientras se atacan las alteraciones del tejido óseo y sacarse regular partido de un corsé ortopédico si la deformidad está iniciada por debajo de la décima vértebra dorsal, porque si lo está por encima aun con minervas la columna no se desgrava nada, y si la osteomalacia persiste, seguirá su obra deformadora. Pero estos corsés no han de ser los que generalmente se emplean por ortopédicos y médicos desconocedores de este problema, sino los de tipo, por ejemplo, de Nirop que constituidos por una faja de celuloide expresamente modelada para cada enfermo sirve de base para el sostén del tronco dejando completamente libre la parte anterior del tórax y el epigastrio.

En las de segundo grado ya existen deformidades de

tórax que son irremediables y es inútil pensar que desaparezcan. Aquí es necesario ya buscar un tratamiento que á la vez que detenga el proceso de reblandecimiento del hueso, disimule con métodos gimnásticos las siluetas de ciertos músculos atrofiados ó hipertrofiados que desfiguran la silueta del cuerpo. Más adelante cuando hablemos de la gimnasia nos extenderemos, dando más detalles, sobre este asunto. En las de tercer grado la deformidad es tan grande, que el corsé ortopédico se hace indispensable, no sólo para ayudar al esfuerzo muscular desigual y anormal á que obliga la difícil erección del tronco, sino para disimular el desdibujo anatómico que producen en el cuerpo estas alteraciones.

En esto de los corsés hay que inculcar la idea de que sólo deben tener un objeto, el ayudar al sostén de la columna si los músculos son insuficientes mientras se emplea un enérgico tratamiento general que haga disminuir o desaparecer la causa original de esa insuficiencia vertebral y de ninguna manera que sean compresivos como se pretende por muchos, pues solo daño puede proporcionar esta idea brutal que supone que el organismo está compuesto, no de materia orgánica sujeta á leyes biológicas que hay que conocer, sino de materia inorgánica que como si fuera plomo pudiera modificar su forma á golpes y presiones. Que tengan esta idea los múltiples herreros mecánicos que se han dedicado á auxiliar á la Medicina sin más conocimientos que los de forjar, fundir ó limar con más ó menos habilidad metales se comprende, pero que muchos médicos la permitan desarrollar, nunca lo pude comprender.

De todo lo anteriormente dicho se deduce en primer lugar que el tratamiento se debe empezar lo más pronto posible con objeto de que la deformidad no pase del primer grado, y para esto es necesario que las madres vigilen el desarrollo de sus hijas para que en cuanto noten la menor alteración llamen al médico y éste pueda hacer un diagnóstico precoz estableciendo un tratamiento oportuno y racional.

La gimnasia.—La gimnasia ha sido empleada incluso con abuso para el tratamiento de esta deformidad. La mayor parte de los métodos y sistemas empleados están fundados en la errónea interpretación que hasta ahora le dieron á este síntoma de tantas como distintas enfermedades forma parte, así es que en muchos casos no sólo han fracasado, sino que han perjudicado con ellos á los enfermos. Si á esto se añade que hasta hace poco los maestros de instrucción primaria y de educación física disputaron á los médicos su intervención, por las razones fáciles de comprender después de lo dicho con motivo de los juicios equivocados que acerca de su patogenia se han tenido, se comprenderá que el abandono en que los médicos tuvieron esta lesión entregándola á manos profanas por creerla de poca importancia para ellos, ha dado lugar á estas faltas de buen sentido clínico con todas sus consecuencias. Cábe-me la satisfacción de no haber contribuido jamás á estas aberraciones y haber defendido con mi pluma y mi palabra en revistas y congresos de España y de fuera de

España el bueno y clásico sentido clínico que debe tener siempre el médico.

Dicho lo anterior, se comprenderá que aquellos métodos en los cuales la gimnasia sin aparatos es el fundamento, no sólo han sido los que han conseguido más éxitos cuando han estado bien indicados, sino que cuando se han aplicado sin oportunidad han hecho mucho menos daño que los otros complicadísimos en los cuales entra un arsenal temible de aparatos, que por otro lado, es uno de los medios empleados hoy para asustar á los médicos estudicos y que no se metan á juzgar procedimientos industriales que se explotan muy bien en este caso y en otros muchos por desgracia, que son capaces de aniquilar, no digo yo al pobre que padece una de estas escoliosis, sino al hombre más sano, fuerte y equilibrado.

Siendo evidente que la escoliosis mal llamada habitual tiene por causa una alteración por defecto de la nutrición de l esqueleto y quizá de algunos otros órganos importantes, es seguro que el abuso del ejercicio puede ser fatal, pues aumentaría seguramente las causas de depresión orgánica y las de deformidad.

Los métodos sencillos como el de Klapp son los más racionales, y en clínica los que dan siempre mejores resultados sin exclusivismos. No puedo meterme en este momento á describirlo por lo complicado, pero es este un método fundado en apreciaciones muy razonables de anatomía y patología comparadas que produce cuando se aplica bien y con indicaciones precisas, excelentes resultados, y yo lo vengo empleando desde 1903, combinado con los procedimientos de gimnasia respiratoria y de actitudes, y hasta hoy nada mejor se ha ideado.

Cuando se creía que la escoliosis era sólo de causa miopática, bien estaba el dar esa importancia al desarrollo muscular; pero desde que se sabe que el fundamento de estas deformidades es casi siempre una lesión ósea, es decir, que la inductibilidad del brazo de palanca falta y que es una consecuencia lógica la deformación de los elementos que la forman y la alteración anatómica y fisiológica de los elementos que forman la potencia y la resistencia, ¿cómo hemos de intentar modificar éstos sin antes haber obtenido la normalidad de aquellos? ¿Qué daño no podemos inferir á una naturaleza pobre con estos gastos de energías, sabiendo como sabemos que esas alteraciones son muchas veces el comienzo de un proceso tan necesario de ellas como la tuberculosis? En cambio, el reposo bien administrado puede dar excelentes resultados, y no otra cosa supone lo que yo he observado en la clínica, cuando lo he empleado, y permitidme que insista sobre este importantísimo punto. En casos en que he encontrado una clara insuficiencia endocrina y que al mismo tiempo se presentaba una vértebra ó varias en que la radiografía marcaba una evidente decalcificación y deformidad, vértebras que tenían tendencia á la anquilosis de sus articulaciones ó que ya la padecían, estando algo proclives sus apófisis espinosas que á la vez eran dolorosas á la percusión, rigidez muscular refleja, reacción positiva á las tuberculinas, etc., etc., y he dispuesto que este enfer-

mo hiciera un tratamiento general ayudado de un tratamiento local por inmovilidad en lecho modelado en reposado decúbito supino durante varios meses, me he encontrado con la agradable sorpresa de que no sólo desaparecían aquellos síntomas alarmantes de las vértebras, sino que todas las deformidades, incluso las de tórax, que con otros procedimientos jamás se pueden modificar, con éste han mejorado de una manera notable y es lógico que así suceda, pues si en el mal vertebral de Pott definido y claro, con un proceso destructor del tejido óseo, con ese tratamiento logramos desgravar la columna vertebral evitando el aplastamiento de los cuerpos vertebrales, mientras damos lugar á que el tratamiento general actúe sobre la causa ocasional, es lógico suponer que por el mismo procedimiento en un proceso en que las vértebras se ablandan y se deforman al no tener el tejido que las forma la resistencia y elasticidad necesarias, cuando se desgrave la columna vertebral, la deformidad se detenga y hasta se corrija, mientras el tratamiento general actúa para que al volver sus funciones se encuentren en condiciones las vértebras de desempeñar su importante función sin esas graves lesiones.

Este tratamiento del reposo en decúbito supino prolongado no es nuevo, puesto que lo han preconizado Mauclore, Rendu, Tillage, Roderer, Judet, Fentelais, Andion, Monchet, Ducrotet y Duclaux, y yo mismo he usado durante mucho tiempo y aún uso en muchos casos una cama para el reposo prolongado, consistente en una tabla en plano inclinado donde acostado el enfermo y suspendido por una minerva, con dos anchas fajas ceñidas á las dos convexidades que las comprimen mientras sus cabos entran por el lado contrario en unas ranuras para sostener unos pesos que las tienen tensas y sostienen una buena actitud.

En aquellos casos en que la deformidad llegó al segundo grado, porque el proceso óseo hizo su labor deformadora sin que nadie lo impidiera causando la desigualdad de los emitórax, y costillas, etc., etc., y el proceso óseo ha terminado, la gimnasia puede prestar grandes servicios. Así, por ejemplo, todos los escoliósicos, cuando tienen una curvatura alta que comprende las regiones cervical y dorsal, presentan un abultamiento en el lado de la convexidad que es de lo más antiestético; las prendas de vestir no se adaptan, resultando el hombre del mismo lado mucho más alto que el del lado contrario, siendo de las deformidades de la escoliosis quizá la que menos se disimula; pues bien, en estos casos, la gimnasia, una gimnasia sencillísima, puede prestar un gran servicio desarrollando el trapecio del lado deprimido é igualando por ese procedimiento, claro que si no es muy exagerada la deformidad, los dos lados; por lo demás, pretender como han pretendido muchos autores que una gimnasia especial, aparte de su acción tónica general si es empleada racionalmente, pueda constituir un tratamiento curativo, supone un gran desconocimiento del problema y una gran falta de práctica en el empleo de estos procedimientos. ¿Qué influencia pueden tener esos métodos de tratamiento en que el proceso de marcada insuficiencia endocrina

se modifique, como no sea agravando las deformidades por acciones musculares exageradas?

Existe otra gimnasia especial que puede ser muy útil en pleno período de osteomalacia si se aplica al mismo tiempo que la desgravación de la columna vertebral, y es la gimnasia respiratoria.

Es indudable que el tórax se conforma, y perdóneme lo vulgar de la comparación en gracia de la claridad, como el alfarero conforma los pucheros en la masa de barro sobre la plataforma giratoria, con una mano por dentro y otra por fuera, la de dentro que hace el hueco en el blando barro y otra por fuera que modera y modela la fuerza expansiva interior, así el tórax, como un puchero, lo modela una mano interior que es el aire á presión que entra en la inspiración y otra mano por fuera que es la presión atmosférica y los músculos espiradores que moderan la fuerza interior expansiva. Cuando una de éstas deja de actuar ó actúa irregularmente, como se deforma el puchero sin equilibrio modelador en la plataforma giratoria de la alfarería, se deforma el tórax en el cuerpo. ¿Quién duda de que el hábil y educado empleo de esas dos fuerzas ha de redundar en beneficio de la buena conformación torácica?

Y he aquí otro punto de suma importancia á tratar y que he de señalar siquiera sea someramente en esta cadena sin fin de concausas que complican la innumerable serie de lesiones del período de crecimiento. Después de lo dicho se comprenderá fácilmente que esas alteraciones que en ese importante período de la vida del hombre se suelen padecer con mayor ó menor intensidad y que se traducen en dificultades para la función respiratoria, como por ejemplo, las tumoraciones adenoides retrofaríngeas, desviaciones de los tabiques nasales, deformidades en la caja torácica, etc., etc., serán objeto de una especial atención del médico puesto que tienen un doble interés para él en estos casos, que es primero: la disminución de la hematosia como causa primordial en el normal desarrollo del período evolutivo del organismo; segundo: alteración de la función en su actuación morfológica sobre órganos que están sometidos á ella por ley biológica durante ese período, y siguiendo el vulgar ejemplo que hemos empleado, el desequilibrio entre la mano de adentro y la de afuera que pueden hacer variar la forma regular amplia y estética del ánfora que construía el alfarero.

Es, pues, de suma importancia en el tratamiento de estas deformidades, que el médico escudriñe todas esas pequeñas causas y que procure eliminarlas si no quiere que una de ellas dé al traste con todos sus planes de curación ó mejoramiento.

Nada digamos del amasamiento y la electricidad que en estos casos son muy inferiores á la gimnasia; únicamente la electroterapia podrá actuar racionalmente en las escoliosis paralíticas puras.

Aunque nos desviemos unos momentos del curso que seguimos, quiero hablar aquí de esos casos mixtos en que actúa como causa de esta deformidad la polio mielitis que ha lesionado centros nerviosos que animan músculos que sirven para sostener recto el tronco, y

digo esto por haberse incluido estas escoliosis entre las habituales por ser de causa miopática. Si estas paresias ó parálisis de origen medular son curables, curables serán también las escoliosis que determinan mientras no exista más causa que esa; pero si al mismo tiempo coexiste una insuficiencia endocrina que determine la alteración del tejido óseo, la defectuosa gravitación y acción muscular durante algún tiempo causarán alteraciones de forma en las vértebras y difícilmente se podrá evitar, por muy rápidamente que se curen, las lesiones musculares de origen medular si son leves, sin que dejen un rastro en aquella región de la columna vertebral para toda la vida; pero si esa coincidencia es con una grave lesión muscular como ocurre, por desgracia con bastante frecuencia, entonces vienen unas exageradas deformidades de gran convexidad cervico-dorsal tan clásicas que, como ya he dicho, un clínico un poco habituado á ver estas cosas, aun sin desnudarse el enfermo, diagnosticará fácilmente su origen.

