

EL SIGLO MÉDICO

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

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO 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. MARAÑON Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	G. RODRIGUEZ 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: Nueve casos de epilepsia esencial tratados, durante más de tres años, por el luminal, por el Dr. César Juarros.—Intensa neuritis óptica intraocular ó papilitis con amaurosis total, monolateral, por el Dr. D. Manuel Marín Amat.—Eczemas de origen interno papulovesiculillares y piodermitis asociada ó consecutiva, por el Dr. Sicilia.—Indicaciones de la radioterapia profunda, por el Dr. Julián Ratera.—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.—Sobre la reforma de los manicomios españoles, por el Dr. Eulogio García de la Piñera.—Asamblea de Colegio Médicos de Salamanca, Cáceres y Badajoz.—**Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesáido.—Sociedad Española de Higiene.—**Sección oficial.—Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partidos.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Nueve casos de epilepsia esencial tratados, durante más de tres años, por el luminal

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

Profesor de Psiquiatría en la Academia de Sanidad Militar. Profesor de Psiquiatría forense en el Instituto Español Criminológico. Jefe del servicio de Neurología del Hospital Militar de Urgencia (Madrid).

La epilepsia esencial no tenía, hasta hace años, otro tratamiento médico que los bromuros. El problema se planteaba dentro de un ambiente de singular sencillez. Crisis convulsiva = bromuros, y con tal fórmula, consideraba el práctico haber llegado á la meta de sus aspiraciones posibles.

El bromuro no es, sin embargo, un tratamiento de la epilepsia, y sí sólo un síntoma de ella. Legrand du Saulle dijo, hace ya largos años, que el bromuro es únicamente «el bozal de la epilepsia».

Pero el medicamento no carece de inconvenientes, entorpece las funciones intelectuales, disminuye la lucidez mental, produce erupciones y su efecto cesa en cuanto se deja de administrar.

A falta de otro recurso los médicos seguían recurriendo al remedio que hiperbólicamente llegó á denominarse específico.

El asociar la bromuración á un régimen declorura-

do, idea de Toulouse y Richet (1), sirvió para entronizar de modo que parecía definitivo al remedio. Fué entonces su apoteosis. Chevaunes (2) y Mirallie (3), llegaron á la conclusión de que mejoran el 75 por 100 de los epilépticos.

Sin embargo, no faltaron especialistas que alzarán su voz contra las estridentes exageraciones. Y Courmont y Cremieu (4) describen el caso de un enfermo tratado por la decloruración y el bromuro potásico, que á los quince días presenta un síndrome de confusión mental alucinatorio, que no cesa hasta los diez días de haber vuelto á tomar cloruros; y Lundborg (5) publica un trabajo haciendo constar que el método Toulouse-Richet da lugar frecuentemente á accidentes distintos del bromismo habitual y consistentes, sobre todo, en debilidad física y falta de resistencia á las infecciones.

Por mi parte, y dentro de mi modesta esfera de acción (6), me sumé al movimiento opuesto á la ciega exaltación de los pretendidos beneficios del bromuro.

Actualmente las cosas cambiaron. Ya no es el bromuro el medicamento exclusivo. El arsenal terapéutico se ha enriquecido. Disputan al recurso clásico su hegemonía, el luminal, el tartrato bórico-potásico (7), la opoterapia tiroidea, tan calurosamente defendida por Claude (8) y E. Gelma (9), las sales de calcio (10) y la crotalina (11), que han realizado brillantes pruebas.

Algunos prácticos, no resignándose á renunciar al ocnoín del bromuro, asocian á él medicamentos de

los de nuevo cuño, como hace, por ejemplo, Redlich (12) con el luminal.

Aun así no se logra volver el bromuro á su pasado esplendor. Los prácticos van sustituyéndole por alguno de los medicamentos antes citados, mientras ponen sus ilusiones en nuevos cauces preñados de esperanzas.

Claro que todavía cuentan los bromuros con paladines apasionados que, como Mirallie (13), aseguran que con el método Toulouse-Richet mejoran casi todos los casos; pero el porvenir triunfador se espera ahora ó del empleo de las neurotoxinas (14), que como ha sistematizado Paul Guiraud, parecen gozar de acción vacunadora: veneno de la cobra, virus rábico, vacuna antitetánica; ó de la la colesiterina por vía intravenosa (15); ó de la seroterapia (16); ó de la hipótesis del *choc* proteico (17) que admitiendo un estado de hipersensibilidad de las células corticales permite prever como futuro tratamiento de la epilepsia esencial, una serie de *chocs* proteicos atenuados y repetidos.

Ahora bien; puestos á escoger, ¿por qué medicamento debemos sustituir al bromuro? En mi sentir, por el luminal, en los *momentos actuales*.

Empecé yo á usarlo hace siete años (18), bajo la sugestión de la tesis de Pecheux (19). Los primeros casos me hicieron formar juicio totalmente equivocado, en sentido desfavorable, por haber dado la casualidad que de los doce primeros casos tratados observara en cuatro complicaciones. Una más amplia experiencia me obliga á rectificar. En la actualidad mi estadística comprende 46 casos y las deducciones obtenidas consignadas están en un artículo reciente (20).

¿Cuáles son las ventajas del luminal? Estas:

a) Disminuir el número de crisis convulsivas en el 85 por 100 de los casos (21).

b) Mejorar la irritabilidad propia de estos enfermos (22).

c) Mejorar el estado general y peso de los epilépticos (23).

¿Y los inconvenientes?

a) Fenómenos de intolerancia: edemas, urticaria, albuminuria, vértigos, fenómenos de excitación (24).

b) El que si después de haber estado empleando el luminal se suspende éste é intenta dar bromuro, se necesitan dosis mucho mayores de las ordinarias.

c) Que no es un tratamiento de la epilepsia (25) y si sólo de un síntoma de ella, siquiera sea de los de mayor relieve.

Los signos de intolerancia *suelen* ceder, continuando la administración del medicamento ó poniendo al enfermo á dieta láctea en los casos de edemas y albuminuria.

Y ya con estos antecedentes, con decir que siempre someto á los epilépticos á un régimen lacto-vegetariano severo, podemos proceder á exponer los nueve casos que me ha sido posible observar durante más de tres años.

Observación 1.^a—E. B., casado; treinta años de edad, corredor de comercio. Epiléptico desde los diez años, tres accesos semanales por término medio.

Ha tomado bromuro «á chorro libre». Durante al-

gunas temporadas hasta siete y ocho gramos diarios, con acné y gran entorpecimiento mental. Lo más que logró es estar quince días sin ataques una vez; pero en general sólo conseguía reducirlos á uno por semana. Empiezo á darle un tabloide de 0,10 de luminal el 9 de Octubre de 1915 al acostarse, régimen lacto-vegetariano severo. Los accesos desaparecen y el enfermo reduce la toma á dos tabloides semanales. Los accesos no se presentan ya sino de tarde en tarde, cuando el enfermo se da un atracón—es muy comedor—ó recibe alguna impresión violenta. Así sigue hasta el 5 de Abril de 1919 en que dejo de verle, por marchar á instalarse á Barcelona.

Observación 2.^a—C. R., veintidós años, soltera, vive con sus padres que tienen buena posición. Menstruación aparecida sin contratiempo alguno á los trece años. Tuvo desde niña carácter acentuadamente epiléptico; pero las crisis convulsivas no aparecieron hasta el 9 de Julio del año 1916, con motivo de unas relaciones amorosas muy accidentadas. Soy encargado de su asistencia al tercer ataque, y logro hacerlos desaparecer en ocho días con el régimen lacto-vegetariano y un tabloide diario de 0,10 de luminal.

De Julio del 16 á Enero del 18, permanece sin ataques, y por tanto, sin tomar luminal. En Enero del 18, disgustos de familia y nueva serie de accesos. Tres diarios. Me veo obligado á dar diariamente dos tabloides de 0,30, pues con dosis inferiores sólo consigo hacer más breves las crisis. No ha vuelto á tener ataque alguno, continuando á régimen lacto-vegetariano, tomando á temporadas fermentos lácticos.

Observación 3.^a—M. L., treinta años, casado, empleado; desde niño viene presentando crisis epilépticas; apenas sufre la más pequeña alteración sus funciones digestivas, vistas por diversos especialistas de estómago, diagnostican una perfecta normalidad habitual; pero sin causa alguna aparente de vez en cuando lengua saburrosa, náuseas y diarrea, y á continuación cinco ó seis días dos ó tres accesos en cada veinticuatro horas. Los purgantes, la dieta, las aguas alcalinas no detienen la aparición de los ataques. El bromuro y sólo á la dosis de 8 gramos consigue reducir á uno el número de aquellos, y que el fenómeno morboso no se presente durante dos ó tres días. Con el luminal no se alcanza al principio mucho más; pero luego, tomándolo en el momento de iniciarse los trastornos gástricos, se evita la aparición de las convulsiones.

Hecha la prueba de no tomar el luminal, los ataques se presentan como siempre.

Este enfermo le he seguido de cerca, desde 2 de Agosto de 1916 á 31 de Julio de 1920.

Observación 4.^a—M. A., treinta y nueve años, sastre, soltero. Epiléptico de toda la vida, con ligera decadencia mental. Se libró del servicio de las armas por epiléptico. Ha tomado dosis enormes de bromuro. A temporadas, método de Toulouse-Richet. Acné, y con frecuencia, síntomas de intolerancia que le obliga á interrumpir su uso. En cuanto pasa una semana sin él vuelven los ataques, llegando á diez y doce en los ocho días.

Empiezo á verlo en Febrero del año 17: con dosis de 0,30 al día, sólo alcanzo á tenerle sin ataques mientras lo toma; tres ó cuatro días sin el medicamento, causa invariablemente la vuelta de las convulsiones. Y así continúa.

Observación 5.ª.—C. S. J., veintiún años, soltera. Menstruación normal á los doce años. Ataques desde muy pequeña, pero sin regla fija, á veces tres en una semana; á veces veinte días sin ninguno. Se cansa del bromuro, y al oír que no hay otro medicamento, acude a mí por si supiera de alguno. Dosis de 0,20 cada tres días y régimen lactovegetariano, logran que desde Abril de 1917 hasta el momento actual, sólo haya sufrido nueve ataques.

Observación 6.ª.—J. G., veinticuatro años, rentista. Epiléptico con crisis convulsivas desde los doce años. Gran debilidad mental, impulsos; tres veces episodios de delirio onírico. Ataques casi diarios. Se habla por la familia de incapacitación. El bromuro con decoloración á dosis de 8 gramos, le entontece y apenas si retrasa la crisis. Luminal desde Junio de 1917, consiguiéndose disminuirlas, pero sólo á dosis de 0,40, á una semanal. En tres ocasiones albuminuria, obligando á imponer una dieta láctea rigurosa.

Apenas se suspende el luminal, crece el número de ataques, que llegan á ser de dos por día. En este *ten con ten*, voy sosteniéndolo; con el luminal mejora el estado general y el psíquico.

Observación 7.ª.—V. S., treinta y cuatro años, comerciante, viudo. Ataques desde los diez años. Ha tomado bromuro y con él eran 10 ó 12 los ataques mensuales. En Noviembre de 1917 empieza por dos tabloides de 0,20 de luminal, uno por la mañana y otro por la tarde, y al mes de tratamiento desaparecen los ataques, que no han vuelto. Desde hace un año continúa con régimen lactovegetariano y fermentos lácticos, pero sin ataques, verdad que cuando se siente excitado, lo que le ocurre con frecuencia, toma un tabloide de 0,30.

Observación 8.ª.—L. G., veintitrés años, soltero, industrial. Epiléptico convulsivante desde niño. Insuficiencia hepática, indoxiluria. Ataques de tarde en tarde. Los bromuros no logran mejoría alguna. El luminal asociado al régimen lactovegetariano y la opoterapia hepática cortan radicalmente las crisis convulsivas. Desde Enero de 1918 sin ataques, pero continúa con su régimen y la opoterapia.

Observación 9.ª.—E. C., veintiséis años. Empezó á estudiar Derecho, pero hubo de abandonarlo á consecuencia de los ataques. El bromuro con decoloración no hace sino que pase algún día sin darle. En Abril de 1918 empezó con el luminal; desde el principio me veo obligado á utilizar dosis de 0,40. Mejora el estado psíquico y los ataques se reducen á seis ó siete por mes, no pudiendo hacer ya más favorable la proporción.

En síntesis puedo deducir de mi experiencia consignada en éste y en otro artículo anterior (18), que *el luminal sin poder aspirar al carácter de medicamento específico, es hoy por hoy el de elección, superior desde luego al bromuro potásico.*

ÍNDICE ALFABÉTICO DEL ARTÍCULO

- 1) Toulouse y Richet.—*Comp. rend de l'Academ. des Sciences*, 20-11-1899.
 - 2) Chevannes.—*Th. de Paris*, 1917.
 - 3) C. Mirallie.—*La Clinique*, núm. 2, 1913.
 - 4) J. Courmont y Cremieu.—*Lyon med.*, pág. 1.373, 1908.
 - 5) Lundborg.—*Archiv für Psychiatrie*, fasc. 2 y 3, 1908.
 - 6) César Juarros.—*Revista de Sanidad Militar*, números 11 y 12, 1909; *Revista Clínica de Madrid*, núm. 13, 1914.
 - 7) P. Marie, Crouzon y Bouttier.—*Congrés de Strasbourg*, 1920.
 - 8) Claude.—*La Clinique*, 26 Abril, 1912.
 - 9) E. Gelma.—*Revue de Medecine*, núm. 1, 1913.
 - 10) John Bryan.—*Il Policlinico*, núm. 15, 1915.
 - 11) Fackheim.—*Munchener Medizinische Wochenschrift*, núm. 35, 1911.
 - 12) E. Redlich.—*Wiener Medizinische Wochenschrift*, 19-6 1920.
 - 13) Ch. Mirallie.—*Bull. de l'Acad. de Med.*, núm 13, 1919.
 - 14) P. Guiraud.—*Paris médical*, núm. 40, 1918.
 - 15) A. Stocker.—*Bull. et Mem. de la Soc. de Neurol. de Jassy*, núm. 1, 1919.
 - 16) William Held.—*Neurologisches Centralblatt*, núm. 18, 1920.
 - 17) M. Dide y P. Guiraud.—*Acad. Roy. de Med. de Belgique*, 1920.
 - 18) César Juarros.—*Anales de la Academia Médico-Quirúrgica*, entrega 3.ª, 1914.
 - 19) Pecheux.—*Th. de Lille*, 1813.
 - 20) César Juarros.—*La Medicina Ibero*, núm. 184, 1921.
 - 21) Grimberg.—*Medical Record*, pág. 852, 1917.
 - 22) A. Friedlander.—*Therap. Monatsh.*, Dezember, 1919.
 - 23) Hebold.—*Allg. Ztschr. f. Psych.*, Heft 4/5 LXXV.
 - 24) G. Maillard.—*L'Encephale*, núm. 7, 1920.
 - 25) Hauptmann.—*Münchener med. Woch.*, núm. 46, 1919.
- XIX V-XXI.

Intensa neuritis óptica intraocular ó papilitis con amaurosis total, monolateral.

CURACIÓN RÁPIDA POR LAS INYECCIONES PARENTERALES DE LECHE ESTERILIZADA

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT,

Oculista del Hospital provincial de Almería,
Académico corresponsal de la Real y Nacional de Medicina.

Esta afección ocular desde muchos puntos de vista interesante, va á ser estudiada bajo un solo aspecto: el del tratamiento.

Actualmente disponemos en terapéutica ocular y general, de una poderosa y reciente medicación, que poco á poco, como las grandes adquisiciones científicas, se va abriendo camino, sin hacer rodeos ni paradas en su marcha triunfal, y que está llamada á prestar inmensos beneficios á la Medicina: me refiero á las inyecciones parenterales de leche esterilizada, las que desde hace tres años preocupan preferentemente nuestra atención y de las que ya nos hemos ocupado repetidas veces (1).

(1) «La leche de cabra esterilizada en terapéutica ocular», Con-

Ellas son el motivo de la publicación de este caso clínico. Mas antes exponremos algunas ideas generales, muy concisas y abreviadas, acerca de su *modo de acción*, para después ocuparnos de las *indicaciones*, cuestiones ambas del más alto interés práctico; pero todo ello en su parte esencial, de acuerdo con nuestra experiencia personal y con nuestro propio pensar sobre el particular.

El fundamento científico que sirvió de base para la introducción en terapéutica de la leche (albúmina), en inyección parenteral, fué la vacunación con bacterias muertas contra gran número de enfermedades microbianas; pensándose con sana lógica, que los resultados obtenidos no eran debidos á la virulencia vital de los gérmenes, sino á la composición química de los cuerpos de estos pequeños organismos (las proteínas). Y autores diversos, Rumf (1893), Metthes (1894), Hallopeau (1896), y más tarde Nicolle y Blaizot, curaron enfermedades diversas con bacterias muertas responsables de afecciones completamente distintas, por ejemplo: fiebres tifoideas, con bacilos piocianicos; lupus tuberculoso, con estreptococo y bacilo prodigioso, etc., etcétera.

También es de fecha reciente y debido á la acción paraespecífica de las vacunas, el descubrimiento de la propiedad francamente neurotrópa de los cultivos de bacilos prodigiosos en simbiosis con el estafilococo, en las lesiones más variadas de nervios periféricos y hasta en afecciones de la medula espinal, dada á conocer hace pocos años por el profesor Döllken y que denomina *vacuno-neurina*. Dice el autor, que los efectos son sorprendentes en las neuritis, neuralgias y parálisis, á condición de que las fibras nerviosas no estén totalmente degeneradas, y las ha aplicado con éxito á las parálisis facial, radial, neuralgias del ciático y del trigémino y á la neuritis del acústico y del óptico.

Basándose sobre estos hechos, se tuvo la idea de aumentar la acción de los microbios muertos, añadiéndoles proteínas, y Culver en Inglaterra (1917) trató con éxito diversas complicaciones de la blenorragia, con vacunas que contenían gonococos, meningococos y colibacilos mezclados con proteínas; Ludke, en Alemania, curó tíficos con una mezcla de bacilos de Eberth, paratíficos y albumosas, y Müller, en Austria, obtuvo resultados idénticos mezclando microbios y proteínas.

Mas bien pronto se prescindió de los microbios, y los ingleses Jobling, Bull, Petersen y el belga Nolf, comenzaron á hacer uso de las inyecciones de peptona; pero antes el alemán Schmidt (1915) había utilizado por vez primera la albúmina (leche) en inyección, que fué aceptada por eminencias como Sacht, Oppenheim, Weiss, Abderhalden y R. Müller, etc., etc., y empleada con extraordinario éxito durante la guerra última, tanto en Alemania como en Austria.

greso de Bilbao para el progreso de la ciencias, Septiembre 1919, y *Revista Cubana de Oftalmología*.

"Las inyecciones de leche en terapéutica", de conferencias dadas en el Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Almería, Abril y Mayo de 1920 y "Las inyecciones de leche esterilizada en terapéutica ocular y general", Monografía en publicación.

Por lo que respecta á la literatura oftalmológica extranjera, acerca de las inyecciones de albúmina (leche esterilizada), nos son familiares los nombres de L. Müller, Tanner, Pflugk, Dimmer, Dimitry, Darier, Domec, Gaupillat; y en la española los de Blanco, Carreras, Basterra.

Dentro de esta nueva terapéutica, para excitar las defensas orgánicas contra las infecciones, por medio de las inyecciones de albuminoides, existen dos tendencias. Es una, patrocinada por ingleses y belgas, que da la preferencia á la peptona; y es la otra, seguida por alemanes y austriacos y ya muy extendida en Francia y España, que emplean la albúmina (leche).

Las inyecciones de peptona se han generalizado poco; y es que no están exentas de gravedad. Se emplean por vía endovenosa y determinan un conjunto de síntomas agrupados bajo el nombre *choque peptonítico*, que en ocasiones llegan á ser inquietantes para el paciente y el médico; tales son: cefalalgias, náuseas, disnea transitoria, disminución de la tensión arterial con taquicardia y descenso de la temperatura. Nolf recomienda para evitar estos accidentes emplear peptona de buena calidad, haciendo la inyección bajo la observación constante del pulso, después de haber tomado la precaución de administrar medio miligramo de adrenalina, repetido cuatro veces en las veinticuatro horas.

En cambio, las inyecciones de albúmina (leche) á la dosis terapéutica (4 c. c. en el adulto) son completamente inofensivas. La vía preferible es la subcutánea, región interescapular, ó abdominal en los niños y enfermos que guarden cama. La endovenosa es peligrosa por poder producir embolias grasas; que alguna vez (hemos visto dos casos) se presentan en las intramusculares, por más precauciones que se tomen. Tampoco producen la menor reacción inflamatoria *in situ*, y el dolor que las sigue (al menos cuando se emplea la leche de cabra que nosotros utilizamos), es bastante tolerable y sólo de seis á ocho horas de duración.

La acción fisiológica de la leche en inyección parenteral, consiste en aumento de la *diuresis* (acción colectiva sobre el epitelio renal); en *leucocitosis* (por excitación de la medula ósea); en *descenso de la presión sanguínea* (por vasodilatación vascular), y en *hipertermia*, en relación con la dosis inyectada, alrededor de 39° con la óptima, de 4 c. c. (explicable porque la célula orgánica produce una cantidad de calor y de energía proporcional al trabajo realizado, que en este caso es la elaboración de un fermento capaz de desintegrar la albúmina y transformarla en peptona). Los resultados terapéuticos están en razón directa de la hipertermia producida.

La acción terapéutica de la leche en el seno de los tejidos es tanto *profiláctica*, como *curativa*; si bien este último poder es mucho más aparente y expresivo que el primero. El síndrome dolor y las modificaciones del foco inflamatorio, son los elementos que se reparten casi por igual los beneficios de la misteriosa medicación.

El dolor, cuando existe, desaparece pronto (á las cuatro ó cinco horas) y no vuelve á reaparecer si se con-

tinúa con la medicación; y caso de no desaparecer totalmente con la primera inyección, al menos produce un alivio real y con seguridad lo hace á la segunda ó cuando más á la tercera. Su mecanismo íntimo es debido á la rápida decompresión de los filetes nerviosos por la pronta reabsorción de los exudados inflamatorios, por el hecho de la dilatación vascular y de la consiguiente emigración del plasma, y de los leucocitos aumentados en número, que lavan, arrastran, engullen ó digieren los detritus patológicos y las sustancias extrañas.

Las alteraciones que sufren los focos inflamatorios, en virtud de las energías despertadas por la leche en inyección parenteral, son visibles en el organismo, la córnea, dada su principal propiedad, la transparencia. Las lesiones destructivas (úlceras serpeginosas) y las profundas sin pérdida de substancia (queratitis intersticial), pueden servir de modelos, la una para observar los fenómenos que tienen lugar en el *epitelio*, y la otra para los que se verifican en el *tejido conjuntivo* de dicha membrana.

Los fenómenos objetivos que se desarrollan en la úlcera serpeginosa de la córnea, por la acción de la leche en inyección, son ya aparentes á la quinta ó sexta hora y consisten en un doble proceso á la vez de reabsorción y de proliferación celular. La infiltración purulenta de los bordes y fondo de la úlcera, es sorprendida por una verdadera inundación de plasma y de fagocitos, que lava y arrastra mecánicamente aquél y engloban y digieren vitalmente éstos, los agentes infecciosos (Metchnicoff), llegados al foco por quimiotaxis positiva, para librar á los tejidos de tan perniciosos huéspedes; convirtiéndose de este modo las lagunas corneales en verdaderos ensanchamientos vasculares de circulación acelerada, donde rápidamente se hace la toilette de la región (1). Al mismo tiempo, el epitelio de los bordes de la úlcera prolifera activamente y va ocupando, de un modo concéntrico, las porciones saneadas de la pérdida de substancia: fenómeno que está terminado á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas en los procesos benignos.

En las infiltraciones parenquimatosas de la córnea se observa que la vascularización profunda de la misma es más aparente, por dilatación de los vasitos preexistentes, que han de trasudar mayor cantidad de plasma y fagocitos, observándose que el exudado intersticial se desmorona primero y desaparece después con rapidez (tres ó cuatro inyecciones), volviendo dicha membrana á su transparencia normal.

Resumiendo, pues, vemos que los factores que integran el proceso de curación de los focos infecciosos localizados, en virtud de la leche inyectada en el organismo, son: *la dilatación vascular, el aumento de la velocidad de la onda sanguínea y de la diapedesis, la leucocitosis y fagocitosis, la producción de substancias bactericidas y la fiebre*: fenómenos todos de defensa del organismo contra las infecciones en general, sin estímulos de nin-

guna clase; viniendo solamente á hacer la leche el papel de excitante del sistema nervioso simpático-medular, regulador de esta importante función.

Más difícil de explicar es el modo de acción íntimo de la leche en contacto con las células del organismo. Es sabido, que de los múltiples componentes de la leche, solamente á la albúmina es á la que se debe el poder bactericida indirecto que posee dicha substancia en estas condiciones.

El papel de *suero activo*, con que se le ha asignado por algunos, entre ellos Darier, á la leche en inyección parenteral, y que como tal obraría por sus propiedades *paraespecíficas* en las infecciones, no lo explica satisfactoriamente á nuestro juicio. Es casi seguro que los sueros activados (antidiftérico y antitetánico) obren como paraespecíficos precisamente por las albúminas que contengan (procedentes del suero sanguíneo); pero su acción debe ser más compleja, puesto que al mismo tiempo conducen anticuerpos y fermentos de la sangre (alexinas); á pesar de lo cual su acción terapéutica *paraespecífica* es inferior á la de la leche. Creemos con Abderhalden, que la albúmina de la leche obra de una manera absolutamente *específica* contra las albúminas de la misma ó muy parecida estructura química; sin que tenga acción sobre las substancias compuestas de grasa ó de hidratos de carbono. Lo que ocurre es que esta especificidad química es un poco elástica y á este título sí pudiera concedérsele una *acción paraespecífica* química más amplia que la bacteriana, puesto que ataca á todas las albúminas de arquitectura idéntica, sea cualquiera su procedencia.

Además, las teorías de R. Müller, según las cuales la leche en inyección parenteral obraría sobre las inflamaciones locales, por una hiperemia *in situ*, una especie de *anafilaxia circunscrita*, la de Kontesweller, que hace depender la acción terapéutica de la reacción febril que ocasionan (*piroterapia*) y la de Andoin, acerca de los medicamentos que aumentan la leucocitosis (*leucógenos*) y en cuyo grupo de potencia media la incluye Darier; solo explican lados parciales de la cuestión y no pueden aceptarse de un modo exclusivo.

Una teoría más amplia, más general y más completa, observable en el laboratorio hasta en sus más pequeños detalles (calor, dialización y polarización), es la grandiosa de Abderhalden de los *fermentos defensivos del organismo animal*, basada sobre hechos puramente fisiológicos.

En el pequeño cuerpo de los animales unicelulares, todas las funciones, de nutrición, defensa y reproducción, están al parecer confundidas; mientras que en el de los animales multicelulares la división del trabajo ha impuesto el deslinde de las funciones, conservando la de digestión, aquellas que se han de poner en contacto con las substancias alimenticias (las del tubo digestivo), que segregan fermentos que actúan de un modo específico (ptialina, pancreatina, pepsina, tripsina y sales biliares), sobre las tres clases de principios inmediatos (hidratos de carbono, albuminoides y grasas); al objeto de transformarlos en elementos de estructura más sencilla y más idónea al propio cuerpo

(1) La hiperemia periquerática es muy perceptible á las seis ó ocho horas de la inyección.

celular y más útil al mantenimiento energético de la célula.

(Se continuará.)

Eczemas de origen interno papulovesiculillares y piodermitis asociada ó consecutiva,

SUS RELACIONES, INFLUENCIA RECÍPROCA, TRATAMIENTO
A SEGUIR Y RESULTADOS

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios.