Enderezamiento brusco.—Este procedimiento brutal y ciego parece mentira que haya podido estar en boga; cábeme igualmente la satisfacción que en otras muchas ocasiones en que el sentido común emigraba de la terapéutica, de haber sido uno de sus más decididos detractores desde su aparición, aun arrostrando el que se me haya dado el calificativo de reaccionario, y aun más, como jamás lo quise usar, el de hablar sin conocimiento de causa. En una deformidad en que el lento cambio de la mecánica de la columna vertebral y topografía de las más importantes vísceras del organismo ha establecido aun en los casos graves cierta tolerancia compatible con la vida de esos enfermos, sólo una gran falta de sentido clínico y de sentido común podía inclinar el ánimo del médico á semejante barbaridad.

Ya que no se les exigió responsabilidad á los que de esta forma pierden el respeto á la humanidad, contentémonos con saber que en algún país de buen sentido hubo de prohibirse su empleo casi oficialmente.

Estas faltas de lógica que se observan de cuando en cuando en la clínica, aun en personas que uno creyó siempre que discurrieron bien, es lo que ahora me hace someter á un severísimo juicio cuanto leo y cuanto veo.

El método de Abbott.—En 1911, Edville Gerardt Abbott dió á conocer su procedimiento. Yo dudaba de él más que nada por la idea que de la patogenia de la escoliosis tenía tan arraigada, y aproveché que este cirujano americano vino á Europa á dar á conocer su procedimiento en París y Berlín y fui á verlo hacer. Le oí sus conferencias de París, asistí á las aplicaciones que hizo de su corsé en la Sociedad Alemana de Cirugía Ortopédica, adquirí por mediación del mismo Abbott todo el material necesario para ejecutarlo en Madrid y aquí lo hice por primera vez dando cuenta á esta Real Academia de mis trabajos, como recordarán los señores académicos, haciéndolo al propio tiempo en la Facultad de Medicina donde se me solicitó para darlo á conocer á los alumnos de Clínica quirúrgica.

El método es ya ahora sumamente conocido y no he de entrar á describirlo y por no cansar más he de

copiar solamente las conclusiones que di en un trabajo publicado en 1913 en *Los Progresos de la Clínica*, con el título de «Juicio crítico sobre el método de Abbott», donde daba el resumen de mis experiencias; hélas aquí:

1.^a Mientras no se clasifiquen bien las escoliosis que hoy se encuentran agrupadas bajo el falso nombre de habituales basándose en su verdadera patogenia, ni este ni ningún tratamiento corrector las curará y mucho menos sostendrá después la corrección conseguida.

(Concluirá.)

Papel de la sífilis en la génesis de la llamada epilepsia esencial ⁽¹⁾

POR EL

DR. CARLOS A. BAMBARÉN

Jefe de Clínica de la Facultad de Medicina de Lima.

La substancia antiluética que se debe emplear, varía con los autores: unos usan las sales solubles de mercurio; otros, el ioduro de potasio; otros, los arsenicales; parece que estos últimos tienen la preferencia, sobre todo en lo que respecta al mercurio, que determina trastornos de depresión general del organismo.

En su trabajo Breynaert refiere tres historias clínicas, de epilépticos tratados por el Dr. Tinel, en los cuales los antecedentes hereditarios eran ciertos y la hec-tina produjo efectos maravillosos. En efecto, en dos de los casos las crisis desaparecieron después de ochenta y cuatro y cuarenta y tres semanas de tratamiento; en el tercero, no se pronuncia porque no considera la cura terminada.

El salvarsán ha sido empleado por Walcker y Haller en tres casos que ofrecían reacción de Wassermann positiva en la sangre; en todos, los ataques no se han repetido un año después de la cura arsenobenzólica.

Aunque la acción de los arsenicales es benéfica en muchas enfermedades de origen desconocido, como la corea de Sydenham, no puede ponerse en duda que en los casos citados la hec-tina ha jugado papel curativo y que se ha tratado de casos de epilepsia llamada esencial de naturaleza sífilítica, porque en todos se presentaron las reacciones que acontecen durante el tratamiento arsenical ó mercurial de los epilépticos sífilíticos auténticos, con manifestaciones jacksonianas; á saber: la agravación al principio, la sedación después. El recrudecimiento de la crisis, lejos de interpretarse como de mal pronóstico, debe hacer entrever la posibilidad de la curación.

No extrañe la importancia al factor sífilis hereditaria en la génesis de muchos casos de epilepsia genuina; si los datos que se pueden aducir para demostrar el dominio y extensión de la sífilis que Leredde estudia hábilmente, faltan muchas veces, particularmente en las afecciones nerviosas, eso no quiere decir nada, porque Dejerine (36) ha dicho «que la ausencia de los sig-

(1) Véase el número anterior.

nos clásicos de la sífilis del sistema nervioso no tiene ningún valor.

La epilepsia genuina por lues adquirida no es rara. Diferenciada como ha sido de las manifestaciones encefalopáticas de la sífilis, Fournier (37) la colocaba entre las enfermedades parasifilíticas, es decir, entre aquellas afecciones que derivan «de la sífilis como origen, sin tener la naturaleza, la esencia de una manifestación sifilítica.»

El concepto de parasífilis ha sufrido tan rudo golpe en estos últimos tiempos, con la demostración que ha hecho Noguchi del *treponema pallidum* de Schaudinn, en la tabes y la parálisis general, que se está autorizado para conceptuar a la llamada epilepsia parasifilítica como una manifestación luética, por origen, por naturaleza y por esencia, y como una exteriorización morbosa sifilítica posible del tratamiento específico.

La mayoría de los autores aceptan la forma mórbida sostenida por Fournier y la diferencian de las manifestaciones convulsivas de otros períodos de la sífilis, porque nunca adopta el tipo parcial circunscrito, porque nunca se asocia a otros fenómenos cerebrales, porque es durable, y agregaba Fournier, porque «es refractaria a la acción de los remedios antisifilíticos». Esta última afirmación hoy no es exacta, porque no hay manifestación de lues que no sea influenciada por la medicación específica, con tal de que se la emplee de manera enérgica y precoz. Se diferenciaría también de la epilepsia secundaria, porque alterna los ataques de «gran mal» con los de «pequeño mal».

Vogt y Biswanger conceptuaban que esta forma de epilepsia era debida a que la sífilis adquirida despertaba la predisposición epiléptica latente, transmitida por herencia, de genitores luéticos a su vez. Estos autores consideraban rara esta forma de epilepsia.

Max Nonne dice en su notable tratado *Syphilis and the Nervous System*, que hasta 1902 había observado 12 casos de esta forma de epilepsia. En ellos la historia de la infección estaba perfectamente averiguada y no había herencia, injurias encefálicas y abusos alcohólicos. En todos, el tratamiento iódico mercurial determinó mejorías.

Al estudiar Leredde la sífilis como generadora de la epilepsia, indica que la «epilepsia vulgar» puede ser determinada por la lues adquirida, pero agrega que es independiente de la epilepsia de la edad juvenil. No la cree incurable, como decía Fournier, pues ha tenido un caso curado con arsenobenzol.

Ultimamente Levy Bing y Gerbay (38) han insistido sobre esta forma de epilepsia. En efecto: han encontrado en 13 casos de la llamada «epilepsia esencial», antecedentes personales de sífilis, y cuando estos faltaban, por ignorancia o negativa, las reacciones humorales han establecido la etiqueta diagnóstica. El tratamiento antisifilítico ha hecho maravillas, pudiendo afirmarse, dicen, que la epilepsia sifilítica es curable como las demás manifestaciones de la avariosis, con la condición de un tratamiento largo y metódico.

Como se ve por esta breve exposición, la influencia del factor sífilis en estas formas de epilepsia no es dis-

cutible, la divergencia se inicia cuando se las quiere conceptuar como formando parte de la llamada epilepsia esencial. Nos parece acertado no discutir su calificativo de sintomáticas, pues toda epilepsia tardía—y de estas formas se trata—comporta una génesis orgánica, enunciada desde su aparición misma.

Al lado de los autores que consideran que la sífilis heredada y adquirida juega papel etiológico principal en muchos casos de epilepsia genuina, después de las pesquisas etiológicas que han hecho decir a F. Dercum (39) en la Sección de Enfermedades Nerviosas y Mentales de la 67.^a Sesión anual de la *American Association*, reunida en Detroit en Junio de 1916, que el papel de la sífilis en los ancestrales es de importancia única; al lado de estos autores decimos, hay otros como Strümpell (40) que dicen lo siguiente: «Es posible que la sífilis hereditaria desempeñe cierto papel en algunos casos de epilepsia esencial al parecer, pero no está demostrado con seguridad». ¡Cuán difícil es que se impongan las ideas nuevas!

Bibliografía.

- (1) Althaus.—*Epilepsy by hereditary lues*. «Medical Times and Gazette». Londón, 1874.
- (2) Alfred Fournier.—*Syphilis hereditaire tardive*. París, 1886.
- (3) Georges Dieulafoy.—*Manuel de Pathologie Interne*. París, 1887.
- (4) Gowers.—*Epileptic and other Chronic Convulsive Diseases*. London, 1881.
- (5) Kowalewsky.—*Über syphilitischen Epilepsie*. «Berliner Klinische Wochenschrift», núm. 14, 1894.
- (6) Biswanger.—*Die Epilepsie*. En Nothnagel's, *Handbuch der Pathologie und Therapie*, 1889.
- (7) Bratz und Luth.—*Hereditäre Lues und Epilepsie*, *Auder Berliner für Epileptische zur Wuhlgarten*. «Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten», XXXIII, 1900. (Nonne. *Syphilis and the Nervous System*, Philadelphia and London, 1916.)
- (8) Raymond.—*Epilepsie et syphilis hereditaire*. «Journal des Praticiens», núm. 42 bis. París, 1909.
- (9) Hutinel.—*Traité des maladies des enfants*. París, 1900.
- (10) Vogt.—*Die Epilepsie im Kindesalter*. 1910. (Citado por Breynaert.)
- (11) Gaucher.—*Syphilis du système nerveux*. París, 1910.
- (12) Bertin et Gayet.—*Syphilis hereditaire et reaction de Wassermann*. «Revue de Medecine». París, 1910.
- (13) Aublant.—*Etiologie de l'épilepsie et de l'idiotie. Role de la syphilis. Sa recherche par la reaction de Wassermann*. «These Lyon». 1913.
- (14) Babonneix.—*L'heredosyphilis dans ses rapport avec les encéphalopathies infantiles*. Congres de Croningue juillet. 1913.
- (15) Babonneix et David.—*Trois cas d'épilepsie essentielle liée à l'heredosyphilis*. «Journal de Medecine et de Chirurgie Pratiques». París, 1918.
- (16) Boncour.—*Epilepsie et syphilis hereditaire tardive; guéri son par l'iodotherapie*. «Progres-Medical», núm. 24, París, 1913.
- (17) Damayo.—*Epilepsie et heredo-syphilis*. «Echo medical du Nord», 1914.
- (18) Etienne.—*Vitiligo. Epilepsie et heredo-syphilis*. «Société Médicale des Hôpitaux». Seance, 29 de Mai 1914. («La Presse Médicale». París, 1914.)

- (19) Faribank. — *Ethiology with 175 epileptic children*. «Boston Medical and Surgical Journal», vol. CLXX, núm. 14, 1914.
- (20) Max Nonne. — *Syphilis and the Nervous System*. 1916.
- (21) E. Leredde. — *Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis*. París, 1917.
- (22) Frazer and Watson. — «Journal of Mental Science», October, 1918.
- (23) Georgopoulos. — *Contribution á l'étude de l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle. Role de la syphilis*. «These de Lyon», 1918.
- (24) P. Breinaert. — *Contribution á l'étude du role de l'héredo-syphilis dans l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle*. «These de Paris», 1919.
- (25) W. T. Shanahan. — *Syphilis as etiologic factor in epilepsy*. «New York State Journal of Medicine», vol. XVI, n.º 5, 1916.
- (26) Walker and Haller. — «Journal American Medical Association», vol. LXVI, pág. 488. Chicago, 1916.
- (27) Everet Flood. — (Citado por Shanahan, Munson and Shaw.)
- (28) Noguchi. — *Serum diagnosis of syphilis*, pág. 167. 1914.
- (29) W. T. Shanahan, J. F. Munson and A. L. Shaw. — *Syphilis in epilepsy*. «New York Medical Journal», vol. CIII, núm. 18, 1916.
- (30) Ch. Lessieur Massia et Aigrot. — *Reaction de Bordet Wassermann dans épilepsie et l'idiotie*. «Comptes rendus de la Société de Biologie de Paris», 69 année, pág. 910. 1917.
- (31) L. Babonneix et H. David. — *Reactions humores dans l'épilepsie*. «Société Médicale des Hôpitaux de Paris», 15 Mars 1918.
- (32) Walker and Helle. — «The Journal of the American Medical Association», vol. LXVI, pág. 488.
- (33) Gourdy. — *Lalinfocitosis hemática en los sífilíticos*. «La Semana Médica». Buenos Aires, 1917.
- (34) A. Schvondermark. — *Het witte bloedbeeld by tirjders aan épilepsie*. «Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde» Amsterdam, núm. 13, 1916.
- (35) Paul Ravaut. — *Que puet-on demander a la reaction de Wassermann*. «Journal Medical Français». Decembre. 1918.
- (36) Dejerine. — *Semiologie des affections du système nerveux*. París, 1914.
- (37) A. Fournier. — *Les affections parasymphilitiques*. París, 1894.
- (38) Levy Bing et Gerbay. — *L'épilepsie syphilitique*. «Annales des Maladies veneriennes», tome XII, núm. 5. París, 1917.
- (39) Francis X. Dercum. — *Epilepsy with special reference to treatment*. «The Journal of the American Medical Association», vol. LXVII, núm. 4. Chicago, 1916.
- (40) Adolfo Strümpell. — *Tratado de Patología y Terapéutica especiales de las enfermedades internas*. Traducción española. Barcelona, 1916.