En muchas personas que hereditariamente ó desde las primeras épocas de su desarrollo traen al mundo imperfecciones ó malas formaciones, constitución deficiente de su organismo y tegumento mucocutáneo, es frecuente que por alteraciones de la alimentación cuando son excesivamente dados á los ingestas fuertes, á la vida regala, á los excesos de todo género, exentos de muchas preocupaciones haciéndoles volverse egoístas, van acumulando dentro del total sistema que el incompleto juego funcional hace no se pueda transformar debidamente ni aún lo que habitualmente constituye los medios de vida habituales, quedando cuerpos químicos anormales que al buscar eliminación predisponen vulnerando los epitelios glandulares y trama circulatoria que los nutre haciendo que la función que como las células integrantes eran flojas más caducas, con variaciones mayores en estos cuerpos se resientan aún más á estos impuros contactos que le lleva la sangre, produciéndose congestiones y picores que por esta ligazon de causa á efecto son tan frecuentes encontrar en las pieles secas, y como consecuencia de los traumatismos de rascado, así como los de roce y tiros de pelo producidos por la ropa, á lo que contribuye el que estos tallos pilosos estén desecados, retorcidos y sarmentosos, descamado por esta falta de grasa ó barniz unitivo, las células córneas de los orificios que atraviesan estos anexos en arcos ó circulitos blanquecinos que representa la línea de separación de estas células. Con ocasión de graduarse estos trastornos nutritivos por las causas más diversas, acompañándose de pérdida de peso sin sufrir algún traumatismo por su profesión y la marcha del mismo no es favorable por inadecuado tratamiento primario, que como sabemos decide la suerte de todo al ser traumatizados los focos por tracciones, presiones, adherencias, erosiones de curas que requieren gran dulzura, más aún en estos seres; irritaciones químicas é inflamaciones que se derivan, dando ocasión á que los microbios que residen en la piel, esté ó no cerca de una mucosa, más aún en este caso, sobre todo, si es de excreción, colonicen en aquella pérdida de substancia dérmica, unido á los que llevan apósitos, pomadas, manos é instrumentos, cuando no se desinfectan debidamente, pues la más pequeña denudación dérmica del origen que sea, principalmente por los applicata y circunfusa, deben tratarse con los medios asépticos de una operación pequeña después de desinfectar tegumento de alrededores, precauciones harto descuidadas por todos que explican el estallido ó explosión, que á partir de los primeros puntos de invasión se operan con rapidez tal que muchas veces invade segmentos orgánicos con vivo desarrollo en periferia de las lesiones típicas vesiculosas.

Es de observación común apreciar los grandes desarrollos ó sabanas que en pocos días presentan algunas infecciones superficiales que no suelen pasar de las primeras capas dérmicas del superficial dermis linfático, enocontrando inva-

didada toda una pierna, unas veces en capa roja tumefacta de un colorido muy oscuro, como morado ó vinoso, pareciendo linfangitis eripelatosas estando caído por lo tóxico microbino y lo mecánico de la distensión las capas corneo-malpighianas dejando al descubierto dermis muy congestionado, bastante exudante de líquido espeso que es el que acompaña siempre á la colonización de gérmenes piógenos, ocupando buena extensión estas tortas ovaladas de eje vertical correspondiendo la zona central denudada en su desarrollo excéntrico á la lesión primitiva que un traumatismo de una pústula, foliculitis rascadas, frotadas ó pegadas á ropa, hizo la primera siembra de despegado por el exudado bastante pronto con una zona ambiente proporcionada al tamaño del primero, siendo de paralelismo el diámetro de esta zona reaccional al modo como en las erisipelas, linfangitis reticulares, erisipeloide, pénfigo infeccioso, y otros eritemas infecciosos, como la variedad hidras, herpes gestationes, vesiculosos, producen, siendo éstos, como he reconocido en enfermos, los que hay que tratar con cuidado en el sentido de que durante algún tiempo, por lo menos hasta que la congestión inflamatoria ó activa reduzcan, no pueden dejarse los fomentos, los toques, las aplicaciones calientes, renovados y aplicados con todos los detalles de temperatura suficiente, frecuencia hasta de cada hora, en los que pueden tener reposo absoluto, que es uno de los datos más interesantes de cumplir, con 12 á 20 hojas de gasa, las que correspondan á la zona abierta deben ser más espesas aún, y perfectamente esterilizadas, mojadas en antisépticos astringentes suaves y suficientes, consiguiendo por frecuencia lo que no es posible por energía, por el estado estuporoso, de escasa vitalidad que manifiestan los tejidos invadidos, llegando á tal intensidad en algunos estos de órdenes locales, por la enorme sufusión sanguínea que parece hematoma infiltrado con rojo intensísimo y cubriéndose la parte ó área central de escara necrotizada y embebido el tegumento, de tono muy negro, bastante extensa, de relativa adherencia donde han llegado al máximo los trastornos circulatorios que dominan sobre los infecciosos matando las células antes de flogosearlas; por eso ataca más profundamente, y desde el principio lo vascular en terreno preparado varicoso y telangiectásico llegando al límite la vasodilatación por las toxinas vertidas allí. He observado estos casos, los primeros en mujeres, los segundos en hombres, pero ya maduros, de trabajadores con piel apergaminada morena, gruesa, porteras, jardineros, sujetos algunos en los de últimos tipos de gran naturaleza, gruesos, muy congestivos y por complemento bebedores.

Estas invasiones que los microbios operan con gran facilidad en sitios tan predispuestos como son las piernas donde todo concurre, éxtasis y dilataciones venosas, traumatismos, picaduras de parásitos que no pueden saltar á mayor altura desde el suelo, contactos con aguas estancadas, barro, cales en los poceros, tejeros, albañiles, juego funcional excesivo á que están sometidas, calor y rozamientos excesivos por calzados, tejidos impermeables de ciertas profesiones como en milita es por perneras, leguis; cueros, lo cual concurre en jinetes, y todos aquellos de trabajadores campesinos de duras faenas, guardas, cazadores, vaqueros, tentadores, etc. tomando incremento por el abandono total que dejan desde el principio las cosas, exudando, encostrándose, sangrando, rascando, hacen que vivan en plena tranquilidad los gérmenes que después de incubación suficiente para hacer número dan cuadros agudos febriles caminando por debajo de epidermis entre mallas linfáticas las predilectas y á lo largo de folículos, otras veces al modo de los impétigos más superficialmente, casi subcórneas en desplegados aplanados siendo en este caso más abundante en la periferia las flictenas supuradas en tanto

las partes centrales é intermedias son descamativas, fisurarias, á veces de configuraciones geométricas pareciendo á las dermoepidermitis estreptocócicas, las cuales exigen especiales tratamientos para no desecar más de lo que están las capas superficiales suavizando y ensamblando estas disyunciones y pérdidas del epitelio aplicando para lo piodérmico los tres tiempos de lavado, abriendo focos que se limpian muy bien, toque y pomada antiséptica en dermis descubierto colonizado por los piógenos. En algunos casos de las formas clínicas que reseñamos la infección camina más profunda en los linfáticos más ahondados de capa basal dérmica, y la epidermis cubriente denuncia la que pasa debajo aun en los que son poco visibles por descamación en hojuelas como hojaldradas, tanto mayores en sí y en agrupaciones cuanto más hondo foco morbozo y piel más gruesa, tanto más precoz cuanto más importante en desarrollo y agudez sea lo subyacente, dilatándose con rapidez que parece verse crecer por momentos la linfangitis cuyo borde al modo de la erisipela es el que marca relieve, calor, enrojecimiento y empastamiento pasando de pierna á muslo hasta cadera en su marcha ascendente, pudiendo ser mortales y no bastando pomadas, ni fomentos ó toques, siendo indispensables desde el primer momento vacunas, sueros del microbio reconocido ó sospechable, sales amónicas ó inyecciones de sales cuproamoniacales eficientes en la erisipela y procesos infectivos de cierto grado de las capas linfáticas. Cuando por consecuencia de terapéuticas enérgicas que tantos disturbios ocasionan en las cosas de la piel la cual pasa como análogo á las personas, agradecen los procedimientos suaves y rechazan los violentos aunque sólo tengan de éstos apariencias; la piel, lo decimos repetidamente, hay que tratarla con mucha suavidad como las estrecheces uretrales ó de otras localizaciones, como las hemorroides y con la particularidad de que así como en otra patología las formas crónicas exigen tratamientos enérgicos, lo que vemos en las mismas mucosas cuyas lesiones por sinergia, de anatomía, continuidad, zonas de transición, fisiologismo, son de gran analogía, pero se tratan con tópicos fuertes como una faringitis, rinitis, amigdalitis, con iodo-ioduro, iodo-fenol-resorcina-fenolsalil muy concentrados y en fricciones hasta provocar casi inflamación sustitutiva, en piel sólo puede hacerse esto en procesos muy secos, infiltrados, crónicos, pero en los glandulares, continentes de líquidos, sean los normales y límpidos, sean los infectos supurados sólo por los lavados, toques, fomentos ligeros sobre todo al principio, las pomadas, pastas y cremas con poco antiséptico después son los indicados y desgraciado del que intente un medio no digamos, ni fuerte, sino aun medios inertes pero de contacto más áspero, menos preciso, superpuestos y no adheridos los más sencillos polvos indicados en los eczemas agudos que serán protestados por ciertas pieles, en ciertas condiciones, en ciertos sujetos y esto aun á pesar de que hayan sentado bien en las primeras aplicaciones desecando, sobre todo cuando no es una mano facultativa y sí la de los propios familiares, las que intervienen en estas curas delicadas.

En los pliegues, más en aquéllos de débil transparencia y congestión cutáneas se dejan invadir sobre todo en los casos contrarios á los anteriores en las pieles grasas por acúmulo, descomposición y permanentemente contacto de las secreciones regionales; erifemas, eczemas, intertrigos variados, epidermoficias cutáneas á lo que ayuda las cercanías á cavidades y orificios, por donde salen sustancias macerantes ó cargadas de microbios, ser ó estar cercanas á pelos cuyos detritus escamosos ó grasos reciben sobre todo cuando están subyacentes como los retroauriculares, auxiliares, la adhesión en la línea del surco al tendón, cartílago ó hueso inme-

diato, la charnela muy movable ó muy fija y estrecha donde acumulan polvos y todo género de productos de eliminación. Vemos corrientemente cómo después y á consecuencia de infección retroauricular eczematosa, piodérmica, erisipelatoza se encuentran determinaciones secundarias en las piernas llevadas muchas veces por la mano y uñas, tratándose otras de que dependen del mismo punto etiológico, la piel desecada, apergaminada, correosa, oscura que pica y descama fácilmente á los frotamientos realizados piodermizándose con facilidad, mejor dicho eczematzándose primero y dando puntitos costriculados pulguíneos prurigoides, salpicados los que pueden infectarse ulteriormente por lo que se ven aquí y allí de una vasta capa surcada, dehisciente con mínimas coagulacionzitas agrupadas semiabortadas de vesiculinas del eczema subagudo que inicio, pero en el cual solo llama al enfermo la mancha roja del debut, pero en la que no se aprecia muchas veces exudación ni granitado.

En suma, se desarrolla en bastantes ocasiones el cuadro de las infecciones agudas erisipelatoides ó linfangíticas de zonas altas del cuerpo casi siempre las placas mayores ó únicas en cara interna de piernas que es donde la safena, vena la mayor de la región, da importantes ramificaciones, cuyas tromboflebitis del tronco producen engrasamiento hasta de dedo meñique á pulgar quedando adheridas en gran parte de su extensión con edematización dolorosa de capa cubriente aun sin encontrar la puerta de entrada que haya determinado este proceso, por lo cual debe investigarse el estado es estas canales venosas en toda tumefacción que se localiza cercana á ellas, son muy congestivas y ulceradas tardíamente, siendo así que en las obstrucciones de conductos venosos, sobre todo de las perimaleolares, se marcan dermitis infiltradas que dejan ulcerado un pocito en parte media donde más graduada es la alteración flogística dermovenosa. En otras, cuando hay adiposidad que muy acentuada por compresión de los filetes nerviosos llega á ser dolorosa, con piel gruesa de poros amplios, paquidermizada por edema tenso que se aloja en sus recias trabéculas, generalmente mujeres *jamonas* de menopausia y hombres maduros, entre los trabajadores principalmente se forman sin trabajo inflamatorio marcado que se consiente bien este tejido piodermitis ó lesiones traumáticas engendrando ulceraciones que rodean siempre con bordes callosos cortado á pico, de lentitud extrema en cicatrizar con fondo muy duro el lecho subcutáneo de palidez rojiza, algo amarillosa, atocinado, muy unido, bastante liso ó de mamelosamientos bastantes obtusos como hechas en frío las grandes ulceraciones únicas. En los que tienen capa artrítica con deficientes funciones nutritivas y de secreción interna, bien porque presenten brote ó cleresencias extensas de eczema, coincidiendo con esta erupción, ya porque el traumatismo accidental que inició el cuadro ha sido traumatizado ó irritado violentísimamente por los cáusticos y tópicos más intensos de cobre, de plata, brea, iodoformo, ácido fénico, etc., dando origen á la mayor extensión del foco infecto y al desarrollo de un aflujo de eczema para lo cual son ó están fácilmente preparadas estas pieles secas, desnutridas, delgadas, casi sin parículo adiposo, pálidas, con algún granitado poral de abundantes pelos retorcidos, condiciones que producen picores, fisuramientos, córneas, foliculitis, sobre todo en zonas de extensión donde se presentan los caracteres estructurales acentuados; en suma, hay mutua y mala influencia, círculo vicioso entre lo eczemático potencial ó actual y lo infectivo-traumático y traumatizado banal ó accidental llamando uno al otro ó influenciándose para desarrollo simultáneo.

INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA PROFUNDA ⁽¹⁾

Por el DR. JULIAN RATERA

Por el contrario, en la actualidad estamos terminando el tratamiento de una señora de veintinueve años, en la que el fibroma era más pequeño, pero de crecimiento muy lento y en la que por esa razón ha habido necesidad de aplicar fuertes dosis de rayos Roentgen á fin de poder obtener un gran efecto profundo. La enferma se halla ya casi curada (observación núm. 93 de los casos de fibromas).

Al lado de esto tenemos, por el contrario, casos personales en los que las enfermas se hallaban en amenorrea, provocada ó espontánea, y sin embargo, sus fibromas seguían creciendo, ya por no haber recibido suficiente dosis de rayos Roentgen en los primeros ó por evolucionar sus fibromas á pesar de haber alcanzado la edad crítica en los segundos.

Como ejemplo de lo primero, sirve la observación núm. 1, en la que se trata de una enferma de cuarenta y tres años, que cuando se presentó por primera vez en nuestro gabinete, el 25 de Abril de 1909, tenía un fibroma que llegaba *cerca del ombligo* y que era muy hemorrágico; pues bien, esta enferma se consiguió hacerla amenorreica fácilmente y como lo que más le asustaba eran las hemorragias, dejó de venir pronto á nuestra consulta, á pesar de nuestras indicaciones de que no la podíamos dar por curada; en efecto, mucho tiempo después, el 16 de Noviembre de 1917, vuelve á presentarse en nuestra consulta *continuando amenorreica*, pero el fibroma excedía *tres traveses de dedo por encima del ombligo*; esta vez y como se sentía muy molesta por lo voluminoso del tumor, siguió el tratamiento con regularidad, dándole de alta el 23 de Mayo de 1918, con el fibroma sumamente reducido.

Al lado de este caso hemos tratado otros en los que la menopausia estaba retardada por la presencia del fibroma, y en algunos, las enfermas, después de haber pasado la edad crítica, han visto reaparecer el período como consecuencia de la evolución de un fibroma, habiéndose quedado curadas perfectamente desde hace años, sin que hayan vuelto á presentar ninguna novedad después de haberles dado el alta. En este sentido citaremos la observación núm. 28, en la cual una enferma de sesenta y cuatro años se hallaba amenorreica desde hacía ocho años, habiendo comenzado á padecer desde hacía tres de hemorragias que habían ido en aumento hasta que nos fué enviada para hacer con ella el tratamiento radioterápico, el cual le comenzamos á hacer el 18 de Agosto de 1915, dándosele la 5.^a serie de irradiaciones el 17 de Febrero de 1916, y quedando completamente curada hasta la actualidad.

En este caso, á pesar de hallarse la enferma amenorreica antes del tratamiento, el fibroma siguió desarrollándose, hasta provocar los síntomas alarmantes que llegó á presentar y que cedieron por completo á la radioterapia; de donde cabe deducir una acción directa sobre los elementos del mismo.

A pesar de que esta acción sobre los elementos del fibroma ha sido puesta en duda por varios autores, sin

embargo, la opinión dominante actualmente, es la de que los rayos Roentgen ejercen sobre ellos una acción de las más evidentes. Entre los que creen en esta acción figuran los Dres. Albers-Schönberg, Specht, Abal, Bordier, Fáber, Bela-Kelen, Gräfenberg, Béclère, etc. Por el contrario, para Bergonié y Speder se trata principalmente de una acción principalmente ovárica, á la que se asocia una acción sobre la mucosa uterina, cuya capa glandular está muy desarrollada y es asiento, como indican los autores, de una actividad reproductriz de sus células, debiendo haber allí un proceso que se añade á la atrofia ovárica para traer la disminución rápida de las pérdidas y las modificaciones diversas de la menstruación.

Las observaciones de Bordier, Bela-Kelen y Gräfenberg tienden á demostrar del modo más claro la acción sobre el mioma, viendo el primer autor cómo disminuían tumores voluminosos considerablemente antes de conseguir la amenorrea, y los dos últimos cómo regresaban fibromas en enfermas que se hallaban mucho más allá de la menopausia.

Además, Laquerriere y Guillemot han comprobado como Bordier una acción muy evidente sobre el volumen de los fibromas antes de que se modificasen las reglas, y mencionan especialmente el hecho de que la ovariectomía, según indica Yaugeas, no produce sino una regresión lenta, progresiva, análoga á la que sigue á la menopausia, mientras que los rayos determinan, en ciertos casos por lo menos, una regresión brusca, debido, según toda probabilidad, á que las células neoplásicas en vías de formación, todavía en carioquinesis, serían atacadas y destruidas, lo que ocasionaría la rápida disminución de volumen.

Por lo demás, esto está de acuerdo con la ley formulada por Bergonié y Tribondeau, según la cual, toda célula es tanto más radiosensible frente á la acción de los rayos Roentgen: 1.^o, cuanto la actividad reproductriz de estas células es más grande; 2.^o, cuanto su porvenir carioquinético es más largo, y 3.^o, cuanto su morfología y sus funciones son menos definitivamente fijadas.

Graefenberg cree que en virtud de la sensibilidad especial que las células del fibroma comparten con ciertos tejidos conjuntivos, puede formularse la ley biológica siguiente: todos los tejidos que derivan del mesenquimo están dotados de una sensibilidad electiva por los rayos Roentgen.

Béclère ha condensado en forma de dos conclusiones los resultados obtenidos por él en el tratamiento del fibroma, respecto á la acción de los rayos Roentgen sobre estos tumores:

1.^o Antes de la menopausia sobreviene, casi sin excepción, una notable y progresiva disminución de los fibromas tratados por la radioterapia desde las primeras semanas del tratamiento y precede á la cesación de las reglas;

2.^o Después de la menopausia, las fibromas que se desarrollan ó siguen creciendo entran en regresión y disminuyen de volumen bajo la influencia de la radioterapia.

A continuación exponemos nosotros en forma de cuadro los resultados obtenidos en 100 casos de miomas que hemos tratado.

(1) Véase el número anterior.

FIBROMIOMAS

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
1 25-IV-911 y 16-XI-917	43 49	Fibromioma que llegaba cerca del ombligo; muy hemorrágico. El fibroma ex cilia 3 traveses de dedo por encima del ombligo.	269 267	250× 250×	Amenorrea solamente; última irradiación: 22-VII 914. Reducción del fibroma.	El fibroma siguió creciendo (la enferma asistió con mucha irregularidad). Curación desde el 23-III-918.
2 23-V-911	47	Pequeño fibromioma intersticial; metrorragias.	113	70×	Operada después de la 2.ª serie de irradiaciones (21-VI 913).	
3 30-VI-913	47	Fibromioma muy hemorrágico; enferma operada de pólipos uterinos.	180	178×	Amenorrea; reducción del fibroma.	Curada desde el 25-VIII 913
4 7-VII-913	44	Fibromioma desarrollado en el lado izquierdo del útero; metrorragias desde hace dos años.	244	211×	Amenorrea; reducción del fibroma en $\frac{2}{3}$ de su volumen.	Curada desde el 18-IX 913.
5 27-X-913	45	Fibromioma mediano; metrorragias constantes desde Junio.	320	481×	Amenorrea desde la 3.ª serie de sesiones.	Curación desde el 6-I-914.
6 20-XI-913	44	Fibromioma que llegaba al ombligo.	80	120×	La enferma contrae una gripe de la que falleció.	
7 28-XI-913 y 12-IV-915	31 33	Fibroma; tamaño como de una cabeza de niño. Se reanuda el tratamiento por haberse presentado nuevas hemorragias.	800 326	1651× 338×	Amenorrea; reducción considerable del fibroma. Nueva supresión de hemorragias.	Última irradiación; 22-VI-914. Curada desde el 5-VI-915.
8 12-III-914	48	Fibromioma voluminoso; hemorragias desde hace muchos años.	700	1009×	Amenorrea; fibroma del tamaño de una granada.	Alta: curada desde el 12-I-915
9 1-V-914	37	Fibromioma intersticial de la pared anterior del útero; hemorragias menstruales intermenstruales.	880	1146×	Amenorrea (la enferma fué irradiada en dos temporadas).	Alta: curada el 27-IV-916.
10 4-V-914	42	Fibromioma intersticial uterino, que llega próximo al ombligo.	332	274×	Amenorrea; reducción de $\frac{2}{3}$ partes del fibroma.	Curación: alta el 24-VII-914; posteriormente desaparición total del fibroma.
11 6-V-914	45	Fibromioma; llega á nivel del ombligo; metrorragias, dolores de compresión.	602	1128×	Amenorrea; reducción en $\frac{1}{3}$ del fibroma.	Fin del tratamiento: 5-V-915 curada.
12 9-V-914 y 25-I-916	43½ 45½	Fibromioma más desarrollado hacia el lado derecho del vientre. Solo metrorragias.	119 119	254× 84×	Amenorrea; reducción del fibroma. Amenorrea nuevamente.	Alta el 11-VII-914. Definitivo hasta ahora; alta el 31-III-916.
13 26-V-914	40½	Fibromioma de volumen aproximado al de una cabeza de niño.	621	940×	Curación	Alta: 14-X-915; la curación se mantiene actualmente en el mismo estado.
14 16-VI-914	50	Fibromioma que excede 3 traveses de dedo por encima del ombligo.	350	718×	Oligomenorrea solamente.	La enferma no terminó el tratamiento.
15 4-XI-914	53	Fibromioma voluminosísimo de marcha muy rápida.	417	706×	Amenorrea; reducción rápida de fibroma.	Última sesión: 3-II-915.
16 21-XII-914	54	Fibromioma que excede un través de dedo el nivel del ombligo.	510	700×	Curación; amenorrea y reducción del fibroma.	El resultado se mantiene desde el 12-V-915, fecha de la última sesión.

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradia- ción.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
17 4 I-915	46	Fibromioma; llega á la altura del ombligo; metrorragias.	587	1114 X	Amenorrea desde VI-915.	Alta el 27-VII 915; la curación se mantiene en el mismo estado.
18 14-I-915	46	Oligomenorrea; reducción considerable del fibroma.	1.085	1338 X	Fibromioma que sobrepasa 4 traveses de dedo por encima del ombligo.	Fin del tratamiento; 13-XII-915; persiste solo la oligomenorrea.
19 14-I-915	65	Fibromioma: tamaño de una cabeza de niño; hemorragias muy intensas.	370	253 X	Amenorrea; fibroma muy reducido.	Curada desde el 27-V-915.
20 2-III-915	68	Fibromioma: excede 2 traveses de dedo por encima del ombligo.	307	486 X	Oligomenorrea.	Suspendió el tratamiento el 28-V-915.
21 5 III 915	35	Fibroma, apreciado desde hacía 7 años antes; pasa 2 de dos encima del ombligo.	532	610 X	Amenorrea; desaparición del fibroma.	Sin novedad desde el 7-VII-915, fecha en que se la dió de alta.
22 9-IV-915	48	Fibromioma que en el lado izquierdo llega á la altura del ombligo; más bajo en el lado derecho; metrorragias.	383	428 X	Amenorrea en el mes de Junio; reducción grande del fibroma.	Alta el 6-VIII 915; persiste actualmente la curación.
23 10-V-915	48	Fibromioma intersticial; tamaño de una granada; grandes metrorragias.	360	431 X	Amenorrea; reducción del fibroma á la mitad.	Alta: curada el 20-VIII 915; sin novedad hasta ahora.
24 4-VI 915	52	Fibromioma intersticial como una granada; de vez en cuando metrorragias que duran un mes y más.	414	416 X	Amenorrea en Agosto de 1915.	Alta: curada el 24-IX-915.
25 19-VI-915	44	Enorme fibromioma, que pasa 3 traveses de dedo por encima del ombligo; existencia más de 10 años.	191	181 X	Suspensión del tratamiento después de la 2. ^a serie de sesiones.	Mejoría grande de la enferma; anteriormente desaparición total del fibroma.
26 2-VII-915	44	Fibroma del tamaño aproximado de una granada; período muy abundante.	675	479 X	Amenorrea; reducción del fibroma á la mitad.	Alta el día 18-XII-915; actualmente se halla perfectamente.
27 9-VIII-915	42	Fibromioma que llega á la altura del ombligo; existencia desde hace 4 años; período muy abundante.	453	384 X	Amenorrea en Noviembre de 1915.	Alta en II-916, por no haber podido venir á antes á recibir las irradiaciones últimas
28 18-VIII 915	64	En esta enferma se sospechaba la existencia de cáncer uterino por haber aparecido las hemorragias 8 años después de quitarse el período; imposible limitar el tumor por el excesivo grosor de la enferma.	453	368 X	Desaparición total de las hemorragias.	Alta el día 19-II-916; no ha vuelto á tener hemorragias hasta la fecha.
29 22-IX-915	61	Fibromioma voluminoso; difícil de delimitar en su límite superior.	210	109 X	Después de 2 series de sesiones fué operada, por no mejorar, apreciándose un fibroma quístico con ascitis.	
30 13-X-915	51	Diagnóstico dudoso entre cáncer y fibroma pequeño.	129	74 X	Aumento de las hemorragias por lo que la enferma fué operada, comprobándose un cáncer.	
31 22-X-915	49	Fibromioma intersticial, que llega á 2 traveses de dedo por debajo del ombligo; molestias intensas para orinar.	745	229 X	Curación: amenorrea; fibroma reducido en la mitad.	Alta el 27 IV-916; el fibroma se redujo ulteriormente á la 3. ^a parte de su volumen inicial.
32 8-XI-915	42	Fibromioma intersticial del tamaño de una naranja.	387	172 X	Amenorrea.	Alta: curada en Junio de 1916 (la enferma vino con mucha irregularidad á la consulta).

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.]	Resultado definitivo.
33 30-XI-916	27	Fibromioma mediano; hemorragias desde hace 3 años con motivo de las reglas.	120	80×	La enferma no recibió nada más que una serie de sesiones.	
34 1-XII-916	41	Fibromioma pequeño; hemorragia continua desde hace un mes.	421	158×	Amenorrea en Marzo de 1916.	Alta el día 5-V-916.
35 14-XII-916	44	Fibromioma uterino del tamaño de una cabeza de adulto; existencia desde hace 7 años; período muy abundante; anemia intensa.	481	196×	Amenorrea; rápida desaparición de la anemia y retorno de las fuerzas.	Curada desde el 15-IV-916.
36 7-II-916	52	Fibromioma voluminoso (llega á un través de dedo por debajo del ombligo); metrorragias desde hace 5 años.	305	180×	La enferma no continuó el tratamiento después de la 3. ^a serie.	Ulteriormente se ha sabido que la enferma se hizo amenorreica.
37 9-II-916	35½	Fibromioma intersticial pequeño; período muy abundante; duró 8 días.	555	208×	Amenorrea en el mes de Abril.	Alta en Junio de 1916.
38 14-II-916	40	Fibromioma, en parte expulsado á través del cuello del útero y desarrollado en la pared posterior del mismo; hemorragias intensísimas que le produjeron una gran anemia	526	208×	Amenorrea en Abril de 1916; después se le dieron 3 series más de sesiones para asegurar mejor el tratamiento.	Alta: curada el 13-VII-916.
39 15-II-916	50	Fibromioma poco voluminoso; hemorragia casi continua desde hace 4 meses; la matriz, al medirla con el histerómetro, mide 10 centímetros y da la sensación de fibromas submucosos.	480	184×	Amenorrea desde el mes de Abril.	Alta: curada el 17-VI-916.
40 1-III-916	59½	Fibromioma pequeño, con trastornos de micción; hemorragias muy abundantes y duraderas.	375	144×	Amenorrea en Abril.	La enferma no ha tenido novedad desde entonces á pesar de no haber recibido la última serie de irradiaciones
41 24-III-916	50	Fibromioma pequeño; período abundante desde hace 8 meses; hemorragia constante desde hace un mes.	391	144×	Amenorrea en Mayo de 1916.	Alta: curada el 28-VI-916.
42 5-IV-916	39	Fibromioma no muy desarrollado; período dura 12 días y no es muy abundante.	388	160×	Amenorrea en Junio de 1916.	Alta: curada el 28-VIII-916.
43 17-IV-916	47	Fibromioma poco voluminoso, pero que provoca períodos que duran 8, 10 y 12 días y son muy intensos desde el 3. ^o al 7. ^o día.	421	160×	Amenorrea en Junio de 1916.	Alta: completamente curada el 23-VIII-916.
44 27-V-916	47	Fibromioma uterino que llega hasta un poco más de la mitad de la altura entre la sínfisis y el ombligo; período dura 6 días, muy intensos los 3 primeros.	350	152×	Amenorrea en Julio de 1916.	Alta: curada el 25-IX-916.
45 29-V-916	46	Fibromioma uterino de medianotamaño; hemorragias desde hace 10 meses, habiendo durado la última 40 días.	384	160×	Amenorrea en Julio de 1916.	Alta: curada el 27-IX-916.
46 1-VI-916	53	Utero ligeramente aumentado de volumen; período dura 10 ó 12 días y es muy abundante los 4 ó 5 primeros.	357	144×	Amenorrea que se presenta en el mes de Agosto de 1916.	Alta el día 28-IX-916.
47 14-VI-916.	40	Fibromioma pequeño.	297	120×	Amenorrea en Agosto.	Curación: alta el 14-XI-916.