LA MEDICINA Y LA GUERRA (1)

Nota sobre el tétanos localizado en los miembros

POR

E. CHAUVIN

Sacudidas dolorosas agitan muy frecuentemente el miembro con un temblor irregular. Son estas sacudi-

(1) Véase el número 2.769.

das extremadamente dolorosas, y aunque cada noche se administra al paciente 1 centigramo de morfina, apenas puede conciliar el sueño durante algunos instantes.

Las otras extremidades están libres, y el enfermo no experimenta ningún otro trastorno. El apetito es bueno, y desde hace tres días se presenta por la noche una ligera elevación térmica.

Examinando la región herida encontramos, á tres traveses de dedo á la izquierda de la línea media, un foco fluctuante, bajo tegumentos por completo cicatrizados.

Diagnosticamos lesión irritativa del ciático por el casco de granada, y esperamos que sea encontrado éste al incindir el absceso.

Se nos dice que la apertura del absceso, realizada el 27 de Abril, ha puesto al descubierto una pequeña cavidad del tamaño de un huevo grande de gallina, en la que había un voluminoso trozo de capote; el proyectil no se encontró. Esta cavidad estaba separada del trayecto del ciático.

El 30 de Abril el enfermo es llevado á la radiografía, pero á causa de los temblores que incesantemente agitan el miembro, el examen no da ningún resultado. Después de la incisión que vació el absceso, las contracciones y el dolor se aliviaron algo, y no se nos requirió para volver á ver al paciente hasta el 5 de Mayo.

El 5 de Mayo los fenómenos se han agravado. Pensamos descubrir el nervio, esperando encontrar sin radiografía el agente causante de la irritación. Pero examinando al herido, nos sorprende ver que ligeras sacudidas agitan durante algunos momentos el miembro inferior del lado opuesto, que asimismo presenta cierta rigidez. Los reflejos parecen aumentados. La temperatura presenta todos los días ligera elevación nocturna (menos de 38º). No hay ningún trastorno de los esfínteres, ni signo de Kernig, ni rigidez de la nuca. Parece ser, pues, al nivel de la medula donde pasan las cosas; juzgando inoportuna la intervención, confiamos el herido al examen y á los cuidados médicos del Dr. Scemama.

La punción lumbar, practicada el 6 de Mayo, suministra un líquido claro y absolutamente normal.

El 11 de Mayo se nota que los movimientos de la cabeza son molestos y que hay rigidez de la nuca; se comprueba que existe ligero trismo, que en los días siguientes se acentúa, y poco á poco se ponen rígidos los músculos bicipitales.

Se practican inyecciones de suero antitetánico, á partir del 12 de Mayo, á la dosis de 30 c. c. diarios. La dosis de cloral es elevada á ocho gramos, y se administra un centigramo de morfina todas las noches.

A pesar de este tratamiento, los síntomas se agravan, y el enfermo muere el 25 de Mayo con todos los síntomas de un tétanos generalizado; la temperatura no había pasado nunca de 39º. En suma, tétanos primitivamente localizado, después parapléjico, y secundariamente generalizado.

Fué este el primer caso que observamos, así que no se estableció el diagnóstico hasta que empezó la generalización.

OBSERVACIÓN V.—El soldado Pablo R., del 82º de infantería, fué herido el 16 de Abril de 1917 por casco de granada en el brazo izquierdo y en la región posterior é izquierda del tórax.

En la ambulancia 196, donde fué evacuado, escribieron en su hoja de observación:

1. Pequeña herida por casco de granada en la región dorsal izquierda, á 10 centímetros de la columna vertebral. Fenómenos parapléjicos, abolición completa de los reflejos, no hay signo de Babinski. El proyectil, visto á la radiografía, es pequeño, del tamaño de un guisante, y parece interesar la columna vertebral. Está situado en el borde inferior izquierdo de la 11 vértebra dorsal.

2. Herida sin importancia del brazo izquierdo.

Dos inyecciones de suero antitetánico de 10 c. c. la una el día que fué herido, y otra el 20 de Abril.

25 de Abril.—El herido es llevado á la sección quirúrgica de craniotomía raquidiana de Epernay, donde no hemos encontrado ninguna observación ni ningún registro acerca de él. El paciente sólo dice que fué operado, con anestesia general, al día siguiente de su llegada.

Permaneció allí hasta el 3 de Mayo, día en el que fué transportado, después del bombardeo del hospital, al de Rolland.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las autocoloidoclasias, por el profesor Widal.**—Conviene establecer una diferenciación entre los fenómenos tóxicos propiamente dichos y los fenómenos coloidoclasicos ó de choque. Existen dos variedades: la *heterocoloidoclasia*, ocasionada por albúminas extrañas introducidas por vía parenteral ó digestiva, y la *autocoloidoclasia*, cuando nuestras propias albúminas juegan el papel de albúminas extrañas. Las autocoloidoclasias son las que tienen mayor importancia en patología. La *urticaria*, por ejemplo, puede aparecer sin que haya penetrado nada extraño en nuestro organismo; el primer ejemplo probado y demostrado es el de la *hemoglobinuria paroxística a frigore*, en la cual, no solamente se encuentra cuando el enfermo se ha enfriado, la orina roja sintomática de la hemoglobinemia, sino una serie de síntomas, sensación de angustia, algunas veces náuseas, vómitos, eritema, edema, petequias y muy frecuentemente urticaria. La *crisis hemoclásica* existe antes que aparezca la hemoglobinemia y la orina roja. Cuando el enfermo pone sus manos en agua fría, los leucocitos disminuyen de 12.000 á 500, lo cual entra en los fenómenos de orden anafiláctico y, sin embargo, en este caso particular el frío obra sólo sobre un organismo evidentemente sujeto á la crisis hemoclásica, alterando los complejos coloidales. Aparte de la hemoglobinuria paroxística, estudiada por Widal, Abrami y Brissaud, puede verse al frío producir el choque hemoclásico y la urticaria, como ya lo habían observado los antiguos. Algunas veces se observan ejemplos muy característicos en los que se ven aparecer bajo la influencia del frío, no sólo la urticaria, sino toda la serie de signos que caracterizan los ataques anafilácticos, y como demostración de ello, el autor refiere varias observaciones clínicas y algunas ex-

periencias en animales. Existe también una urticaria de fatiga del grupo que Widal llama autocoloidoclasias; la fatiga da la impresión de una intoxicación con narcosis, como se ha visto al comienzo de la guerra; se observaban muchos enfermos que habían hecho marchas forzadas inverosímiles de 40 á 60 kilómetros por día; caían agotados, se dormían inmediatamente, y algunas veces por veinticuatro horas. Se atribuye esta intoxicación á los derivados de los hidrocarburos, al ácido sarcoláctico; Veichert piensa que son productos de desintegración incompleta; los productos nocivos que ocasionan la fatiga son neutralizados por anticuerpos; según Langlois, este papel lo juega la secreción suprarrenal. En los individuos sensibilizados, estos venenos albuminoideos pueden determinar el choque hemoclásico con urticaria y algunas veces con fenómenos generales de angustia y trastornos digestivos.

En una mujer la fatiga bastó para desencadenar la urticaria y tuvo también albuminuria. Desde hace largo tiempo se sabe que, aparte de las albuminurias renales, existen albuminurias digestivas. En ciertos momentos nuestras albúminas se hacen extrañas y dializan. Muchas veces aparece la urticaria sin causa aparente, como sucedió en una observación del autor, en la que fracasaron los tratamientos corrientes y curó determinando un choque por medio de una inyección intravenosa de peptona, sin que conociéramos el mecanismo por el cual este choque restableció el equilibrio coloidal alterado que producía la urticaria sin causa aparente, hasta el extremo de que durante la dieta hídrica la urticaria era más violenta. (*Journal des Praticiens*, 8 de Enero de 1921, núm. 2).—LUENGO.

2. **Investigaciones sobre la fisiopatología de las ictericias. El problema de la colemia pigmentaria, por E. Chabrol y H. Bénard.**—Para los autores, la mejor clasificación de las ictericias, es todavía en la hora actual la clasificación clínica. El problema de la fisiopatología del síndrome complejo de la ictericia debe considerar sucesivamente la colemia pigmentaria, la colemia salina y la colesterinemia. Esquemáticamente, el mecanismo de la colemia pigmentaria puede resumirse así: los glóbulos rojos están sometidos á una continua destrucción, bajo influencias y en territorios que suponen un primer capítulo, el de la hemolisis; la hemoglobina que ha abandonado su hierro se elimina de la circulación por el emuntorio hepático como pigmento biliar; dónde se efectúa la transformación de la hemoglobina en bilirrubina; cuáles sean los pigmentos intermediarios entre estas dos sustancias; y sobre todo, cuál sea el origen del producto de reducción que se llama urobilina, son cuestiones del capítulo de la biligenia. Por qué motivos la bilirrubina, que debería marchar al intestino á medida de ser elaborada, se acumula en la sangre circulante constituyendo la colemia, corresponde al capítulo de la colemia pigmentaria. Respecto á la hemolisis normal y patológica, los autores hacen atinadas observaciones sobre la fragilidad globular, demostrando que existen varias fragilidades globulares, ocurriendo una especie de sensibilización de los hematíes para ser hemolizados, necesitando después influencias orgánicas que determinen su destrucción y dejen como consecuencia en libertad la hemoglobina; en esta destrucción intervienen los macrófagos y el plasma (hemolisis plasmática) por una parte, y el parénquima esplénico por otra, el cual encierra sustancias hemolizantes y además es susceptible de presidir la fragilidad globular, sensibilizando los hematíes por medio de estas sustancias sin llegar á poner en libertad la hemoglobina (fragilidad globular de origen esplénico). Parece ser que los glóbulos sensibilizados sufren en el organismo la suerte de los hematíes extraños, pero se

puede pensar también que una hiperactividad morbosa de los órganos de la hemolisis constituye el hecho primitivo y que esta perturbación funcional ocasiona secundariamente la fragilidad de los hematíes. ¿Dónde se efectúa la transformación de la hemoglobina en bilirrubina? Para unos en el hígado y para otros en el plasma sanguíneo, siendo sólo el hígado el filtro que elimina la bilis de la circulación. Se dan como argumentos para excluir la intervención del hígado en la formación de la bilirrubina, la existencia de fenómenos de biligenia local (en los focos hemorrágicos) y la existencia de colemias disociadas (presencia en la sangre solamente de pigmentos biliares y eliminación intestinal de sales y de co-lesterina). Para escoger entre las dos teorías, los autores han practicado experimentos en perros normales ó esplenectomizados con fístulas del colédoco temporales, asociadas á la ligadura del cístico, estudiando el ritmo de la secreción biliar provocada por las inyecciones de hemoglobina, y concluyen que en tales circunstancias no era en la sangre circulante, sino en el hígado donde se originaban los pigmentos biliares. Entre la hemoglobina y la bilirrubina existen toda una serie de pigmentos (biliverdina, bilicianina, bilipurpurina, biliprasina) que Grubler denomina vagamente *pigmentos del hemafeismo*, ó sea pigmentos derivados de la sangre. En el grupo de estos pigmentos hay que conceder un lugar especial á la urobilina ó hidrobilirrubina, substancia que tiene un parentesco casi igual con la hemoglobina que con la bilirrubina.

Se reconoce un origen sanguíneo á la urobilina, pero la mayor parte de los autores admiten que se forma sobre todo á expensas de los pigmentos biliares. Para explicar la génesis de la urobilina, se ha ideado la teoría renal, la teoría histiógena y la teoría entero-hepática, sin que todavía se haya llegado á una solución; para ello habrá que allanar los siguientes puntos: ¿es verdad que en el origen de la urobilinuria figura necesariamente la urobilinemia como lo pretenden las teorías histiógena y entero-hepática? ¿Existe entre la urobilina urinaria y la urobilina fecal, la coincidencia absoluta que postulan los partidarios de esta última teoría? Recíprocamente, ¿se observa entre la colemia y la urobilinuria el paralelismo que reclaman las teorías renal é histiógena? Entrando en el estudio de la colemia, los autores hacen consideraciones, primero sobre la colemia en la teoría hematógena, según la cual, todo se reduce á una cuestión de drenaje hepático, más ó menos perfecto según las causas de la ictericia; en las ictericias por retención se comprenden fácilmente cuáles serán los factores que constituyen el obstáculo de este drenaje, y en la ictericia hemolítica, aunque las vías de excreción estén perfectamente libres, la destrucción exagerada de glóbulos rojos acarrea un aflujo tal de materiales pigmentarios que el emuntorio hepático no basta para eliminarlos de la circulación. Para explicar el mecanismo de la ictericia, los defensores de la concepción hepatógena se han visto obligados á recurrir á hipótesis mucho menos seductoras; así, la existencia de la colemia fisiológica les conduce á postular la existencia de un doble polo de secreción biliar; un polo intestinal, por el que la célula hepática evacua la mayor parte de los pigmentos y de las sales, y un polo sanguíneo que deja pasar una cantidad mínima á la sangre. La ictericia por retención, según la teoría hepatógena, supone un mecanismo complejo, atribuyéndola á un bloque parcial del polo biliar de la célula hepática, que no pudiendo verter sus pigmentos en el intestino los orienta desde entonces exclusivamente hacia la circulación. Se concibe en esta hipótesis que la reabsorción sanguínea pueda estar disociada y que por un fenómeno de exósmosis á través de una membrana ó de un ectoplasma permeable, la célula glandular per-

mite una filtración más ó menos electiva de los diversos elementos que ha elaborado. Si la célula hepática tiene un doble polo de secreción, el mecanismo de las ictericias por hiperhemolisis se explicaría fácilmente por la elaboración anormal de bilirrubina que realiza la célula hepática al recibir materiales hemoglobínicos en cantidad extraordinaria; la abundancia de pigmentos biliares se manifestaría tanto por el polo intestinal como por el sanguíneo. Sin embargo, esta deducción es á menudo inexacta; los autores han sometido á perros á inhalaciones de cloroformo hasta conseguir una fragilidad globular ó una hemoglobinemia, sin que hayan observado colemia durante las horas consecutivas; tampoco la inyección intravenosa de hemoglobina isotónica produce la bilirrubinemia, para ello es necesario la insuficiencia del drenaje biliar ó la lesión tóxica de las células hepáticas. La clínica demuestra que un gran número de ictericias tóxicas ó infecciosas dependen del doble proceso que acabamos de exponer; el cloroformo, la sífilis, el salvarsán, la espiroquetosis obran igualmente sobre el glóbulo rojo y sobre la célula hepática. En las ictericias llamadas hemolíticas no basta la destrucción sanguínea para que aparezca la colemia; en las anemias palúdicas perniciosas, anemias esplénicas de la infancia, etc., es raro encontrar la ictericia á pesar de la destrucción globular. Sin duda alguna, en toda ictericia existe un elemento hepático. — (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 15, 19 de Febrero de 1921). — LUENGO.

3. **El contenido de ácido úrico en las orinas, en la gota y en la litiasis, por A. Chauffard, P. Brodin y A. Grigaut.** — El análisis químico de la sangre ha permitido á los autores poner en evidencia en la gota y en la calculosis un síndrome sérico que tiene por base la hiperuricemia, á la cual se sobreañaden con frecuencia la hipercolesterinemia la bilirrubinemia y la elevación de la constante úreo-secreto, ria de Ambard. El orden de aparición de estos síntomas permite comprender la génesis de los fenómenos morbosos que se instalan en el curso de estas enfermedades. En un primer tiempo, relativamente corto, parece que existe solamente un trastorno del metabolismo úrico, causa inicial de la hiperuricemia, y después aparecen la hipercolesterinemia, la elevación de la constante de Ambard y la bilirrubinemia, que traducen la alteración funcional del hígado y del riñón. Así como la cantidad de ácido úrico de la sangre está siempre aumentada en la gota y en la calculosis, no sucede lo mismo con la cantidad que contiene la orina; en contra de lo que se podría creer, dadas las ideas generalmente admitidas, el ácido úrico urinario está rara vez aumentado en el curso de estas dos enfermedades. No existe, por tanto, ninguna relación constante entre la eliminación urinaria del ácido úrico y la hiperuricemia, y, por lo mismo, es ilusorio esperar del análisis de orina, elementos de apreciación sobre el metabolismo úrico, los cuales sólo pueden obtenerse por el análisis de la sangre, por poco que el riñón esté modificado en su valor funcional. (*Presse Medicale*, núm. 16, 23 de Febrero de 1921). — LUENGO.

4. **Coloración y decoloración artificiales del cabello humano en Medicina legal, por el Dr. L. Bock.** — Microscópicamente no se puede demostrar si un pelo ha sido palidecido artificialmente ó si es pálido naturalmente, á no ser que por haber crecido después de la maniobra se vean porciones sin decolorar junto á la raíz. La única diferencia consiste en que el pelo que ha sido decolorado artificialmente es menos quebradizo que otro del mismo grueso que se haya decolorado por la edad. En cambio, en los casos en que el cabello ha sido teñido basta el examen de uno solo para determinar siempre que lo está. Hay muchos casos en los que con este solo examen se puede precisar cuál ha sido la subs-

tancia empleada para la tinción. Pero si esta substancia era de naturaleza química orgánica, no se puede deducir más que algunos datos generales acerca de la índole de ella. — (*Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Med. u. öffentl. San. Wesen*, tomo 60, cuaderno 2.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de la depresión melancólica por la estricnina á dosis muy elevadas, por P. Hartenberg.— Todos los medicamentos empleados en el tratamiento de la depresión melancólica, de los cuales el opio es el más clásico, no tienen más que una acción paliativa, sin ninguna influencia sobre la duración y la evolución de la afección. El autor ha tratado una serie de seis de estos enfermos por la estricnina á dosis muy altas, habiendo obtenido cinco éxitos y un semiéxito. El principio de este método consiste en hacer absorber al enfermo la mayor cantidad posible de medicamento, hasta la saturación del sistema nervioso y del organismo, pues la experiencia muestra que sólo las dosis muy fuertes son capaces de intervenir eficazmente contra la melancolía, de restablecer la desviación de la nutrición de los elementos nerviosos, que constituye, sin duda, la base de la enfermedad. Según el autor, sólo á partir de 5 centigramos en las veinticuatro horas es cuando el alcaloide comienza á obrar; pero es necesario sobrepasar grandemente esta dosis, hasta los extremos límites de la tolerancia, entre 7 y 8 centigramos, hasta la saturación del sistema nervioso, porque entonces se establece en el sujeto un estado de estricnismo subagudo, con hipertonia muscular, esbozo de contractura, exageración de los reflejos, cuya influencia sobre la evolución del mal es decisiva; por la poderosa sobreexcitación que produce, esta reacción medicamentosa crea una especie de crisis orgánica que sacude violentamente al enfermo, estimula su nutrición, despierta su sensibilidad, reanima su actividad física é intelectual. Esta medicación intensiva se realiza por la técnica de las dosis progresivas y repetidas. Por el acostumbramiento se puede aumentar la cantidad, y gracias á la eliminación rápida, que se realiza en unas cinco horas, será posible repetir las tomas varias veces en el día. He aquí la técnica del autor: Utilizando una solución de sulfato de estricnina al centésimo, comienza por dar el primer día por la boca (ó si el enfermo lo rehúsa, en inyección), siete gotas, ó sea $3\frac{1}{2}$ miligramos, repetidas tres veces, con cinco horas de intervalo por lo menos, lo cual suma en total cerca de un centigramo en las 21 gotas, en veinticuatro horas. Después, cada uno de los días siguientes, aumenta una gota en cada toma, ó sea medio miligramo. Si al cabo de algunos días sobrevienen fenómenos de estricnismo, vértigos, atontamiento, rigidez de las piernas y de los maxilares, se continúa con la misma dosis hasta que la reacción haya desaparecido. Así se aumenta de nuevo una gota hasta que llega un momento en que no se produce el acostumbramiento y la misma dosis provoca siempre invariablemente una reacción. La marcha de la curación es paralela á la de la medicación. Hasta los 5 centigramos, ó sea durante el primer mes, mejoría nula ó insignificante; por el contrario, á partir de esta dosis, progresos rápidos. Se ve al enfermo despertarse, animarse, hablar, interesarse, ocuparse, sonreír. En la fase de saturación el estado normal se ha restablecido generalmente. No queda más que disminuir rápidamente el medicamento, tres gotas por día, hasta la dosis inicial, suprimiéndola entonces sin riesgo de recaída. Al mismo tiempo del tratamiento por la estricnina, si, como es la regla, el enfermo tiene angustia, se calmará por una poción de codeína, cloral, bromuro, ó bien

por una asociación de veronal y de valeriana. Si el estado general deja que desear, se alternará la opoterapia pluri-glandular con los arsenicales. El autor publica un resumen de sus observaciones, poniendo de relieve los buenos resultados obtenidos. (*Le Progrès Medical*, núm. 12, 19 de Marzo de 1921.) — LUENGO.

2. Curación de la espondilitis tífica por la vacunación, por H. Dufour, Debray y Guyard.— Mujer de cuarenta y dos años, que tres meses después del comienzo de una fiebre tifoidea presenta los signos de una espondilitis tífica localizada en la 2.^a vértebra lumbar; dolores vertebrales y paravertebrales intensos; temperatura $39^{\circ}6$. Aglutinación positiva del bacilo de Eberth. Se la trata por $\frac{1}{2}$ c. c. de vacuna Vincent T. A. B.; cuatro días más tarde 1 c. c.; nueve días después $1\frac{1}{2}$ c. c. y otras dos inyecciones más de la misma dosis con diez días de intervalo. Desde la primera inyección la temperatura cae de 39° á 38° ; con la segunda desciende á 37° ; después de la tercera, ligera reacción febril ($38^{\circ},5$). Los dolores desaparecen muy rápidamente. Con este caso, son ya cuatro los que han tratado los autores, siempre con buen resultado. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, número 9, 17 de Marzo de 1921.) — LUENGO.

3. Tratamiento abortivo de la fiebre tifoidea por la seroterapia administrada del octavo al décimo día, por G. Etienne.— La seroterapia por el suero antitífico del profesor Rodet, permite yugular la fiebre tifoidea, cuando se interviene entre el octavo y el décimo día; los resultados son también interesantes cuando la intervención es más tardía, pero no pueden compararse á los obtenidos cuando se utiliza el suero en la fecha antes indicada. Esta yugulación se traduce por dos caracteres esenciales, generalmente combinados y rara vez disociados; modificación de la curva térmica y transformación del estado general. La abortación térmica puede presentarse bajo tres aspectos fundamentales: 1.^o una *defervescencia* con caída brusca de la temperatura, seguida de una meseta más ó menos corta, á la que continúa á menudo una lisis; esta forma suele responder á los casos de intervención algo más tardía. 2.^o Un descenso en lisis más ó menos larga (desde dos á diez y seis días). 3.^o Un estado anfíbolo remitente de grandes oscilaciones, que termina por la apirexia ya bruscamente ó en lisis. A la transformación térmica acompaña una notable mejoría del estado general. En ocho casos el autor no pudo obtener la yugulación completa ó bien no se ha mantenido; se trataba de disociaciones de la temperatura y del estado general, ó de infecciones secundarias (bronconeumonía); en algunos casos, sin embargo, en otros que presentaron tendencia grave desde el principio. La seroterapia, antes del octavo día, ha dado al autor resultados más bien desfavorables y siempre por lo menos, menos claros. Acerca del modo de obrar de la seroterapia antitífica, el autor insiste sobre la identidad de la evolución de la fiebre tifoidea yugulada por la seroterapia y por la vacunación. La inmunización activa parece tener en numerosos casos poca acción sobre la fase de la fiebre tifoidea condicionada por la reacción orgánica favorecedora de la infección; en efecto, la primera fase de la fiebre tifoidea de los vacunados se presenta á menudo tan grave como la de los no vacunados; la vacunación manifiesta sobre todo su acción después de esta primera fase. En la inmunización pasiva, parece suceder lo mismo. La seroterapia y la vacunación parecen por tanto imprimir á la infección tifoidea una evolución abortiva ó una evolución remitente continua. — (*Paris Medical*, número 12, 19 de Marzo de 1921.) — LUENGO.

4. Jaqueca y autohemoterapia, por G. Durand.— Mujer que ha sufrido la extirpación de los anejos, padece insuficiencia ovárica y cefalea occipital frecuente. En Julio de

1919 presenta una crisis de jaqueca característica acompañada de un brote de urticaria; las crisis de jaquecas se hacen más frecuentes. El autor practica á la enferma una inyección subcutánea de 10 c. c. de sangre total extraída á la misma inmediatamente antes por punción venosa. Desaparece la jaqueca. A los cuatro días nueva inyección, al iniciarse otro acceso; la enferma pasa quince días sin presentar jaqueca, á pesar de una alimentación mixta. Después todavía sufrió la enferma algunas crisis que desaparecieron con gran rapidez apenas iniciadas, al recibir inyecciones de 2 c. c. de su propia sangre. (*Bull. Gen. de Therapeutique*, núm. 3, Marzo de 1921).—LUENGO.