LA MEDICINA Y LA GUERRA (1)

Nota sobre el tétanos localizado en los miembros

POR

E. CHAUVIN

Se trató, por consiguiente, de tétanos parapléjico, de generalización secundaria incompleta.

Se nos podrá reprochar el haber relatado aquí dos observaciones (IV y V) que no son, propiamente hablando, de tétanos localizado, puesto que han evolucionado más ó menos lentamente hacia la generalización y la muerte: sería preciso eliminarlas si se tomase por definición de esta forma normal la siguiente: «un tétanos en el cual las contracciones permanecen durante toda la duración de su evolución estrictamente localizadas en uno ó varios miembros».

La afección así definida no es más que un caso particular, la forma benigna de un tétanos localizado, que cura antes de su generalización (2).

No parecería conforme con la verdad clínica el aislar, por esta comprensión exclusiva, un tipo nuevo de tétanos, enteramente distinto y aun opuesto al tipo clásico generalizado.

Existe en realidad toda una serie de intermediarios entre el tétanos local y el tétanos ordinario.

Este último muy frecuentemente comienza por contracturas dolorosas limitadas á los contornos de la herida (Klemm) (3). Son estos fenómenos transitorios, fugaces y nadie piensa ante ellos en hablar de tétanos local.

Pero este comienzo, esta fase de localización inicial, puede prolongarse. ¿Es preciso para que el cuadro deje de ser típico, para que aparezca constituida la forma anormal monopléjica ó parapléjica, que la generalización se retarde hasta el séptimo día, como en el caso de Esau (4)? ¿Hasta los treinta días, como en nuestra observación IV? ¿Hasta el fin del segundo mes, como en la observación V? ¿Es necesario que la generalización quede incompleta, como en el caso de Curtillet y Lombard (5), ó que el pecho y el cuello se interesen, como en nuestra observación III, en la que el pectoral mayor, el trapecio y el romboideo fueron invadidos? ¿Es preciso, en fin, eliminar los tétanos parapléjicos, porque una extremidad puede ser invadida después de la otra, constituyendo hasta cierto punto un comienzo de generalización?

La precisión, bien se ve, es aquí difícil, y exigir una monoplejia estricta es aislar artificialmente los casos extremos. Las formas de comienzo local más ó menos

prolongado, de generalización más ó menos incompleta, constituyen una serie no interrumpida de casos intermediarios entre la forma clásica y la monoplejia pura.

Igualmente se halla toda una serie de formas intermedias marchando en sentido inverso, partiendo del tétanos primitivamente generalizado, con contracturas apenas predominantes en un miembro mientras la convalecencia; pasando por las formas en que el comienzo clásico y la localización secundaria son igualmente claras [De Brun (1), Gilbert y Lerreboulet (2)]; y llegando á formas netamente monopléjicas, en las que un trismo ligero y fugaz fué apenas notado al principio (obs. II).

Lo que tiene interés, no es la permanencia de la contracción, sino su existencia misma. Cualquiera que sea, durable, pasajera ó tardía, á esta localización se la debe aplicar en todos los casos la misma explicación patogénica; y se puede definir el tétanos localizado: «Un tétanos anormal en el cual, durante toda su evolución clínica ó parte de ella, las contracturas están exclusivamente localizadas en una ó varias extremidades».

Definido de esta suerte es preciso distinguir, como hemos visto hacer á Klèbaner (3), tres formas clínicas:

- 1.^a Forma localizada pura (obs. I y III).
- 2.^a Forma primitivamente localizada de generalización secundaria (obs. IV y V).
- 3.^a Forma primitivamente generalizada de localización secundaria. Esta comprensión más amplia del tétanos nos permite, si no fijar su patogenia, á lo menos discutirla con más clarividencia.

Para fijar la causa esencial de la localización podemos tener en cuenta las circunstancias etiológicas y las nociones adquiridas experimentalmente.

Etiológicamente, son de recordar tres hechos:

- 1.º El tétanos de las extremidades es consecutivo á una herida de la extremidad afecta; la contractura se establece allí donde se elaboran las toxinas: se trata de una impregnación local.
- 2.º La aparición del tétanos es generalmente tardía, transcurriendo bastante tiempo desde la producción de la herida: se trata, pues, la mayoría de las veces, de una infección atenuada.
- 3.º En fin, el paciente, en la inmensa mayoría de los casos, ha recibido una ó varias inyecciones de suero antitetánico. Existen algunas observaciones antiguas, anteriores á la seroterapia; pero los casos se han multiplicado de tal modo desde el empleo del suero, que casi se puede considerar al tétanos localizado como una consecuencia de la seroterapia preventiva.

(Se continuará.)

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Varios casos de quistes hidáticos pulmonares abiertos espontáneamente y curados, por la doctora

- (1) De Brun, *Bulletin Acad. de Medecine*, 18 de Diciembre de 1898.
- (2) Gilbert y Lerreboulet, *In these Demonmerot*.
- (3) Klèbaner, *These Montpellier*, 1915.

(1) Véase el número 3 520

(2) Generalmente no se clasifican entre las que nos ocupan las formas agudas y graves, que matan por envenenamiento de los centros respiratorios, antes de generalizarse á los otros músculos de la vida de relación.

(Caso de Vicente y Guillermo, reunión médicoquirúrgica del 5 ejército, 27 de Noviembre de 1915).

(3) Klemm, *Deuts. Zeits. fur Chir.* 13 de Enero de 1908.

(4) Esau, *Deutsche Mediz. Woch.* 14 de Abril de 1910.

(5) Curtillet y Lombard, *Soc. de Chirurgie*, 22 de Enero de 1918.

Alice Armand Ugón —Comunica á la Sociedad de Pediatría de Montevideo los siguientes casos clínicos:

P. G., de ocho años de edad, procedente del departamento de Cerro Largo.

Antecedentes personales y familiares, sin importancia.

El enfermo es traído al Hospital, porque desde hace unos días está hinchado y tiene orinas escasas y oscuras.

Además, desde hace seis meses el niño tiene tos, con abundante expectoración. Esta es fétida, y según el enfermo, arroja á veces como pequeñas membranas. Ha adelgazado. Estuvo en asistencia médica. Tomaba emulsión.

Junio 15.—Del examen hecho en la Sala se nota lo siguiente: Niño pálido, de aspecto bouffi, con un poco de edema pretibial, infiltración de toda la piel. No se queja de nada. No tiene disnea. El examen del corazón no revela nada de particular; no hay ruido de galope, área cardíaca conservada, la punta está en su sitio.

Al examen pulmonar se nota: macidez en la fosa subclavicular derecha más marcada hacia la parte externa; por debajo de esa zona mate hay timpanismo que llega hasta el quinto espacio. La macidez toma también la fosa supraclavicular derecha.

Del lado izquierdo y también en la región anterior, sonoridad pulmonar y área cardíaca conservadas.

Atrás hay macidez en el pulmón derecho, desde la fosa supraclavicular hasta la mitad del omoplato. El límite inferior de la zona mate es una línea oblicua hacia abajo y afuera, pasando por la axila y llegando hacia adelante hasta la macidez anterior.

A la auscultación se nota disminución de respiración adelante en la mitad superior del pulmón derecho, con muchos ronquidos. Del lado izquierdo, parte anterior, no se nota nada de anormal.

A la auscultación de la región posterior también se nota en el pulmón derecho una disminución de la respiración, soplo tubario en la región supraespinosa. En la base del mismo pulmón hay fenómenos bronquiales.

En el pulmón izquierdo, región posterior, no se nota nada de anormal.

Al examinar el vientre se nota que el hígado está ligeramente descendido. Bazo que no se palpa.

En suma, la impresión que se tiene del caso después de este examen es que se trata de un quiste hidático cerrado en un niño que tiene posiblemente una nefritis aguda (1).

Al pensar en el quiste hidático preguntamos al niño si ha vomitado sangre y pudimos cerciorarnos de que, efectivamente, había tenido varias hemoptisis.

Al radioscopio se nota una sombra redondeada del tamaño de una naranja grande, más cercano á la cara posterior. La sombra corresponde á la de un quiste hidático.

Junio 16.—Examen de orina: albúmina, indicios. Hay algunos glóbulos rojos, leucocitos, células del riñón, cilindros hialinos y granulados. La nefritis queda así también confirmada.

El niño tiene accesos frecuentes de tos coqueluchoidea, con abundante expectoración mucopurulenta. En los esputos no se han encontrado ni bacilos de Koch ni ganchos de equinococos. Está ligeramente febril, entre 37°2 y 38°.

Junio 26.—Ayer, durante un acceso de tos, tiene una vó-

mica, arrojando sangre y una membrana hidática casi entera. El niño está tranquilo, despejado, sin disnea. Tiene una expectoración aereada sanguinolenta.

En la región anterior se nota en el sitio correspondiente al quiste: ruido de olla cascada en la región subclavicular que se extiende hasta la región mamaria. Hay sensación de resistencia al dedo á la percusión profunda. A la auscultación: soplo anfórico en la misma región.

Atrás, en la región del quiste, hay macidez, soplo tubario, algunos estertores finos.

A la pantalla radioscópica se nota que todo el pulmón derecho está infiltrado, pero en la parte superior hay una claridad redondeada como de cavidad.

Julio 1.—Sigue bien: No tiene fiebre ni disnea. La tos se ha calmado. Tiene muy poca expectoración. Persiste la respiración cavitaria.

Julio 8.—Sigue mejorando. El soplo ha perdido su carácter anfórico, es más tubario ahora.

Al radioscopio aparece una sombra redondeada, más clara que el resto del parénquima, limitada por una zona más oscura periquística; sin embargo, el resto del pulmón parece todavía algo infiltrado, aunque no tanto como en la anterior.

Julio 12.—El enfermo contrae sarampión en un momento en que la Sala ha sido infectada.

Julio 24.—Curó bien del sarampión. Está apirético. Los pulmones respiran bien. No se nota nada de anormal á la auscultación.

Radioscopia: Claridad en el pulmón derecho reponiendo al sitio del antiguo quiste, ligeras sombras de infiltración alrededor de ella.

Agosto 9.—Sale de alta curado.

II caso.—Se trata de una niña que viene al hospital, porque tiene tos y fiebre. Viene de la campaña. Condiciones generales de nutrición, excelentes. Dice que tiene tos frecuente, y que ha expectorado unas telitas blancas, mezcladas con sangre.

Al examen pulmonar se nota: en la región posterior del pulmón izquierdo disminución de sonoridad. A la auscultación estertores finos. No hay soplo. En suma: un foco de congestión en la base izquierda. En la región anterior del mismo pulmón no se nota nada de anormal.

En la base del pulmón derecho la respiración está disminuida. No hay otro fenómeno de auscultación. La sonoridad pulmonar está conservada.

Como se trata de una niña de campaña—que ha tenido hemoptisis—se piensa que es un quiste hidático abierto de la base del pulmón izquierdo.

Al examen radioscópico se nota una sombra ligera difusa en la base izquierda, es decir, donde localizábamos el quiste^o abierto. Sombra redondeada, de quiste del tamaño de un huevo de gallina, en la base derecha. Este último quiste no se manifestaba más que por una ligera disminución de respiración en esa base, y fué un hallazgo del radioscopio, pues no había sido diagnosticado al examen del enfermo.

Los fenómenos congestivos del pulmón retrocedieron rápidamente. La tos y la fiebre desaparecieron y la niña fué dada de alta, curada de los fenómenos pulmonares originados por el quiste abierto y llevando otro quiste hidático pequeño y cerrado, que por el momento es perfectamente tolerado, sin ocasionar ningún trastorno funcional.

Se trata, pues, de algunos casos de quistes hidáticos del pulmón, que se curan espontáneamente por ruptura del quiste y evacuación secundaria por vómica.

La ruptura y eliminación del quiste se produce sin poner en peligro la vida del enfermo. En pocos segundos, el niño

[(1) A pesar de los datos recogidos en la observación—en que se habla de expectoración con membranas—se diagnostica un quiste cerrado por los signos físicos del examen. Frecuentemente el profesor Morquio ha notado en la expectoración de los enfermos de quistes pulmonares una expectoración espesa, concreta, que puede tomarse por fragmentos de membranas y que no es más que la secreción bronquial concretada.

elimina con la tos enormes quistes. Las consecuencias de la eliminación espontánea por vómica no pueden ser más halagüeñas. Casi todos los casos observados en el hospital han llegado á la curación completa de los fenómenos pulmonares originados por el quiste. (*Revista Médica del Uruguay*, Marzo de 1921.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Complicaciones orbitarias en las sinusitis.—El Dr. Agustín Camisón hace un estudio de las complicaciones que la sinusitis suele producir en el aparato de la visión, y establece con Birech-Hirschfeld las siguientes conclusiones:

1.^a Las inflamaciones de los senos juegan en la etiología de las inflamaciones de la órbita un papel mucho más importante de lo que se había admitido hasta ahora.

2.^a Casi en todos los casos se trata de un empiema crónico ó agudo.

3.^a El proceso orbitario es diverso (periostitis, abscesos y flemón orbitario).

4.^a Con frecuencia el periostio de la órbita ofrece una resistencia para la propagación de la inflamación al tejido retro-orbitario y el acceso periostal puede extenderse hacia adelante ó hacia atrás ocasionando una inflamación del nervio-óptico ó perforarse espontáneamente.

5.^a En otros casos la inflamación se propaga prontamente bajo el cuadro de una trombo-flebitis al tejido celular orbitario.

6.^a Entre 409 casos de inflamaciones orbitarias consecutivas á procesos de los senos se perdieron 66 ojos (16 por 100). Con más frecuencia se observa la pérdida de visión en los empiemas del seno maxilar (27 por 100).

7.^a Quoad vitam se comportan las inflamaciones orbitarias consecutivas á sinusitis más favorablemente que las espontáneas. La mortalidad del empiema del seno esfenoidal es la mayor (28 por 100) y la del seno frontal alcanza 16,3 por 100.

8.^a La exploración y terapéutica de los senos requiere una técnica y experiencia que solo en raros casos domina el oftalmólogo. Lo más acertado es encomendar al rinólogo la indicación y terapéutica de la sinusitis.

9.^a El principal papel del oftalmólogo en estos casos consiste en establecer el diagnóstico y en los casos dudosos ayudarse con un atento análisis de los síntomas orbitarios y oculares á sostener aquél procurando apartar en las supuraciones orbitarias un grave peligro para el ojo.

10. De lo que más debe esperarse es de la colaboración científica y técnica del oftalmólogo y rinólogo. (*Revista Cubana de Oftalmología*, Octubre á Diciembre de 1920.)

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Pronóstico de la nefritis en la infancia.—El doctor Richard F. James hace un estudio de esta afección en la infancia y establece las siguientes conclusiones:

1.^a En la nefritis aguda, la mayoría de los pacientes se reponen absolutamente; sin embargo, nadie está justificado en decir que un niño se halla bien, basándose en uno ó en varios hallazgos urinarios, sino después que el niño haya vivido en un ambiente ordinario y con un regimen regular por mucho tiempo. En este caso, si la orina es negativa, tanto química como microscópicamente, podemos decir que el niño se ha curado. El pronóstico en el tipo exudativo agudo con edema y disminución de la secreción urinaria, es

menos favorable que en el tipo hemorrágico agudo sin edema. Mis estadísticas revelan que sólo 13,3 por 100 de los 67 casos agudos desarrollaron un tipo crónico de la enfermedad.

2.^a No existe ninguna guía específica para hacer el pronóstico del tipo crónico. Deben emplearse todos los métodos modernos de laboratorio y basarse el pronóstico en estos hallazgos. Creo que muchos pacientes con nefritis crónica ligera se curan. Las partes enfermas pueden restablecerse, aunque exista mucha degeneración, y las partes cercanas del riñón pueden hipertrofiarse y llevar á cabo el exceso de trabajo. En otras palabras, un riñón anatómicamente imperfecto puede funcionar eficazmente. En este sentido la nefritis es análoga á la enfermedad cardíaca. Se ha reconocido que la actividad funcional del corazón para desempeñar la tarea que le corresponde es de más importancia que sus defectos orgánicos. Si la reacción del corazón al ejercicio es buena y la hipertrofia escasa ó nula, el pronóstico es bueno. Un riñón enfermo, lo mismo que un corazón enfermo, debe observarse mucho tiempo, antes de poder sacar conclusiones precisas. Es sorprendente ver las lesiones que un riñón puede recibir y, sin embargo, reponerse al parecer.

3.^a Muchos tolerarán infecciones graves sin exacerbaciones agudas de la nefritis, pero es más probable que ocurran éstas después de infecciones de las vías respiratorias superiores. Por esta razón deben tratarse todos los focos infecciosos, tales como las amígdalas enfermas, los dientes cariados, y la otitis media aguda ó crónica, pues obran como depósitos de material tóxico que los riñones drenan. (*The Journal A. M. A.*, edición española, 15 de Abril de 1921.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Experiencia adquirida con las inyecciones intravenosas de glucosa especialmente en las cardiopatías, por el Dr. Th. Büdinger.—Estas inyecciones se aplican especialmente á los trastornos de nutrición del miocardio que pueden depender del defecto de glucosa en la sangre; de que llegue poca sangre á las arterias coronarias en los casos de esclerosis de éstas, ó de que las fibras musculares cardíacas no estén en condiciones de aprovechar la glucosa (infecciones é intoxicaciones). Administrando este monosacárido por la boca se almacena en el hígado, mientras que dándole por vía intravenosa es seguro que llegará al corazón. La inyección hace aumentar la diferencia entre la proporción de glucosa de la sangre y la de los tejidos, con lo que se favorece el tránsito de aquella á estos. Seguramente, se producirá glucógeno en las fibras miocárdicas, y cuando la hiperglicemia ha desaparecido aumenta el cociente respiratorio, y el recambio de agua, coloides y sales, siendo el de cada una de estas sustancias independiente de las demás. Cuando las inyecciones se practican en cantidad conveniente se ven libres de sus molestias y recuperan su aptitud para el trabajo enfermos cuyo miocardio sufría trastornos nutritivos de causa orgánica. El autor conoce enfermos anginosos que cuando se les repiten los accesos acuden á él para someterse al tratamiento de un modo sistemático, y otros miocárdicos que no respondían á la digital hasta que se sometieron á las inyecciones ó que no la necesitaron en cuanto fueron inyectados. Se evitan también los trastornos de compensación debidos á cardiodistrofias. Ha obtenido Büdinger excelentes resultados con su método en casos de sepsis, de neumonía crupal, de bronconeumonía gripal, de endocarditis lenta, de reumatis-

mo articular, de difteria en que el miocardio se encontraba alterado, porque gracias á él los digitálicos se mostraban más eficaces y otras veces eran innecesarios. Cuando en alguno de los tejidos del organismo existen gérmenes piógenos ó toxinas, se produce fiebre que puede servir para descubrir procesos infecciosos crónicos indolores que pasaran inadvertidos. Esta fiebre se diferencia de la que se produce á consecuencia de defectos del agua que se emplea para la solución porque aparece más tarde. Las reacciones locales que se presentan á consecuencia de las inyecciones intramusculares de sacarosa, las ha conseguido también Búdingen con las intravenosas de glucosa, principalmente en casos de blenorragia, y por eso aconseja utilizar éstas en sustitución de aquellas, primero porque tras de la reacción local viene una mejoría de las lesiones y segundo porque la sacarosa administrada por vía parenteral no se aprovecha como alimento ni se quema, la glucosa sí.

Todo excitante que provoque una reacción intensiva y extensiva suficiente del organismo, y sobre todo de sus funciones circulatoria y nerviosa está en condiciones de provocar reacciones locales. En este sentido obran las inyecciones de leche y las de tuberculinas, y su importancia diagnóstica estriba en que pueden servir para descubrir focos inflamatorios y estados dietéticos latentes. Pasado el aumento de los procesos flogísticos viene una disminución de los mismos que á veces llega hasta un restablecimiento completo de la normalidad. Por todo esto cree que en las enfermedades infecciosas citadas, sin perjuicio de la terapéutica específica es conveniente el empleo de las inyecciones intravenosas de glucosa con lo que en múltiples casos se evitarían trastornos valvulares por parte del corazón, principalmente en enfermos de reumatismo articular. Pero el autor previene contra el empleo del método á ciegas. No sería raro que en corazones debilitados se contribuyese con él á determinar un trastorno grave circulatorio, no sólo por el exceso de glucosa, sino porque al inyectar en la sangre de individuos algo edematosos una gran cantidad de este azúcar se reabsorbe agua de los tejidos y el corazón se encuentra de repente con una sobrecarga que no puede soportar. Se reserva el autor publicar más adelante las circunstancias en que su método está contraindicado y advierte que en los casos dudosos es conveniente preparar al enfermo para la primera inyección por medio de estimulantes cardíacos y remedios de depleción. Conviene que el tratamiento de que nos ocupamos se haga en sanatorios y establecimientos semejantes que tienen la ventaja de proporcionar á los enfermos un reposo imprescindible para el tratamiento. (*Die Therapie der Gegenwart*, Enero de 1921.)

2. **La dosificación del caseosan desde puntos de vista biológicos, por el Dr. P. Lindig.**—Aparte de algunos casos citados por Behne de reacciones anafilácticas en el tratamiento por el caseosan, reacciones que se presentaron en la época embrionaria de dicho tratamiento, el autor ha hecho más de mil inyecciones sin tener nunca que lamentar accidentes desagradables de ninguna clase, llámense como se quiera. Si algún que otro enfermo tuvo una reacción algo violenta, no puede decirse que llegara á ser molesta y además quedó más que compensada por la fase de bienestar consiguiente. La mayoría de los autores que se quejan de haber sufrido contratiempos con esta terapéutica han comenzado administrando dosis de 0,5 c. c. de caseosan por vía intravenosa. Lindig, en cuanto ha contado con una estadística un poco crecida, ha reconocido y recomendado que para empezar el tratamiento en enfermos con fiebre alta y debilitados (ha hecho sus investigaciones en puerperios sépticos y procesos ginecológicos) la dosis inicial debe ser de un

cuarto de centímetro cúbico. Fuera de la ginecología, como no tiene experiencia, no puede atreverse á emitir juicio, aunque comprende que los casos de trastorno grave del equilibrio de los humores orgánicos y los de alteración del aparato vascular han de exigir dosis menores para comenzar. Lo que sí advierte es que cuando hay leucocitosis alta, hay necesidad de gran prudencia para verificar el tratamiento. Para estas inyecciones de cantidades pequeñas aconseja el normasal de Straub.

La terapéutica por la caseína es omnícélular por dos razones: 1.^a, porque no se explicaría sino que con dosis tan pequeñas se produzcan reacciones tan generales; 2.^a, porque excita, según nuestros experimentos, todas las funciones, tanto vegetativas como de secreciones defensivas. Naturalmente que no todas las células responden del mismo modo y que las que se encuentran más atacadas por la enfermedad en las lesiones locales reaccionan de distinta manera. Este es el origen de las reacciones locales, en este como en todos los métodos terapéuticos. La intensidad de la reacción ante la inyección primera dará la medida de la dosis inmediata que se debe inyectar. En los casos de influenza, una sola inyección puesta cuando todavía no se halla completamente desarrollado el síndrome morboso le hace completarse en el término de uno ó dos días. Teniendo cuidado de empezar por la dosis de un cuarto de centímetro cúbico para los procesos ginecológicos y menos para los demás si el estado del enfermo es muy malo y graduando cada inyección por la reacción que ocasionó la precedente, no hay peligro de que sobrevengan trastornos graves y las inyecciones se pueden repetir á diario sin que haya un límite máximo para el número de inyecciones que se han de poner. Esto depende de la marcha del proceso. Si la reacción fuese muy grande se puede proceder á poner las inyecciones intramusculares ó á inyectar la tercera parte de la dosis y á las dos horas las dos terceras partes restantes. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 26 de Mayo de 1921.)

3. **Investigaciones experimentales acerca del mecanismo de acción del caseosan, por el Dr. K. Behne.**—

Los éxitos conseguidos con las inyecciones parenterales de leche en muchas infecciones llevaron á un empleo abusivo de este remedio, y, por consiguiente, á fracasos y desilusiones. No se tardó en demostrar que parte de los fracasos se debían á que la leche es un compuesto de albúmina, grasa é hidratos de carbono, en el que estos factores entran en proporción sumamente variable, y de aquí nació la idea, que Lindig realizó, de preparar las soluciones de caseína de vacas isotónicas y estériles, al 5 por 100. Estas soluciones son las que se conocen con el nombre de caseosan. Se puede inyectar por vía intramuscular é intravenosa. La indicación más importante del caseosan en ginecología la constituyen los puerperios sépticos y otros trastornos inflamatorios, principalmente las tuberculosis abdominales y genitales. El mecanismo en virtud del cual obra el caseosan es cosa que con seguridad científica no se halla aún aclarada hasta el punto de no ofrecer dudas. Se supone que aparte de provocar reacciones locales las provoca también generales que deben considerarse como dato favorable para el éxito del tratamiento, pero hacen falta investigaciones nuevas, tanto clínicas como experimentales, para comprobar tal aserto. Desde luego se puede negar que la única acción favorable del caseosan dependa de la elevación térmica que determina, como alguien ha pretendido demostrar. El autor se ocupa actualmente de estudiar la acción que las inyecciones de caseosan pueden tener sobre la proporción de opsoninas y de bacteriotropinas contenidas en los sueros humano ó animal en las infecciones producidas por estreptococos.