5. **Las sales céricas en el tratamiento de las tuberculosis crónicas.**—Exposición general del método, por H. Grenet y H. Drouin.—Héber comenzó el estudio biológico de los sulfatos de tierras raras investigando su acción tóxica para los organismos inferiores y los fermentos. Drouin mostró después la influencia de estos mismos cuerpos sobre los cultivos y propiedades del bacilo tuberculoso, especialmente de las variaciones de las materias grasas del bacilo tuberculoso cultivado en medios definidos y también sobre la leucocitosis mononuclear intensa y progresiva provocada en el conejo y en el cobaya por las inyecciones intravenosas ó intraperitoneales de estas sales. Los autores han probado los sulfatos de neodimio, de praseodimio y de samarium, los cuales parecen tener una acción idéntica. Se sirven corrientemente del sulfato de didimio, más fácil de obtener. Aplican el tratamiento de dos modos diferentes: 1.º, inyecciones intravenosas de una solución acuosa del sulfato de didimio al 2 por 100; si las inyecciones no son intravenosas producen dolor vivo y duradero é induración persistente. Practican series de 20 inyecciones diarias, separadas por períodos de reposo de veinte días. La dosis se eleva progresivamente de 2 á 4 c. c. de la solución. En los enfermos muy fatigados las inyecciones se hacen cada dos días y la dosis máxima se reducirá á 2 c. c. 2.º, inyecciones subcutáneas de una solución al 2 por 1.000 en medio lipóidico fosforado; á dosis de 2 c. c. no determinan más que un ligero escozor, durante menos de dos minutos y perfectamente soportable. En general es preferible la inyección subcutánea (en la cara externa de la cadera) á la intramuscular. Con este tratamiento aumentan los glóbulos rojos, aunque este aumento no suele sobrepasar de 500.000 la cifra inicial. La leucocitosis total puede llegar y pasar, al cabo de veinte inyecciones 50.000 por mm.³ y el regreso á la cifra inicial tarda en sobrevenir quince días. Los polinucleares disminuyen al mismo tiempo que aumentan los mononucleares. Respecto al valor de esta mononucleosis conviene recordar dos hechos bien comprobados: 1.º, el papel del gran mononuclear en la formación de las células fijas del tejido conjuntivo; se puede admitir, por tanto, que favorece el desarrollo del tejido conjuntivo y, por consiguiente, el proceso de esclerosis. 2.º, la intervención de los grandes mononucleares en las reacciones de defensa contra la tuberculosis: constitución de la célula gigante (Borrel), mononucleosis fase de defensa contra la infección tuberculosa (Ch. Madelaine). En los tuberculosos pulmonares tratados se observan modificaciones morfológicas y tintoriales de los bacilos contenidos en los esputos; disminución y hasta desaparición de los mismos; la expectoración cada vez es menos abundante. Como resultados clínicos, se observan la recuperación de fuerzas, vuelta del apetito, fluidificación y disminución de las supuraciones y de los esputos y cicatrización progresiva. Estos efectos se han apreciado en las tuberculosis ganglionares, cutáneas, algunos casos de tuberculosis ósea y en la tuberculosis pulmonar, siempre que las lesiones estén todavía bastante limi-

tadas y el estado general pasable; en los grandes cavitarios se obtiene alguna vez, procediendo con gran prudencia, una cierta mejoría. Los autores sólo aconsejan el método en las formas crónicas y apiréticas, sin brotes febriles evolutivos. El tratamiento debe ser progresivo durante largo tiempo; produce mejorías progresivas y los primeros efectos favorables pueden manifestarse solamente en el curso ó al final de la segunda serie de inyecciones. En lesiones iguales, el tratamiento obra tanto más rápidamente cuanto menos antiguas sean las lesiones. En las tuberculosis locales la diferencia es quizá menos evidente; se aprecia sobre todo en la tuberculosis pulmonar. (*Paris Medical*, núm. 13, 26 de Marzo de 1921).—LUENGO.

6. **Tratamiento del asma por la vacunoterapia, por el profesor Minet.**—Dada la dificultad de la preparación de autovacunas de los esputos, el autor ha preparado vacunas especiales, intermedias entre las autovacunas y las vacunas del comercio, verdaderas «vacunas adaptadas» á cada caso particular. La expectoración de cada enfermo se somete al examen bacteriológico tres días consecutivos, anotando las especies existentes y la proporción de cada una y se preparan soluciones madres de las especies principales, haciendo después las mezclas convenientes para cada caso particular. Expone después el autor tres observaciones detalladas, de enfermos de asma esencial, tratados por la vacunoterapia. Una de ellas no permite ninguna conclusión; en las otras dos, el resultado ha sido notable. (*Gazette des Praticiens*, núm. 504, 15 de Febrero de 1921).—LUENGO.

7. **L'Allylteobromina en inyecciones intramusculares, por Ch. Auguste.**—El empleo de la teobromina está muy extendido, considerándose á este medicamento como el más fiel, el más constante y el más inofensivo de los diuréticos. Desgraciadamente sólo se puede administrar por la vía digestiva, á causa de su débil solubilidad, lo cual constituye un inconveniente, porque produce á veces intolerancia gástrica (dolores, náuseas, vómitos). Se ha tratado de preparar soluciones que permitan utilizar la vía hipodérmica. Combinando la teobromina con los álcalis, se obtiene una teobromina sódica muy soluble, pero cuya alcalinidad no permite el empleo en inyecciones. Se puede solubilizar también la teobromina por el salicilato de sosa, pero este producto es un irritante renal, cuyo uso no estaría libre de inconvenientes en numerosas afecciones en las que aquella está indicada. La sustitución en la molécula de la teobromina de un átomo de hidrógeno por el grupo *allyl* (C₃H₅), da la allylteobromina soluble en 200 partes de agua fría, muy soluble en presencia de los diversos benzoatos, soluciones perfectamente neutras y que pueden inyectarse. Los estudios experimentales de varios autores han demostrado que la allylteobromina es muy poco tóxica; que posee una actividad diurética pronunciada; que ejerce sobre el centro respiratorio una acción estimulante, utilizable en terapéutica; sobre el aparato circulatorio ejerce una influencia semejante á la de la cafeína; el sistema muscular es igualmente estimulado por la allylteobromina. El autor, por su parte, ha ensayado este medicamento en cinco sujetos normales, asegurándose de la integridad de su funcionamiento renal y cardíaco, y manteniendo constante la cantidad de líquido absorbido. En los cinco, la dosis de 20 gramos bastó para aumentar la diuresis desde el primer día, siendo perfectamente toleradas las inyecciones intramusculares. Después en los cardíacos asistólicos con edemas y disnea, mejoraron rápidamente los síntomas. En las nefritis hidropígenas ha observado el autor resultados idénticos; al cabo de algunas inyecciones se produce una verdadera *debâcle* urinaria con eliminación considerable de cloruro y disminución paralela de

los edemas. Por tanto, las amenazas de azotemia y de retención de toxinas diversas, desaparecen al mismo tiempo que mejora el estado local. (*Gazette des Praticiens*, núm. 506, 15 de Marzo de 1921).—LUENGO.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento de la esterilidad femenina por estrechez del cuello uterino.—El Dr. Edmundo Escomel dice que la cirugía moderna en su ansia vertiginosa de progreso, olvida sin razón métodos que dieron á nuestros mayores éxitos que alcanzaron con menos dificultades que los prácticos de hoy.

Tal sucede con el tratamiento de la esterilidad por estrechez del orificio del cuello uterino.

Antes de proceder, es necesario asegurar por un examen microscópico, la presencia de espermatozoides vivos en el líquido fecundante del marido.

Debe tenerse asimismo en cuenta la fecha precisa ó muy cerca de ella del próximo período catamenial de la mujer, pues como se sabe, ocho días antes de él ó ocho después comprenden la época más propicia para efectuar la fecundación.

Por un examen muy minucioso debe asimismo darse cuenta exacta de la dirección del orificio del cuello hasta llegar al fondo del cuerpo uterino, lo que no siempre es fácil en razón de dobladuras, pliegues ó acodaduras, que suelen hallarse en estos casos.

Tomadas estas precauciones se introduce hasta el fondo de la matriz, entre ocho y cinco días anteriores á la probable ó segura época menstrual, un tallo de laminaria esterilizado, lo bastante delgado para que franquee los orificios del hocico de tenca y del esfínter uterino, llenando sus cavidades.

A las veinticuatro horas se la retira y se la reemplaza inmediatamente por otra de diámetro doble ó triple, que penetrará con facilidad y que se retirará á su vez veinticuatro horas después, quedando la cavidad uterina ampliamente abierta y dispuesta á la recepción del líquido masculino que debe ser normalmente eyaculado por el marido á más tardar una ó dos horas después de la extracción de la laminaria, acercándose lo más posible á esta última.

La colocación de las laminarias esterilizadas no trae ninguna consecuencia. Algunas veces determina dolores que son muy soportables por la mujer.

Requieren, sí, que ésta permanezca en reposo con el fin de que movimientos intempestivos no la hagan escapar del sitio en que fué colocada.

Por nuestra parte, en los seis casos con éxito que hemos obtenido así, las laminarias eran colocadas en el consultorio médico, y sostenidas por gasas y algodones que permitieron á las enfermas el ir hasta sus domicilios para volver al siguiente día, sin que las laminarias hubiesen sido expulsadas.

Después de seis casos con seis éxitos, no he olvidado en tratar de vulgarizar este método resucitado, que por ser incomparablemente más sencillo que el de la amputación del cuello uterino, que requiere conocimientos especializados en el cirujano que lo practique y todas las contingencias de una verdadera operación para la enferma que á él se somete, puede prestar considerables servicios, por hallarse al alcance de los menos diestros en el manejo de la ginecología, sin entrañar peligros y dando resultados seguros en los matrimonios estériles que anhelan, justamente, tener descendencia. (*La Especialidad Práctica*, Febrero de 1921).

SIFILIOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Lesión sífilítica en foco del núcleo caudal, por M. Loeper y J. Forestier.—Las investigaciones anatómicas recientes han atraído la atención sobre la patología de los cuerpos estriados y puesto en evidencia la influencia de estos últimos sobre el equilibrio del sistema muscular. En particular, ha sido posible distinguir un síndrome de degeneración lenticular total (enfermedad de Wilson), donde predomina la hipertensión; síndromes localizados en el cuerpo estriado (núcleo caudal y putamen), caracterizados, sobre todo, por el temblor. Aún no se conoce bien la delimitación del parkinsonismo. El número de observaciones concernientes, tanto á las degeneraciones celulares primitivas, como á las lesiones en foco de los cuerpos estriados, es todavía bastante escaso. Los autores describen un caso de lesión del foco de la cabeza del núcleo caudal del lado derecho, evolucionando desde fecha desconocida por ignorar los antecedentes de la enfermedad; esta lesión produjo una rigidez generalizada y se terminó por la muerte después de la aparición de una hemiparesia izquierda, traduciendo el trastorno del sistema piramidal. Generalmente, se admite que las lesiones de foco en el cuerpo estriado determinan trastornos de hemiparesia controlateral, que puede acompañarse de clonus espontáneo del pie. Los autores, en cambio, sólo han observado trastornos de rigidez muscular, sin movimientos coreo-atetósicos, ni temblor; además, los fenómenos eran bilaterales á pesar de ser unilateral la lesión, lo cual puede ser debido á que estuvieran lesionadas también las fibras comisurales que unen, pasando por la región hipotalámica, el sistema derecho é izquierdo. En cuanto á la aparición de la parálisis terminal, localizada en el lado izquierdo, no puede ser debida á la lesión del cuerpo estriado, cuya independencia del sistema piramidal es bien conocida. Puede ser atribuida á trastornos de vecindad, debidos á la misma lesión, pero que alcanzase al fascículo en la parte vecina, inmediatamente en contacto con el núcleo. La naturaleza de la lesión parece ser arterial. El origen verdadero no parece tuberculoso; la sífilis es mucho más probable, pues á pesar del Wassermann negativo, las lesiones de arteritis y de periarteritis, representan un argumento considerable en favor de esta hipótesis.—(*Le Progrès Medical*, núm. 12, 19 de Marzo de 1921).—LUENGO.

HIGIENE Y BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El tétanos declarado debe curar, por G. Etienne y J. Benech.—Los autores tratan de establecer el valor curativo de la seroterapia antitetánica en el tétanos declarado; del estudio de 20 casos de tétanos grave, deducen que cuando se tratan con dosis de asalto, ya indicadas por Vaillard, de 100 á 150 c. c. en inyecciones subcutáneas sobre todo, generalmente suficientes, ó asociadas á las inyecciones intrarraquídeas ó intravenosas si es posible y además por las dosis diarias masivas de 12 gramos de cloral, generalmente muy bien toleradas por los tetánicos, sin olvidar de sostener el corazón, se tienen las mayores probabilidades de curación. El tétanos declarado debe curar cuando la enfermedad permite una supervivencia de cuarenta y ocho horas á la primera inyección. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 41, 6 de Enero de 1921).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL



PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

Conferencia interesante. — Acto de compañerismo.

El sábado último, día 14, ocupó la cátedra de la Real Academia Nacional de Medicina el catedrático de nuestra Facultad, profesor Gustavo Pittaluga, para desarrollar el tema tan interesante para España «Campaña antipalúdica».

El paludismo en España es un mal endémico y las vastas regiones por que se extiende han merecido para las autoridades sanitarias, si no toda la atención debida, una gran parte de ella. El doctor Pittaluga, secretario de nuestra redacción y profesor de Parasitología en nuestra Universidad, es el hombre de ciencia que mejor conoce este problema, porque desde 1903 ha asistido y dirigido todas las campañas que contra el paludismo se han emprendido en nuestra patria; pero tuvo que luchar siempre, además de con el mal, con la indiferencia de los que no le sienten próximamente y con la parquedad en el sacrificio pecuniario por parte del Estado oficial.

Por todas estas razones, la conferencia pronunciada el último sábado con el brillante léxico que adorna á sus peroraciones, tenía, como sucedió en efecto, que resultar de un interés grande é indiscutible.

En el Ateneo y en otras sociedades científicas había expuesto Pittaluga la necesidad urgente de adoptar un plan profiláctico estudiado metódica y reposadamente; porque los datos que la estadística oficial arroja son cada vez más aterradores. Se puede calcular que se eleva á la cifra de 400.000 hectáreas la zona invadida por el paludismo, y que de los 400.000 enfermos que produce la infección y que pierden por término medio veinte días de trabajo al año, se registran de 2.500 á 3.000 defunciones anuales.

Claro está que los gastos que supondría al Estado la aplicación del plan de lucha adecuado, serían grandes, pero la economía nacional se resarciría bien pronto de ellos si se tienen en cuenta las pérdidas que en hombres y en producción se evitarían haciendo desaparecer ó disminuyendo los estragos de la endemia.

Estudió también el Dr. Pittaluga las modernas aplicaciones de los rayos X sobre la región del bazo

para estimular las funciones leucocitarias de esta viscera, poniendo en circulación los gérmenes palúdicos hiperaadaptados, contra los cuales las sales de quinina fracasaron por haber sido administradas en dosis insuficientes ó inoportunamente.

El numeroso público que asistió á escuchar la interesante conferencia, al terminar el Dr. Pittaluga su disertación premió el trabajo de éste con nutridos y prolongados aplausos.

El *Boletín Oficial del Colegio de Médicos de Zaragoza* publica en el número correspondiente al mes de Abril, un suelto en el que se da cuenta de un acto que merece ser conocido de toda la clase, por su ejemplaridad y altruismo.

No es poco frecuente, por desgracia, que un médico de partido al morir proporcione á su familia la doble desgracia de la pérdida personal y del desamparo espiritual y económico. Uno de estos casos se ha dado recientemente en el pueblo de Cabra, donde ha muerto repentinamente el compañero D. Enrique Cabello, dejando á su viuda y sus hijos sin medio de vida alguno. Y lo que aquí merece todos nuestros elogios y alabanzas es la conducta seguida por los colegas del médico fallecido que, «ante el cadáver, dice textualmente el suelto de referencia, del malogrado compañero, juraron solemnemente desempeñar, durante cinco años, los cargos que venía ejerciendo, y entregar á la viuda el total importe de los beneficios».

Como sería fácil conocer los nombres de las personas que han realizado este acto de altruismo, aunque se ofenda su modestia, también los reproducimos para que la clase toda pueda conservarlos en la memoria y agradecer lo que por ella han sabido con desprendimiento realizar. Estos son los doctores: Mármol, Garrido, Barranco, Osuna, Escofet, Delgado, Pérez Arroyo, Roldán y Muñiz.

El *Siglo Médico* se asocia á la manifestación de gratitud de la clase.

DECIO CARLAN.

SEMANA FRANCO-ESPAÑOLA EN PARÍS

Como habíamos anunciado, se celebró en París la *semana médica franco-española*, á que la llegada de una expedición de médicos, procedentes en su mayor parte de Barcelona, ha servido de motivo.

Corteses y obsequiosos los franceses, muy recientes

los agasajos y atenciones de que habían sido objeto sus más preclaros profesores en Madrid y Barcelona, y esperándose la reciprocidad de la visita á que están invitados por el Decano de la Facultad de Medicina de París los *profesores y académicos* de nuestra Universidad, el recibimiento de los actuales visitantes ha sido afectuoso y los obsequios de que han sido objeto, verdaderamente espléndidos. Aunque la suspensión de la conferencia anunciada por el Sr. Pi y Suñer, y el no operar por motivo de salud el Sr. Bartrina, quitó al programa de nuestros compatriotas dos de los números de mayor expectación, sin embargo, el recuerdo que en París han dejado los médicos barceloneses es muy digno de tenerse en cuenta y prepara convenientemente los futuros viajes de *profesores y alumnos* que por invitaciones oficiales y por iniciativas privadas se preparan.

Bueno será tener en cuenta, para lo porvenir, que al anunciarse las personalidades que toman parte en estas expediciones se deben marcar claramente y en su verdadera significación internacional, los términos *profesor y escuela*, para no incurrir en equívocos innecesarios y nacidos sin duda de la indiferente acepción con que en España empleamos estos vocablos.

He aquí como la *Presse Médicale* describe las principales fiestas:

Hace algunas semanas, en este mismo lugar (1) el profesor León Bernard hizo relación de la acogida cordialísima hecha á los representantes de la Facultad de Medicina de París que fueron á Barcelona invitados por la Escuela catalana para el desarrollo de los estudios médicos en Francia.

Se sabe lo que esta asociación, formada por ochocientos médicos españoles que todos hablan francés, significa hoy día.

Presidida por el Dr. Turó y teniendo por directores á los Dres. Girona, Pijuan y Turrel, la Escuela catalana que debe inaugurar próximamente en su hospital de la Alianza un monumento á la gloria de la mujer francesa, se ocupa particularmente de organizar cursos y conferencias en España y en Francia, para conseguir las más estrechas relaciones médicas entre nuestros dos países.

Por su parte ha enviado recientemente á París una importante representación compuesta de veintitrés visitantes. Estos que han permanecido entre nosotros durante la semana que acaba de terminar, han estado todos sus días invitados á visitar nuestros servicios hospitalarios en que han sido organizadas conferencias clínicas y en las que algunos de ellos, los Dres. Corachan, Bartrina, Morales, Ribas y Ribas, fueron también invitados á usar de la palabra para hacer exposición de sus trabajos y aun para realizar intervenciones quirúrgicas.

Pero nuestra hospitalidad no quedaría del todo satisfecha con estas sesiones de trabajo, ni con las visitas organizadas al Instituto Pasteur, en el que dió una conferencia M. Petit, al Museo de Val-de-Grace, al Museo del Ejército, al Cuartel de Inválidos.

También se habían dispuesto con antelación varias recepciones, el martes último en el Círculo Interaliado, al día siguiente, miércoles, en la Facultad de Medicina, en la que el decano y Mme. Roger ofrecieron á nuestros compañeros españoles una comida que presidió M. Leredu, ministro de Higiene, Asistencia y Previsión sociales.

A esta comida, que fué el principal convite ofrecido á nuestros huéspedes y á la que asistieron también el marqués de Faura, representando al embajador de España, el profesor Cortezo, exministro, el profesor Pulido, vicepresidente del Senado, M. Nicolau, alcalde de Barcelona, MM. Steeg, Lionville, Lalou, M. Appel, rector de la Universidad de París, M. Coville, director de Enseñanza, los Dres. Turó, Turrel, Pijuan, Bartrina, Ribas y Ribas, Corachan, Moragas, Vilardel, Mme. Campaña, los profesores De Lapersonne, Bar, Chauffard, Gilbert, Faure, Quénu, Vaquez, P. Marie, Achard, Duval, Gosset, Brindeau, Broca et MM. Marion, Babinski, Fleury, Lesné, Mathé, Cifrie, etc.; a la hora de los brindis fueron pronunciados varios discursos.

Fué primero, en su calidad de anfitrión, el profesor Roger, quien pronunció una alocución llena de oportunidad y de afecto, y de la cual no sabríamos hacer nada mejor que reproducir los párrafos siguientes:

«Hace dos años, en época igual, la Facultad de Medicina estaba de fiesta. Recibía una delegación de médicos españoles que venían á hacernos una visita y que habían aceptado la modesta invitación del decano. Su llegada coincidía con la firma de los preliminares de la paz. Pero de lo que hay que acordarse bien, lo que nunca olvidaremos, es que las visitas de nuestros compañeros españoles había estado decidida en el período más trágico de la gran guerra. En el momento del último avance alemán, cuando París estaba siendo bombardeado día y noche por los aviones y por los cañones de gran alcance, cuando alternando con el ruido de los obuses, se oía ya el canto de victoria de nuestros adversarios; en la época en que los optimistas perdían la esperanza, cuando nuestra derrota parecía inevitable, los médicos de Barcelona quisieron ofrecernos un testimonio de su simpatía y de su abnegación. Era una manifestación imponente, que nos emocionó profundamente, pero no nos sorprendió. Conocemos demasiado el alma caballeresca de España para haber podido dudar de vuestros sentimientos. Sois de los que no se inclinan jamás delante el triunfo de las malas causas. Sois de los que van siempre por el camino derecho del deber y de la equidad, conducidos por la inmortal llamada de la justicia.

Desde esta época, las relaciones entre Francia y España han ido siendo cada vez más numerosas y más cordiales. Repetidas veces algunos colegas españoles han venido á visitarnos. Algunos nos han dado, en la Facultad, conferencias que han sido muy apreciadas. El mes pasado los colegas de París han ido á su vez á Madrid y á Barcelona. Me han dicho cuánto les había emocionado vuestro recibimiento. Me contaron qué recepciones más simpáticas les habíais hecho. Permittedme que os exprese mi profundo agradecimiento. Creed-

[(1) *La Presse Médicale*, 11 de Abril 1921.

nos que haremos nuestros posibles para que nuestra hospitalidad no sea demasiado indigna de aquella que nos fué ofrecida.

Para subrayar la importancia de vuestra visita, el Gobierno de la República ha querido ser representado por M. Leredu, ministro de Higiene y de Previsión social. Senadores y diputados se han unido al miembro del Gobierno.

El Ayuntamiento de París, que participa con nosotros la alegría de ver entre nuestros invitados al alcalde de Barcelona, y que tendrá gran alegría en recibirnos el sábado próximo en su local, se ha hecho representar esta noche por el consejero municipal del barrio de la Escuela de Medicina, M. Salón.

El embajador de España, retenido por un compromiso anterior, ha delegado sus poderes al primer agregado de su embajada, el marqués de Faura. Ninguna elección podía sernos más agradable. Estoy contento de dar las gracias á las altas personalidades que han querido contestar á nuestro llamamiento y honrar esta reunión con su presencia. Debo dar también las gracias á los compañeros que han contribuido al éxito de la semana española. Puedo nombrarlos á todos: al doctor Turó, de Barcelona, que ha organizado y que dirige la delegación española; al Dr. Mathé, de París, que ha sido para mí el colaborador más abnegado y más estimable.»

Luego, después de haber notado cuán antiguas y naturales son las afinidades que existen entre España y Francia, afinidades que se marcan en nuestra literatura desde hace siglos y hacen que nada sea más natural que una aproximación intelectual cada vez más íntima, más cordial entre nuestros dos países, M. Roger, insistiendo sobre la importancia de esta colaboración constante de los trabajadores españoles y franceses, añadió al terminar:

«Puede ser que un nuevo lazo vuelva pronto á unirnos. Los decanos de Madrid y de Barcelona elaboran con el decano de París un proyecto de quincenas españolas, para los estudiantes de nuestras dos grandes Universidades. Una ó dos veces por año, un cierto número de vuestros estudiantes vendrían á pasar quince días á París. Prepararíamos para ello un curso especial que les permitiría, en ese corto espacio de tiempo, visitar nuestros laboratorios y nuestras clínicas y de iniciarse en nuestros métodos. Estaremos muy contentos organizando más tarde excursiones análogas para nuestros estudiantes que sacarán, ya lo sé, el mayor provecho con su estancia cerca de los profesores de la Medicina española.

He ahí algunos proyectos que estudiaremos para continuar y concluir la obra empezada esta semana. Yo estoy persuadido que tendrán éxito, porque la aproximación francoespañola impuesta por un origen común es un común ideal. Permitidme levantar mi vaso en honor á la ciencia española, en honor de la ciudad y de la Universidad de Barcelona y beber por la aproximación científica de nuestros dos países.»

A esta alocución, muy aplaudida, el Dr. Turó, presidente de la Escuela catalana, contestó con el brindis siguiente:

«Señores: Hace mes y medio, en el curso de la visita con la cual nos honraron eminentes profesores de vuestra Facultad, el profesor Broca dijo á nuestro decano el profesor Martínez Vargas:

«Lo que ustedes veneran en la Facultad de París, es su antigüedad, es su experiencia».

La fórmula es exacta, pero es incompleta. Es incompleta porque, ante todo, lo que veneramos en vuestra Facultad, es la idea que representa para nosotros, los latinos.

Hijos de la misma sangre, hablando dos lenguas de origen común, vemos en vuestra Escuela más que una vieja persona llena de sabiduría y de experiencia; vemos una venerable abuela, que ha alimentado con medula sustanciosa vuestros padres y los nuestros, y que ha sido en la Edad Media una de las primeras manifestaciones de la intelectualidad de nuestra raza.

En efecto, son vuestros padres y los nuestros los que han creado la facultad de París, son todos los de la lengua d'oc, quienes, relativamente menos alcanzados por las invasiones de los Bárbaros al Norte y de los Arabes al Sur, habían conservado parcialmente intacta la civilización romana: son todas las poblaciones aglomeradas desde el Sur del Loira, hasta el Norte del Ebro; desde Versalles la fenicia, hasta Barcelona la cartaginesa, quienes han llevado á París la llamarada de la ciencia greco-latina. Vuestra Facultad es desde entonces el templo adonde todos los pueblos de la tierra vienen á buscar el fuego sagrado.

Ahora, los Bárbaros han vuelto para tratar de apagar esa llamarada y de destruir ese templo. Después de cinco años de una lucha gigantesca, los habéis hecho retroceder y después de vuestra brillante victoria, acudimos á vosotros como acudieron nuestros abuelos para testimoniar á vuestra Facultad nuestra familiar adhesión. No; no hemos venido aquí como iríamos á cualquier otra escuela en que la fama propalada por cien voces nos hubiesen señalado los conocimientos científicos extendidos de los cuales quisiésemos penetrarnos, venimos como á la casa de nuestros antepasados de donde salen las tradiciones familiares, que permiten continuar de lejos, sin perderse, los pasos de nuestros abuelos.

Durante la guerra, muchas veces ya, hemos acudido para expresaros cuánto participábamos de vuestras angustias, cuánto nos afectaban vuestros sufrimientos, cómo participábamos de vuestras esperanzas.