Una de las cosas más interesantes en la acción del caseosán es que da lugar á reacciones absolutamente iguales á las que se denominan de anafilaxia cuando se han puesto varias inyecciones. Hasta aquí el proceso no llama la atención, pero es el caso que a veces la primera inyección de caseína, en personas que jamás recibieron por vía parenteral ninguna otra substancia análoga, produce reacciones generales que no se diferencian en nada de las que determinan las reinyecciones. Como quiera que estas reacciones primitivas se encuentran de preferencia en las púerperas febricitantes, pensó el autor que pues las reinyecciones cuando determinan reacción lo hacen como un caso de verdadera anafilaxia y las reacciones primitivas son enteramente iguales, probablemente dependerán de la misma causa, y hay que admitir que el organismo esté sensibilizado en casos normales, es decir en los que nunca se ha administrado el remedio, contra la caseína. En las lactancias no hay por qué negar la posibilidad de que algo de caseína se absorba sin descomponer y aunque sea homóloga, como es substancia extraña para la sangre, ocasiona una autosenibilización del organismo. Precisamente las púerperas son las que presentan más a menudo y con más intensidad las reacciones primarias. Por lo demás, como todo el mundo ha sido alimentado con leche, aunque sólo fuera durante la lactancia, se puede pensar que parte de la caseína atraviesa la barrera epitelial del intestino sin descomponerse y provocara la sensibilización. Partiendo de estos razonamientos teóricos ha estudiado los cuerpos de reacción contra la caseína que se encontraran en los sueros de mujeres normales, embarazadas, lactantes (febriles y apiréticas) y otras que padecían diversos procesos ginecológicos. De estas investigaciones ha resultado que en general las mujeres poseen anticuerpos contra la caseína, y las febricitantes y afectas de diversos procesos, más que las normales. Después resultaba interesante averiguar hasta qué punto se producían estas reacciones en los hombres, y no resultó haber entre ellos y las mujeres grandes diferencias. Los experimentos hechos con caseína humana dan resultados completamente superponibles á los que se verificaron con caseína de vaca. Todas las interpretaciones que hasta ahora se han hecho del modo de obrar el caseosán son teóricas, y hay peligro de perderse con ellas en espacios ilimitados. El autor con toda reserva se atreve á sospechar, fundado en sus experimentos, que el caseosán es una albúmina extraña que se descompone rápidamente. Los productos de esta descomposición parenteral ó el proceso mismo constituyen el excitante que determina las reacciones local y general más ó menos pronunciadas. Los procesos inflamatorios locales y circunscritos, de las génesis y localizaciones más diversas son sumamente sensibles á esta excitación; primero se agravan y después mejoran ó hasta se curan. Como consecuencia práctica de lo expuesto se saca la de que el caseosán es cuerpo que puede dar lugar á reacciones anafilácticas, y aunque éstas son poco frecuentes en el hombre, tanto el autor como otros investigadores las han observado. La dosificación ha de ser una determinada para cada paciente, de acuerdo con las condiciones especiales que en él concurren. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 26 de Mayo de 1921.)

MEDICINA LEGAL

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Nueva reacción química para la investigación del óxido de carbono en la sangre, por E. Stockis.—Aparte de la investigación espectroscópica de la hemoglobina oxi-

carbonada, se conocen otras reacciones químicas que caracterizan el óxido de carbono en la sangre, ó en las maceraciones de órganos de individuos intoxicados. La más conocida es la de Kunkel, que utiliza una solución de tanino que produce en la sangre oxicarbonada un precipitado rojo cereza y en la sangre normal un precipitado gris obscuro. Resultados mucho más sensibles y más claros ha obtenido el autor con el cloruro de zinc en solución acuosa al 10 por 100. Este reactivo determina en la sangre normal un precipitado de color chocolate más ó menos grisáceo; colorea, en cambio, la sangre oxicarbonada en rojo cereza claro, con ó sin precipitación según la dosis empleada. Se ejecuta la reacción en una placa de porcelana blanca, mezclando algunas gotas de la sangre sospechosa con una cantidad mitad menor de reactivo; se puede hacer igualmente en un tubo de ensayo, ó en papel blanco de filtro. Esta reacción es sensible hasta diluciones de sangre al 1 por 100 del grado de saturación oxicarbonada, ó sea de una sangre que contenga 2,5 c. c. de óxido de carbono por litro y además es instantánea. En estas diluciones extremas, es desde luego necesario observar el cambio producido por el reactivo, por comparación con la sangre normal. La reacción se obtiene en todos los casos de intoxicación oxicarbonada, cualquiera que sea el origen del gas tóxico, ya resulte de la inhalación del gas del alumbrado, de gas pobre de la industria, ó de las emanaciones de aparatos de calefacción de tiro defectuoso. El autor la ha obtenido en diferentes casos de la práctica médico-legal, y sobre todo, en cadáveres en estado de descomposición muy avanzada, sea en la sangre, sea en los líquidos sanguinolentos pútridos de las cavidades pleurales. También puede obtenerse igualmente en las maceraciones de tejidos musculares del cadáver y en especial de los músculos pectorales recogidos en la autopsia. En este caso, la simple inmersión en el reactivo de fragmentos de tejidos musculares, les comunica una coloración carmín clara muy característica. (*Compt Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 14, 23 de Abril de 1921.)—LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento por la simpatectomía periarterial de los dolores premonitores de la gangrena en la endoarteritis crónica obliterante.—Leriche aporta una interesante observación demostrativa de que entre estos dolores hay que distinguir dos tipos diversos, que obedecen á tratamientos diferentes. El primer tipo corresponde al estadio pregangrenoso, y se caracteriza por accesos dolorosos de carácter paroxístico, acompañados de reacciones vasomotrices, principalmente de vasodilatación activa; estos fenómenos parecen ligados á un estado patológico, quizás de índole inflamatoria, de la adventicia femoral. Los dolores que acompañan á la gangrena confirmada, más fijos en su asiento, más estables y mejor localizados, pueden existir aisladamente ó juntarse á los del primer tipo, que se presentan mucho tiempo antes de la obliteración definitiva de la arteria.

Los dolores del segundo período, dependientes de la destrucción lenta de los nervios sensitivos y de la neuritis, desaparecen por la neurotomía, preconizada por Quenu. Los dolores del comienzo, en cambio, tienen su punto de partida en la arteria y requieren la simpatectomía arterial. A este último tipo pertenecía el enfermo de Leriche, y la denudación arterial dió en él excelente resultado. Y hasta podría esperarse que la denudación, originando una dilatación pasiva de los vasos periféricos, ya que no los evitara, retardase notablemente la aparición de los fenómenos gangrenosos. (*La Presse Médicale*, 30 de Abril de 1921).—L. P.

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.

Razones y sin razones.

De todas cuantas cuestiones preocupan y aun apasionan los ánimos, al fijar la atención en los problemas profesionales, dudamos que haya otra más difícil de abordar con serenidad y espíritu de justicia que la relativa á la validez de los títulos, autorizaciones, permisos y complacencias para el ejercicio de varias profesiones, y particularmente de la de médico, en España y por súbditos de otros países. Si siempre tuvo importancia el asunto, le han dado ahora inesperada actualidad las encontradas é indecisas disposiciones surgidas del Ministerio de Instrucción Pública, quien, único culpable del extraño estado de derecho que se había creado, mediante las absurdas é impremeditadas autorizaciones concedidas para el uso ilimitado de una autorización contenida en la ley para casos muy limitados y transitorios, después de sostener, durante años y años, la humillante apariencia de una inferioridad de la Ciencia española, y lo que aún es peor, del decoro del Estado nacional después de haber creado derechos, si discutibles y aun recusables en su origen, respetables por la no retroactividad de ciertas medidas, engendran después de haber consentido y aun fomentado la iniquidad en contra de nuestro prestigio y de nuestros intereses, no halla nada mejor, como muestra de la firmeza de sus convencimientos, que dar en tres meses un Real decreto dejando sin efecto un Decreto-ley, y luego, ante las prescripciones de la ley de 1857, dar una Real orden reconociendo como suficientes los ejercicios de reválida (*suprimidos por el Real decreto de Burell*), para que los extranjeros puedan ejercer, y á los diez ó doce días otra Real orden imponiéndoles la obligación de matricularse y examinarse de todas y cada una de las asignaturas.

No entramos por hoy en el fondo de la árdua y complicada cuestión, en la cual es bien conocido nuestro criterio de absoluta reciprocidad añejamente sostenido, cuando los que consentían los atropellos guardaban prudente ó indiferente actitud; pero lo que no creemos que nadie pueda aplaudir, es que en pleito tan delicado se tenga un criterio distinto cada ocho días.

La Ley vigente, ¿resulta anticuada, inaplicable y desautorizada por disposiciones, usos y abusos poste-

riores?... Pues abiertas tiene el Sr. Aparicio las Cortes, y dudamos que pudiera llevar á ellas iniciativa más justificada para resolver de una vez y con criterio firme un asunto que á nadie conviene dejar pendiente de los caprichos, unas veces indulgentes y otras restrictivos, de los ministros que le puedan suceder.

Vayamos, pues, á consignar el principio de la reciprocidad, por decoro y por justicia, y si creemos que la reciprocidad nos fuera más dañosa que la prohibición, vayamos á ésta, ó en otro caso, aun á la libertad más absoluta... Pero, ¡vayamos á algo serio, serio, estable y formal!, como deben serlo las cosas todas de la vida, pero muy principalmente las que se tratan con otros países y afectan á tantos intereses de muchas industrias y profesiones.

No comprendemos qué razones pueden oponerse á seguir este camino, y de desear sería que los que de encontradas maneras opinasen esto, hicieran públicas sus opiniones, para lo que desde luego les ofrecemos la más imparcial hospitalidad.

DECIO CARLAN.

SOBRE LA REFORMA DE LOS MANICOMIOS ESPAÑOLES

POR EL

DR. EULOGIO GARCÍA DE LA PIÑERA

Subdirector del Manicomio de Varones de Ciempozuelos.

Coincidiendo con la aparición de mi modesto artículo sobre manicomios en esta revista, recibo un folleto que el Sr. Sacristán tiene la atención de enviarme con el título «Para la reforma de la asistencia á los enfermos mentales en España» publicado en la revista *Archivo de Neurobiología* correspondiente al mes de Marzo. Al leer dicho trabajo siento verdadera satisfacción viendo por una coincidencia en que hemos de incurrir los que en manicomios trabajamos, trata admirablemente el punto por mí bosquejado sobre la intervención judicial en los enfermos mentales; de yo saberlo, nada hubiera hecho, pero sin conocerlo daba mi parecer sobre ello aunque de un modo englobado; reciba mi felicitación por tratar ese punto tan magistralmente como lo hace, y menester es por quien corresponda se tomen en cuenta sus observaciones, si bien creo ya se ocupan de este asunto tan transcendental para nosotros.

Cuanto se refiere á los enfermos, condiciones de estabilidad, ingreso y salidas y formación de la Liga de defensa del enfermo mental, desde luego cuente con mi

incondicional adhesión para ser un obrero más que trabaje en pro de dichos enfermos. Respecto al *extranjismo* necesario para ser psiquiatra, no coincidimos en esta apreciación, sobre ello he dado mi opinión y no he de repetirla.

Casi al mismo tiempo, leo el número de la *Revista de Sanidad Militar* correspondiente al día 1.º del corriente, y en ella me encuentro un artículo del doctor D. Julio Camino, titulado «El problema de los Manicomios civiles y militares en España». Dicho artículo me produce cierta amargura, pues en él hace la apología de los Manicomios españoles en un sentido tan depresivo para ellos, que llega á comparar el mejor de los nuestros con un presidio; en él habla de mazmorras, de cadenas, de procedimientos de los tiempos inquisitoriales, etc., etc. Yo no dudo dichos asertos, que dicho señor haya visto esas cosas en las visitas giradas á los manicomios que sin duda alguna y para desgracia de los enfermos y de los médicos dedicados á esta especialidad existan. Reciente está la campaña hecha contra esos establecimientos, sobre todo con el manicomio de Mérida y en la que el muy ilustre académico Dr. Dercf ha sido uno de los que más han llamado la atención sobre las malas condiciones de dichos establecimientos; no niego halla alguno más; pero decir que el mejor manicomio español tiene mucho que envidiar respecto á cuidados, organización y consideraciones humanas sociales á algunos de nuestros presidios, me parece un poco aventurado, pues si el Sr. Camino al visitar los establecimientos donde vió esas deficiencias hubiera prolongado su visita á alguno más, entre ellos este de Ciempozuelos, no hubiera pensado con esa igualdad de todos; habría visto cómo su funcionamiento es muy distinto al que él se imagina, cómo puede hoy colocarse á la altura de los más modernos frenocomios, y no he de repetir lo ya dicho por mis compañeros, pero aquí no hay mazmorras, ni castigos, ni procedimientos inquisitoriales, ni nada de esas cosas que parece no debían verse más que en las pinturas y grabados antiguos.

Con respecto á la organización de la Clínica Militar, aunque me figuro que su digno jefe, mi querido compañero Dr. González Alberdi, ha de contestarle, por el hecho de pertenecer á esta casa y estar enclavada dentro de su recinto, debo manifestarle que de su artículo se desprende no la conoce; de ser así, su pluma se hubiera contenido al ver que la organización de la misma es puramente dentro del régimen militar, que se siguen todos los métodos y procedimientos modernos y que esos *frailes* encargados de los enfermos son tan soldados como el primero, pues antes de venir á prestar sus servicios á ella juraron sus banderas como los demás, y que al querer menospreciarlos lo hace á sus mismos subordinados, pues esos frailes son los sanitarios de la Clínica, que por convenio especial hacen su servicio militar como enfermeros de ella.

Precisamente en el libro de visitas que existe en el establecimiento y en donde aparecen las firmas de las distintas personalidades que nos han honrado con ellas, están las del ilustre inspector general de Sanidad, doc-

tor Martín Salazar, á quien tanto le debe la Sanidad española, y la del inspector de Sanidad Militar, señor Urquidi, quien antes de establecerse la Clínica tuvo ocasión de girar varias visitas para dicho fin: los mismos jefes Sres. Gómez Moreno y Fernández Vuelta y el actual, pueden dar fe cómo está organizada, cómo funciona y en las condiciones inmejorables que están los enfermos. No dudo el día que se construya el proyectado Manicomio militar los enfermos que estén bien, pero mejor que en la actualidad lo veo difícil.

Respecto á que la gente se contriste ante el tuberculoso y se ría del *loco*, ¿quién tiene la culpa? En esto es en lo que hemos de trabajar todos: en hacer ver á la humanidad que si digno de lástima es el tuberculoso, tanto ó más lo es el demente; por eso hemos de hacer todos porque la situación del enfermo, tanto fuera como dentro del Manicomio ó Sanatorio, sea la mejor posible. Y como final, lo que el Sr. Camino manifiesta en la cuarta conclusión de su trabajo, en la que dice: «Por que dadas la orientación y exigencias del progreso y civilización modernas, el examen y estudio del *factor psicológico* de cualquier organismo social se impone tanto ó más que el *factor somático ó físico*, y será preciso que el organismo Ejército se pare más la atención de lo que hoy se hace al ingreso en filas ó en las Academias militares sobre el examen de la capacidad mental y sobre todo moral de los sujetos, pues sólo así podría evitarse esas deserciones diarias, muchas faltas de insubordinación, esas sediciones aisladas y muchos actos arbitrarios cometidos en los cuarteles por sujetos tarados más ó menos mentalmente ó contagiados de ideas disolventes.»