Y sintiendo latir nuestros corazones íntimamente al unísono de los vuestros, ¡qué hemos comprendido!... Hemos comprendido que, hijos de una misma raza, no teníamos el derecho de permanecer aislados como extraños, sino que nosotros debíamos vivir como hermanos, y que una frontera política no era suficiente á separar nuestros corazones y nuestros cerebros. Hijos intelectuales de esta Facultad, debíamos estrechar los lazos que nos unen á ella. Esta fué la convicción que nació en la Escuela catalana de médicos para el perfeccionamiento de los estudios médicos en Francia.

Esta Escuela no nos es del todo desconocida: esta es la tercera vez que organiza excursiones científicas á

vuestra Universidad. Numerosos profesores franceses llamados por ella, fueron á Barcelona aportando un poco de su experiencia. Más recientemente, tres de los profesores más eminentes de París nos han visitado en nombre vuestro. Para lo sucesivo, esperamos intensificar todavía más estas relaciones intelectuales y científicas que crean las relaciones cordiales y estamos seguros de encontrar en vosotros todo el apoyo que nos sea necesario.

Señores, en nombre de la Escuela catalana de médicos, permitidme agradeceros la acogida calurosa ó casi fraternal que acabáis de hacernos. Levanto mi copa en honor de la Facultad de Medicina de París, en honor de su decano y en honor de todos vosotros, señores profesores.»

¡Viva Francia!

En fin, los brindis fueron sucesivamente pronunciados por el Sr. Nicolau, alcalde de Barcelona, por M. Salou, concejal municipal de París, por M. Aug. Broca, por M. Appel, en nombre del ministro de Instrucción Pública, por M. Leredu, que habló á la salud del Rey de España y bebió por la Unión franco-española, y en fin, por el marqués de Faura, representando al embajador de España, que dió las gracias al decano de la Facultad por su acogida á los médicos españoles.

Además de esta hermosa recepción, los miembros de la Escuela catalana tuvieron que acudir á varias invitaciones.

El jueves por la noche, los cirujanos de la delegación estuvieron convidados en el Restaurant Voisin, por los Sres. Jean-Sonis Faure, M. Dusal, Martmann, Marion y Auguste Broca; el viernes les correspondía á los médicos reunir á sus compañeros en el Café de París, y en fin, para cerrar estas recepciones, antes de su marcha, que tuvo lugar el domingo, toda la delegación fué recibida el sábado por la tarde en el Ayuntamiento, en donde M. Guillaume, vicepresidente del Concejo municipal, contestando al Sr. Nicolau, alcalde de Barcelona, que le presentó á sus compatriotas, pronunció un pequeño discurso acertado.

Por la noche, por último, el Sindicato de Médicos del Sena reunió en la Opera, en la que los palcos habían sido reservados previamente, á los miembros de la Escuela catalana y al decano de la Facultad de Medicina.

Esta última recepción, verdaderamente encantadora, fué altamente apreciada por nuestros camaradas españoles á los cuales, después del segundo acto de *Sansón y Dalila*, M. Rouché, director de la Opera, los invitó á visitar los bastidores, la rotonda de bailarinas y la de los abonados, y al entreacto siguiente fueron invitados á tomar una copa de champagne en el buffet del teatro, al mismo tiempo que M. Cibrie, presidente del Sindicato de médicos del Sena y también el deca-

no de la Facultad, en nombre de los médicos de París, bebían por la unión de los médicos de Francia y por su colaboración asidua con los médicos catalanes, colaboración que debe cimentar más todavía la visita que han sido invitados á hacer el año próximo á Barcelona.

G. V.

Sobre la reforma de los Manicomios españoles

POR EL

DR. EULOGIO GARCÍA DE LA PIÑERA

Subdirector del Manicomio de Varones, de Ciempozuelos.

El asunto de los Manicomios es cosa que en estos momentos absorbe la atención de la clase médica y mucho de la profana; no sólo en la prensa profesional, sino en la diaria se han ocupado extensamente de ellos, y tanto en una como en otra procurando hacer resaltar los defectos de cada uno, y lo que es más lastimoso, midiéndolos á todos con el mismo rasero y aún ilustrándolos con fotografías, que si bien denotan el mal estado de aquellos establecimientos en que fueran obtenidas, no por eso hemos de estar conformes en que sirvan de muestrario para los demás.

Al mismo tiempo es de observar en dichos artículos publicados por los dignísimos compañeros, todos ellos competetísimos en la especialidad, un cierto apasionamiento individualizado con tendencias ya á la exaltación ó al menoscabo de la clase, que á nada práctico conduce más que á que se crea, como ya sucede por cierta parte del público, hay verdadera envidia y desunión entre nosotros, y continuando así ningún fin práctico conseguiremos, puesto que no creo tratemos de concursar nuestro grado de ciencia ante el público, que cada uno tendrá la que Dios le ha dado, y con esto no se reforman los Manicomios ni los enfermos mejoran de condición, y si en cambio cuando éstas revistas sean leídas, tanto en España como en el extranjero, sucederá que si mal concepto se ha tenido siempre de estos establecimientos, antiguas *casas de locos*, y del modo de tratarlos, lejos de hacer reaccionar en el sentido favorable en que estas casas funcionan hoy, y no tengo inconveniente en poner esta por modelo, la gente seguirá pensando, porque así lo dicen, que estos establecimientos siguen siendo *almacenes de locos*, frase con que le bautiza un compañero en uno de sus artículos, y no es así; se ha llegado á decir que para aprender Psiquiatría hay que ir al extranjero, y es verdaderamente lastimoso que esto se diga en donde actualmente hay un número no pequeño de especialistas que, si bien aprenderían mucho en el extranjero, mucho también aprendieron aquí: con una buena voluntad, buenas obras, y enfermos, no creo sea muy preciso ir al

PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

extranjero para estudiar, máxime cuando para ello se ha de dominar con perfección el idioma y conocer perfectamente las costumbres y medios de vida del sitio en que se practique. Se ha hablado de reformas, de formar cuerpos de especialistas, y ni aun en esto hay conformidad; cada uno opina de un modo, y por este camino á nada práctico conduce: á establecer enconos personales y á que una especialidad de la importancia de la psiquiatría, en vez de unirse todos los que á ella se dedican para enaltecerla y darle la importancia que se merece, aparezca ante la opinión descarnada y sin que nadie fije un rumbo decisivo.

Yo ruego á mis dignos compañeros que vean la manera de unificarse formando un grupo que pueda ir haciendo especialmente las reformas que crean oportunas, que se giren visitas á los Manicomios, haciéndoles ver á los que lo rigen los defectos á corregir, teniendo siempre en cuenta que el personal facultativo de esos establecimientos generalmente son verdaderos mártires de su deber, sacrificándose en cuerpo y alma para normalizar los defectos y vicios antiguos, tropezando siempre con las dificultades insuperables de la parte administrativa en cuanto á establecimientos oficiales se refiere, así como del escaso presupuesto para ellos consignado por el Estado; unidos todos, solicitar de los Poderes públicos las reformas de dichos establecimientos precisamente por ser los oficiales los que en peores condiciones están, véase como muestra el de Leganés. Procurar dar publicidad á cuantos medios de investigación y experiencias sean practicados así como á trabajos anatomo-patológicos y medios de tratamiento, hacer entre todos prensa de psiquiatría, celebrar una asamblea con cierta periodicidad donde de palabra pueda discutirse cuanto á la especialidad se refiere.

Antes de dar fin á este pequeño trabajo he de llamar nuevamente la atención sobre un punto esencialísimo ya tratado por el Dr. Fernández Victorio referente á la modificación que ha de sufrir lo legislado sobre manicomios, y en particular en cuanto se refiere á la intervención del Juzgado en la incapacidad y expediente de reclusión definitiva de los enfermos, dándose el caso harto frecuente de que los enfermos sometidos á una larga observación por parte de los médicos de los Frenocomios, sobre todo en aquellas formas en que necesitan largo tiempo de estudios para definir el diagnóstico y considerar al individuo útil ó incapaz para su vida en familia y sociedad, la observación queda desvirtuada en la visita que en cinco minutos le hace el forense, la mayor parte de las veces no especializado, y cuyo diagnóstico es el que le sirve al juez para decidir.

No creo sea esto lógico: que el que lleva muchos años tratando enfermos de esta clase y observándoles continuamente vea en un momento determinado rebatido todo su trabajo sin que para ello preceda la menor

discusión; los que á esta clase de estudios y enfermos se dedican saben cuánto trabajo y cuánto tiempo cuesta hacer un diagnóstico en cierta clase de enfermos y las dudas que muchas veces nos dominan antes de hacer un certificado en definitiva.

Para subsanar estos errores es para lo que yo solicito el concurso de una comisión de especialistas que con su dictamen razonado eleven una ponencia solicitando la reforma de dicho articulado de la ley.

Por mi parte, y ya mis compañeros los Dres. Fernández Victorio y González Pinto lo han dicho, de par en par están abiertas las puertas de esta casa para cuantos quieran visitarla y así verán cómo es y cómo se trabaja en ella, en donde el personal facultativo pone todo su celo y entusiasmo procurando que todo marche en conformidad con las modernas teorías y conservando las enseñanzas sabias de nuestros antecesores y en donde el enfermo, aparte del consuelo material que nosotros pudiéramos darle, encuentra el afecto moral que la caridad cristiana de los Hermanos de San Juan de Dios, encargados de su asistencia, les da, y al mismo tiempo que ellos pueden ver el enorme material científico que aquí tenemos, difícil de ver en la clínica particular; nosotros podremos aprender algo de cuantos conocimientos hayan adquirido en sus largas horas de estudio y laboratorio, y de esa manera, todos unidos á un mismo fin, el de ilustrarnos unos á otros, hacer que nuestra especialidad tenga la importancia y preponderancia á que es acreedora.

Necrología

EL PROFESOR G. GALEOTTI

El día 22 del pasado mes de Abril falleció en Nápoles el catedrático de Patología general de aquella Facultad de Medicina, Gino Galeotti, antiguo discípulo y colaborador del profesor Lustig, de Florencia, y universalmente estimado en el mundo científico por sus trabajos sobre los nucleoproteidos bactericos y en particular el del germen de la peste bubónica. Desaparece el profesor Galeotti en plena virilidad, á los cincuenta y dos años de edad, después de haber prestado servicios eminentes durante la guerra á su país y á la Sanidad pública y de haber creado una escuela de investigadores de primer orden, que sabrán continuar la obra iniciada por el maestro.

EL SIGLO MÉDICO se asocia cordialmente al duelo de la Ciencia y de la Universidad italiana.

G. P.

CARBOLAN

Pelrd's C.^o, New-York.

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

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

CIENCIA AMERICANA

En el mes pasado murió en Lima el Dr. Ernesto Odriozola, decano de la Facultad de Medicina del Perú.

La personalidad científica de este médico ilustre era muy conocida entre nosotros también, en virtud de la fecunda actividad del sabio maestro.

En Francia estudió al lado de Letulle.

En la Facultad de Lima comenzó haciéndose anatomista y ha terminado como catedrático de Clínica Médica.

Las lecciones clínicas de Odriozola se consideran en el Perú como una sabia prolongación de las famosas lecciones de los Trousseaux y Dieulafoy, en Francia.

Desde 1904, fecha en que fué nombrado profesor de Clínica Médica, hasta el año pasado, el Dr. Odriozola en su clínica del Hospital educó muchas generaciones de médicos.

Dedicado como pocos al estudio de las enfermedades tropicales, ya que en el centro donde actuaba era propicio para este capítulo de la Nosografía americana, el Dr. Odriozola era una autoridad en la materia.

En 1899 publicó su interesante trabajo sobre la «Verruga peruana» ó «Enfermedad de Carrión», que constituye una verdadera labor contributiva al conocimiento de esta terrible enfermedad.

Otros aspectos de la patología tropical han sido estudiados clínicamente por Odriozola en forma maestra.

Su autoridad profesional y científica, en el decanato de la Facultad de San Fernando, de Lima, dieron gran esplendor á la escuela médica peruana.

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

La última sesión celebrada por esta Sociedad que presidió el Dr. Fernández Caro, no desmereció de las anteriores. Los temas de higiene de la raza, enseñanza, magisterio, coeducación, anormalidad, feminismo, laicismo, obligatoriedad, prostitución, etc., siempre despiertan interés, y si los que tratan estos asuntos y sus derivaciones saben darles amenidad, las sesiones resultan de utilidad incontestable para el numeroso público que acude á ellas.

Ya en el Senado se ha hecho eco de estas sesiones y el Sr. Fatás ha tenido frases encomiásticas para ellas con motivo de la discusión del paludismo y medidas propuestas para su extinción.

Los Sres. Bascuñana, Franco, Yagüe y Villarejo fueron aplaudidos y su intervención celebrada.

En la próxima sesión se ocupará el Sr. Mafiueco del nuevo matadero y en este tema hablarán también personalidades de gran competencia y que conocen bien estos asuntos.

Las sesiones de esta Sociedad son cada día más interesantes. Al presidente Dr. Fernández Caro se debe ese milagro. La última celebrada revistió un interés extraordinario; verdad es que el asunto se prestaba.

El abasto de carnes, la construcción del nuevo Matadero, la inspección de carnes, la utilización de las enfermas, el aprovechamiento industrial de las inservibles y los seguros de reses, son los temas que trató el Dr. Mafiueco como primera parte de una magistral conferencia que continuará en sesiones sucesivas. Hizo grandes elogios del nuevo Matadero, del cual dijo que honra á Madrid, y abogó calurosamente porque su organización responda al sacrificio que hace el

pueblo de Madrid al construir un Matadero y mercados dignos de él.

El Sr. García Izcarra felicitó efusivamente al Dr. Mafiueco y dijo que la veterinaria española ha contraído con él una deuda de gratitud, porque en el libro publicado por el doctor Mafiueco «Desde Berlín, Carnes y Mataderos», ha encontrado un rico manantial de enseñanzas, tanto más de agradecer, cuanto que á ello no le ha impulsado más que el fin altruista y desinteresado de favorecer la cultura higiénica en nuestro país.

El Sr. Lasbennes, con su competencia habitual, alabó como se merece el nuevo Matadero, y después de un comentario histórico del P. Redondo, empezó el Sr. García Izcarra una interesantísima exposición acerca del problema de la inspección de carnes, que no pudo terminar por haber transcurrido las horas reglamentarias y que continuará en la sesión próxima.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

Inspección general de Sanidad.

CIRCULAR

Terminado en el día de ayer el plazo de la convocatoria inserta en la *Gaceta* del día 23 de Febrero último, para tomar parte en las oposiciones á siete plazas de médicos reconocedores adscritos al servicio de profilaxis pública en Madrid de las enfermedades venéreo-sifilíticas, y dos más con destino al Laboratorio que ha de funcionar anejo al Dispensario antivenéreo,

Esta Inspección general ha tenido á bien disponer:

1.º Que el Tribunal que ha de juzgar dichas oposiciones esté constituido en la forma siguiente, conforme á lo prevenido en la Real orden de 17 de Junio de 1918:

Presidente, el inspector provincial de Sanidad de Madrid.

Vocales: D. Fernando Castelo, médico jefe del hospital de San Juan de Dios; D. José Sánchez Covisa, médico especialista; D. José Quintana Duque, médico militar especialista; D. Antonio Ruiz Falcó, médico jefe de la sección del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

Y en concepto de suplentes: D. Enrique Sáinz de Aja, médico especialista; D. Eleuterio Mafiueco, médico de Sanidad de la Armada, especialista, y D. Julio Blanco Sánchez, médico dedicado al Laboratorio.

2.º Que dicho Tribunal se reúna en este Centro el día 20 de los corrientes, á las seis de la tarde, para hacerse cargo de los expedientes de los aspirantes y proceder á su revisión, publicando seguidamente en el tablón de anuncios la lista de los admitidos y señalarles la hora y día en que se ha de verificar el sorteo que ha de determinar el orden de su actuación en estas oposiciones; y

3.º Que los ejercicios den comienzo al día siguiente del referido sorteo, en el sitio y hora que el propio Tribunal designe.

Madrid, 16 de Abril de 1921.—El inspector general, Manuel M. Salazar. (*Gaceta* del 17 de Abril.)

REAL ORDEN

Convocado por esa Inspección general de Sanidad en 11 del corriente, á virtud de Real orden de la misma fecha, concurso-oposición para proveer una plaza de mecánico conservador, vacante en el Parque Central de Sanidad del Instituto de Higiene de Alfonso XIII entre el personal de menor categoría de dicho Centro y la resulta de este concurso entre personas que justifiquen servicios sanitarios, y designadas en dicha convocatoria las condiciones que deben reunir los concursantes, así como el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios, conforme á lo dispuesto en el artículo 43 del Real decreto de 3 de Octubre de 1916, los señores que lo componen, alegando sus múltiples ocupaciones, suplican puedan ser

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á razón de UN gramo
por día, fortifica, calma la sed y evita las
complicaciones diabéticas.

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

sustituídos en las funciones propias del Tribunal por otros funcionarios sanitarios, y en atención á las razones expuestas,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien acceder á lo solicitado, y que, como sustitutos de los que en el expresado Real decreto se mencionan, sean designados para formar el Tribunal D. Víctor M.^a Cortezo, Jefe de la Sección del Parque, como presidente, y como vocales, D. Victorino Serrano Lafuente, ayudante técnico del mismo, y D. Antonio Ortiz de Landazuri, ayudante de la Brigada Sanitaria Central.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos que se indican. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 26 de Abril de 1921.—*Bugallal*.—Señor Inspector general de Sanidad.—(*Gaceta* 27 Abril.)

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Vacantes cinco plazas de médicos del Cuerpo de Sanidad exterior, con la categoría de oficiales segundos de Administración civil y haber anual de 4.000 pesetas y correspondiendo, según dispone el art. 15 del vigente Reglamento de dicho Cuerpo, que su provisión se efectúe mediante oposición pública,

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

1.º Que se convoque á oposiciones para el ingreso en el Cuerpo médico de Sanidad exterior debiendo comenzar los ejercicios el día 15 de Octubre del año corriente.

2.º Que por virtud de estas oposiciones podrán ser provistas solamente las citadas vacantes y aquellas otras que se declaren afectas á las oposiciones hasta el día de su terminación.

3.º Que dichas oposiciones se efectúen con sujeción á lo que determine el Reglamento y programa que, autorizados por esa Inspección general, se insertarán en la *Gaceta de Madrid*.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 11 de Abril de 1921.—*Bugallal*.—Señor Inspector general de Sanidad.

El Reglamento y programa para las oposiciones á ingreso en este Cuerpo fueron publicados en la *Gaceta* de 20 de Abril de 1921 en que se insertó la anterior Real orden.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,5; ídem mínima, 700,8; temperatura máxima, 22°,3; ídem mínima, 6°,9; vientos dominantes, NNE. SSE.

En la presente semana se nota un aumento ligero afortunadamente de los casos de fiebre tifoidea. Predominan también algo las afecciones broncopulmonares que con frecuencia van acompañadas de afecciones laríngeas benignas, pero rebeldes.

La salud de los niños no se ve de momento amenazada por epidemia alguna, siendo contadísimos los casos de fiebres eruptivas.

Mortalidad de Madrid en Abril de 1921 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Marzo de 1921.
Menores de 1 año.....	216	200
De 1 á 4 años.....	212	147
De 5 á 19.....	116	1
De 20 á 39.....	196	188
De 40 á 59.....	254	263
De 60 en adelante.....	376	347
Sin clasificación.....	1	4
TOTAL.....	1.371	1.249

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Marzo de 1921.
Fiebre tifoidea.....	15	6
Tifus exantemático.....	4	1
Viruela.....	8	1
Sarampión.....	19	1
Escarlatina.....	1	3
Coqueluche.....	20	2
Difteria.....	8	13
Gripe.....	30	37
Otras epidémicas.....	3	1
Tuberculosis pulmonar.....	149	136
Idem meningea.....	19	19
Otras tuberculosis.....	26	21
Cancerosas.....	61	59
Meningitis.....	94	62
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	79	58
Orgánicas del corazón.....	88	94
Bronquitis aguda.....	86	77
Idem crónica.....	40	40
Pulmonía.....	31	33
Broncopneumonía y otras.....	143	146
Enteritis (menores de dos años).....	49	45
Apendicitis y tifitis.....	3	3
Hernias y obstrucciones.....	15	13
Cirrosis hepática.....	10	18
Nefritis.....	47	39
Septicemia puerperal.....	4	8
Debilidad congénita y vicios de formación.....	40	48
Senectud.....	38	34
Otras enfermedades.....	241	233
TOTAL.....	1.371	1.249

Varones.....	619
Hembras.....	630
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	45,70
Idem íd. en Abril de 1921.....	41,63
Idem íd. en Marzo de 1921.....	43,32

Observaciones.

La mortalidad de Abril que en los primeros días fué levemente mayor que en Marzo, mejoró pronto descendiendo en 96 unidades la totalidad del mes, comparada con la del precedente.

La fiebre tifoidea bajó á menos de la mitad del promedio de este mes en los cinco últimos años.

La escarlatina que en Marzo produjo siete defunciones, sólo ha causado tres.

Acusan un pequeño aumento la difteria, la gripe y las infecciones puerperales.

Fueron diagnosticadas de meningitis cerebroespinal sin otra indicación, dos hembras de treinta y nueve y doce años, en las calles de Alarcón y Hortaleza, respectivamente.

Mayo empieza con una mortalidad aun más reducida.

Los nacidos vivos registrados han sido 1.548.

LUIS LASBENNES.

Crónicas.

El profesor Paz Soldán en Madrid.—Desde hace algún tiempo se encuentra en Madrid el ilustre Dr. Carlos Enrique Paz Soldán, catedrático de Higiene en la Universidad

PEÑACASTILLO

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

Director: DR. MORALES. — Santander.

de Lima, á quien por sus brillantes trabajos publicados en **EL SIGLO MÉDICO**, conocen nuestros lectores.

La figura del insigne camarada peruano es doblemente simpática para nosotros por ser hombre de gran cultura y un paniberista, sobre todo en los trabajos científicos.

En el escaso tiempo que lleva en Madrid ha pronunciado dos notables conferencias: una en el Ateneo sobre «El deber de la raza en la presente hora mundial y papel que debe desempeñar la medicina social» que puede caracterizarse por su fondo sociológico y por los anhelos de unión entre España y las repúblicas hispanoamericanas á la consecución del progreso en las esferas médicas, y la segunda, pronunciada en forma de lección en la Cátedra de Higiene de la Facultad de San Carlos, y que tuvo por tema «Las fórmulas endemoepidemiológicas y de salubricación en epidemiología y su importancia metodológica».

En ambas peroraciones mostró la cultura de que es poseedor, el conocimiento de la ciencia á que se dedica especialmente, y una gran preparación de lo que significan en España los problemas de Higiene pública.

Reciba el ilustre profesor nuestra bienvenida.

Asamblea Nacional de Practicantes.—Durante los días 17 al 20 del corriente mes de Mayo, se ha celebrado en el Fomento de las Artes la cuarta Asamblea Nacional de Practicantes.

Aún desconocemos las conclusiones de esta asamblea que terminó ayer, pero por las noticias que se conocen hasta la fecha, el número de asistentes es de 400, y que los temas de mayor importancia tratados han sido: Reforma de la carrera y ampliación de estudios, creación del Cuerpo de Practicantes militares, colegiación forzosa y constitución de un Montepío y de un Comité Central.

En la primera sesión, abierta por el presidente del Colegio de Madrid y de la comisión organizadora de la Asamblea, D. Pascual Terrero, hizo uso de la palabra el presidente de honor, D. Luis Ortega Morejón, quien encareció la importancia del acto y expuso los puntos de mira de los asambleístas, á los que saludó, siendo repetidamente aplaudido.

Constituida la mesa de edad, se procedió á la designación, por aclamación, de la mesa definitiva, que quedó constituida por los señores siguientes:

Presidente, D. Fernando Ceballos, de Cádiz; vicepresidentes, D. Luis Hernández, de Zaragoza, y D. Ramón Soler, de Alicante; secretarios, D. Leonardo Sanchez, de Madrid, y D. Enrique Marzo, de Valencia; y vicesecretarios, D. Alberto Varela, de El Ferrol, y D. José Ortiz Ballesteros, de Sevilla.

Se discutió y aprobó el reglamento de orden interior de la Asamblea, y se nombró la ponencia que ha de estudiar las enmiendas presentadas á los temas de la Asamblea, en la que están representados 44 Colegios.

Laboratorio de análisis clínicos.—En estas mismas columnas publicamos recientemente la triste noticia del fallecimiento del ilustre y malogrado Dr. Escudé. Hoy se nos comunica que al frente de su laboratorio han quedado los doctores Ripollés y Romano.

Deseamos á estos compañeros el mismo acierto en sus trabajos que alcanzó su antecesor el Dr. Escudé.

En honor de un químico ilustre.—En Einbeck (Alemania) se ha erigido un gran monumento sobre la tumba de F. Settuerner, por ser este químico quien en el año 1816 dió á conocer los caracteres de identificación de la morfina, y demostró su naturaleza básica y sus efectos tóxicos.

Fué, pues, este insigne químico quien aisló realmente la morfina, pues si bien Derosne la había aislado en 1803, consta que la confundió entonces con la narcotina.

Cuando Settuerner realizó tan notable descubrimiento era dependiente de una farmacia en Einbeck, y, al terminar

su carrera de farmacéutico en tales condiciones, se estableció en Hamech.

Hernando y Marañón. Manual de Medicina interna.—Se ha publicado el fascículo segundo del tomo tercero de esta importante obra. Los poseedores de vales para recogerlo, pueden dirigirse á los editores Ruiz Hermanos, plaza de Santa Ana, 13, Madrid, remitiendo el vale y acompañando, en sellos, 1 peseta para el envío por el correo.

El Dr. Rodrigo Lavín, decano de la Facultad de Cádiz.—La *Gaceta* correspondiente al día 7 de Mayo publicó la Real orden del Ministerio de Instrucción Pública, en virtud de la cual quedó aprobada la propuesta unánime del claustro de la Facultad de Medicina de Cádiz, en que se designaba para decano de la mencionada Facultad al catedrático D. Leonardo Rodrigo Lavín.

Nuestra enhorabuena.

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. GIRAL

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

SUERO ANTINEURASTÉNICO García Suárez.

En todos los casos de enfermedades consuntivas ó agotamiento de energías mentales ó corporales sus resultados son sorprendentes. Se preparan en ampollas de 1, 2 y 5 c. c.

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.



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

SOLUCIÓN BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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

TRIDIGESTINE Granulada DALLOZ

El más activo de los Polidigestivos

Dispepsias gastro-intestinales por insuficiencia secretoria.

Muestras: DALLOZ Y C^o, 13, Boul^e de la Chapelle, PARIS.