Lo que cree el resultado con el aprendizaje en el Manicomio militar, modelo del oficial médico alumno, creo que nadie más indicado que dicho señor para proponer que la educación militar, tanto de los cuarteles como de las Academias, y más especialmente estas últimas, dada la edad en que suelen ingresar los alumnos, la más peligrosa por todos conceptos, debe ser dentro de la más rigurosa higiene y de los medios de profilaxis que hoy se conocen, pues si bien es verdad que las condiciones higiénicas de las Academias y mayor parte de los cuarteles nada tienen que pueda tacharse, no sucede así con el medio en que están colocadas, y los que á esta clase de enfermedades se dedican, verán con qué frecuencia suelen presentarse en sus consultas, enfermos afectos de parálisis, enfermedad que tuvo su probable origen en aquellos días de academias y de aquellos vicios adquiridos en su juventud; con régimen sanitario, examinando como él propone los antecedentes físicos y psíquicos de los individuos destinados al servicio militar ó aspirantes en las Academias, seguramente los enfermos de esta clase no se verán en la proporción que lo vemos en la actualidad.

Asamblea de Colegios de Médicos de Salamanca, Cáceres y Badajoz. (1)

DISCURSO PRONUNCIADO EN LA SESIÓN DE CLAUSURA
POR EL PRESIDENTE DEL COLEGIO DE BADAJOZ

D. MARIO GONZALEZ DE SEGOVIA

Pero en la ciudad como en la aldea, en la familia como en la tertulia, la voz razonada del médico, con fe y con perseverancia, concluye por triunfar y triunfará decididamente si vosotros lo queréis.

Podría citaros algunos ejemplos que conozco; mas para no cansaros sólo recordaré aquí á un respetable médico de mi provincia, D. Juan Enrique Castilla, de Bodonal de la Sierra, que animado de aquellas dos virtudes dedicóse á instruir pacientemente á las madres en el Arte de criar hijos, que desgraciadamente ignoran todas las mujeres de nuestro país, y hoy tiene la doble satisfacción de ver reducida en su pueblo la mortalidad infantil á cifra inverosímil y de haber alcanzado un respeto sin límites y una consideración como médico desgraciadamente no muy común en los pueblos.

Seguramente entre vosotros habrá muchos competidores del Dr. Castilla que como él desarrollarán esa actuación social en la modestia del silencio.

Pero es preciso combatir esa modestia porque esa labor es obra de vulgarización, de difusión que será tanto más provechosa cuanto más se difunda, y ella es la que ha de comparecer ante la Sociedad en demanda de aquella consideración á que la clase médica es acreedora y esta ejecutoria es la que ha de capacitarla para ejercer funciones directivas en todos los órdenes sociales ya que no existe cuestión alguna social en la cual no tenga derecho de jurisdicción la Medicina.

Paralelamente á esta obra de redención social, de manumisión de los esclavos de la incultura sanitaria, hay que realizar la unión profesional, íntima y estrecha, de todos los sanitarios que á aquella obra han de concurrir.

Y esa unión íntima, estrecha, de perfecta solidaridad, no llegará á realizarse sino previa la selección de los anormales, que por desgracia existen entre nosotros, marchando resueltamente por el camino de la mutualidad que tan discretamente ha comprendido el Colegio de Médicos de Cáceres, escribiendo la primera y más gloriosa página de la historia de la unión profesional.

Yo aprovecho esta primera ocasión que se me presenta para dedicaros un frenético aplauso, modesto por ser mío, pero ruidoso y atronador por la transcendental importancia que encierra.

Y habréis de permitirme, seguro de que no os han de parecer extemporáneos, que prolongue esos aplausos hasta llegar á vuestro ilustre Mentor de la Mutualidad, al insigne maestro D. León Leal, honra de la provincia de Cáceres, á quien saludo en este momento porque estimo que su nombre, incorporado ya á los Colegios de Cáceres y Badajoz, merece mi más respetuoso saludo.

El y los que, como mi querido compañero Sr. Bardají, le secundan han hecho y harán más por la unión de los profesionales de la Sanidad que algunos de los que se apellaman apóstoles del movimiento societario médico.

Claro es, señores, que este camino aquí trazado no es senda de flores, ni asfaltada carretera, sino verdadera pista de carrera de obstáculos á cual más difíciles de salvar y más

peligroso; pero, ¿conocéis acaso obra alguna de redención en la historia de la humanidad que no los haya encontrado?...

Me llevaría muy lejos de mi firme propósito de no molestaros más que breves instantes, si hubiera de pasar revista á todos los órdenes de obstáculos que habremos de encontrar en ese camino; pero no quiero, no debo renunciar á señalaros uno que á mi juicio constituye serio y próximo peligro, á más de haber sido la causa fundamental de que la clase médica no haya visto lograda la satisfacción de sus aspiraciones en mayor grado de los alcanzados en los últimos tiempos.

Parece lógico pensar que siendo unas las aspiraciones de la clase y comulgando en ella todos los profesionales, al agruparnos para gestionar su logro, nos agrupáramos en apretado haz, que sería tanto más fuerte cuanto más numeroso y compacto fuera.

Pues bien, señores, los médicos apartándose deliberadamente de esta sen la que la lógica nos marca y con el afán de crear *cacicatos*, esto es, aquello mismo que aparentamos querer destruir, hemos creado órganos múltiples para esa expresión de nuestro deseo.

Y ahí están para robustecer mi afirmación la Asociación de titulares, la Junta de gobierno y patronato (toda ella hechura nuestra), los Colegios profesionales, la Federación Sanitaria de Andalucía, la Unión médica de Zaragoza, la Unión farmacéutica, la Unión veterinaria, la Federación de Colegios y acaso tantos otros como nos disponemos á crear en cuanto los actuales no satisfagan de modo inmediato las aspiraciones personales de algunos que se creen los poseedores del único y maravilloso específico capaz de curar nuestras dolencias.

Y esta bandera de *especificismo* moral, de verdadero curanderismo profesional, la levantamos al lado de atrayentes banderines de enganche en los que se lee: «guerra implacable al intrusismo».

¡Qué error de lógica, señores!... ¡Qué materia tan sugestible ofrecen estas clases médicas, queridos compañeros!...

Verdadero sueño parece que clases tan habituadas al raciocinio y á la reflexión como la clase médica, se deje suggestionar por todos los cantos de sirena que la rodean sin parar mientes en que mientras los Gobiernos y los políticos, mientras la Sociedad entera vea que no existe esa comunidad, esa unión íntima, contra las cuales son y serán viva protesta esos órganos de expresión de nuestras aspiraciones, no han de creer en la firmeza de nuestros postulados, en la justicia de nuestros ideales.

Yo estimo, señores, que es urgente nuestra rectificación de procedimientos á este respecto.

No niego que todas esas Asociaciones, que todas esas agrupaciones que por nuestra propia voluntad hemos creado han prestado valiosísimos servicios á nuestra causa; pero creo firmemente que el mayor que pudieran prestarle sería disolverse y venir á reforzar la autoridad moral de los Colegios que por deber legal se nos imponen, hacer de éstos un verdadero instrumento de Gobierno dócil á la consecución de nuestros ideales y preparar no sólo la Federación de Colegios de Médicos, sino la de todos los profesionales de la sanidad para hacer patria de ciudadanos fuertes y vigorosos de cuerpo y sanos de espíritu, y como secuela de tan magna obra velar por nuestros intereses.

Y... no os canso más. En nombre del Colegio de Médicos de Badajoz, con cuya representación me honro en estos instantes, con el testimonio de gratitud para las autoridades y para el Colegio de Cáceres por sus atenciones para con nosotros, vaya un apretado abrazo para nuestros compañeros todos de Cáceres y de Salamanca y muy singularmente para aquellos que en apartado rincón tienen hambre y sed de

(1) Véase el número anterior.

justicia y esperan su redención de nuestras deliberaciones. He dicho.

CONCLUSIONES APROBADAS POR LOS COLEGIOS MÉDICOS DE BADAJOZ, SALAMANCA Y CÁCERES EN LA ASAMBLEA CELEBRADA EN LOS DÍAS 28, 29 Y 30 DE ABRIL DE 1921.

Tema primero. Sobresueldo á los médicos municipales en épocas de epidemias. Medios de obligar á ello á los Ayuntamientos.

Primera. Obligar á los Ayuntamientos á que cumplan con el Reglamento para el servicio benéfico-sanitario de los pueblos de 14 de Junio de 1891.

Segunda. Recabar de la Inspección provincial de Sanidad haga uso de sus funciones delegadas con objeto de impedir que se apruebe ningún presupuesto de Ayuntamiento que no cumpla dicho Reglamento.

Tema segundo. Cajas de pensiones y socorros. Haber visto con enorme desagrado la respuesta dada por algunos individuos pertenecientes al Instituto Nacional de Previsión. Nombrar una Comisión que en representación de los tres Colegios haga saber personalmente al Ministro que corresponda las aspiraciones de los médicos exigiéndole un plazo prudencial para dar cumplimiento á ellas.

Tema tercero. Intervención de los médicos en la vida pública (diputados, concejales). Asimilación de los médicos á los funcionarios del Estado.

Primera. Debe ser norma general para los médicos la abstención en la vida pública.

Segunda. Los inspectores provinciales y municipales deben tener en materia de higiene y sanidad, las mismas prerrogativas y atribuciones que tiene el ministro de la Gobernación, gobernadores y alcaldes.

Tema cuarto. Clasificación económica de los partidos médicos. Retribución que deben tener como *mínimum*.

Primera. La iguala mínima en las tres provincias federales será de 10 pesetas anuales.

Segunda. El rendimiento *mínimum* que dará un partido médico rural de menos de 300 vecinos será de 5.000 pesetas anuales.

Tercera. Cuando un partido rural tenga menos de 500 vecinos se hará contrato cerrado con el médico titular.

Cuarta. Las Juntas de partidos y el Colegio de Médicos fijarán el rendimiento *mínimum* de los partidos médicos cuyo número de vecinos oscile entre 300 y 500.

Quinta. Las Juntas de partidos y los Colegios Médicos harán los estudios necesarios para la clasificación de los partidos médicos, con el objeto de imponerlos á los médicos y darlos á conocer á los pueblos.

Sexta. Los Colegios, velando por el prestigio de sus colegiados, no perderán la ocasión para fomentar la disciplina de la clase médica y harán cumplir con toda energía lo dispuesto en sus Estatutos.

Séptima. Los Colegios Médicos estudiarán y aplicarán aquellas medidas coercitivas aplicables á médicos y pueblos que sean necesarias para que cumplan estas bases, y

Octava. Los *Boletines* de las tres provincias publicarán el ruego de esta Asamblea dirigido á los señores médicos pidiéndoles no soliciten ninguna vacante sin antes informarse del Colegio Médico respectivo.

Tema quinto. Condicionar el ejercicio de la Medicina,

con relación á entidades privadas (ferrocarriles, sociedades, sindicatos, etc.).

Entiende la Asamblea que siendo un problema nacional las relaciones del médico con las Compañías de ferrocarriles, de Seguros de vida y Seguros de accidentes del trabajo, deben solicitar la opinión de la Federación de los Colegios para que ella indique la conducta á seguir.

PATENTES MÉDICAS

Es aspiración de la Asamblea que se modifique el actual régimen de patentes médicas. Las Delegaciones de Hacienda, de acuerdo con los Colegios Médicos provinciales, fijarán la cuota contributiva de la provincia, para que los Colegios la distribuyan equitativamente entre sus colegiados, pagándola por trimestres.

JUNTA DE GOBIERNO Y PATRONATO DE MÉDICOS TITULARES

Es aspiración de la Asamblea la desaparición de la citada Junta y que sus atribuciones pasen por entero á los Colegios.

Cáceres, 30 de Abril de 1921.—El presidente del Colegio de Badajoz, *Mario G. de Segovia*.—El presidente del Colegio de Salamanca, *José Carlos Herrera*.—El presidente del Colegio de Cáceres, *L. Durán*.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 5 DE FEBRERO DE 1921.

Fallecimiento del profesor Valdeyer.

El DR. RECASENS da cuenta á la Academia del fallecimiento del gran anatómico alemán Guillermo Valdeyer y dice que el día 23 de Enero falleció el que fué antiguo profesor de la Universidad de Strasburgo y después profesor de Anatomía de Berlín, cuyo nombre puede equipararse á los que tanta gloria dieron á la Anatomía patológica alemana. El nombre de Valdeyer junto con el de Virchow constituyen, se puede decir, el fundamento de la época gloriosa de la Anatomía patológica alemana y de la Anatomía en general. Su obra sobre la conformación pélvica, sus estudios y su libro de Anatomía topográfica son verdaderos monumentos porque todo el mundo encuentra en ellos algo digno de ser copiado, algo digno de ser mencionado.

No duda de que la Academia se asociará al pésame que siente la Facultad de Medicina de Alemania por la pérdida de un hombre tan eminente; y al mismo tiempo aprovecha la ocasión para decir que una de las cláusulas del testamento, hombre de una posición modesta, con una familia muy numerosa, deja escrito que no quería que depositaran coronas sobre su féretro y que deseaba que el importe de cuanto tuvieran que gastarse en honores para él, fuera para las viudas y huérfanos de médicos, Asociación que existe en Alemania, y como quiera que es una cosa siempre interesante, que esto es una cosa que nuestro presidente ha creado, y que en realidad significa el Colegio de Huérfanos de Médicos, uno de los triunfos más gloriosos que pueda tener el Dr. Cortezo en su larga vida política y social; cita el hecho del testamento de Valdeyer, como digno de ser imitado, y, sobre todo, para que se vea que los hombres que en el terreno científico han

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPA

MAJOR L., y Estaño coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



llegado á la altura en que llegó el eminente anatómico, cuando llega el momento de despedirse de este mundo, se acuerdan de las viudas y de los huérfanos de los compañeros que verdaderamente puedan necesitar de nuestro auxilio.

Después de lo que acaba de manifestar el Dr. Recasens, la Academia en pleno se asocia al sentimiento que á todos embarga por la pérdida del eximio profesor alemán.

El histerismo en la infancia.

El Dr. GONZÁLEZ ALVAREZ continúa su interrumpido discurso en tan interesante asunto, y haciendo historia del histerismo, dice que á la idea hipotética, siguió la hipótesis fundamental; á ésta, la teoría más cercana á la verdad, y por último, la confirmación de ésta. Que en 1899, ya manifestó á la Academia que el histerismo es una perturbación del dinamismo cerebro-espinal, en el que se hallan perturbadas todas las manifestaciones, aisladas y asociadas, de las funciones cerebrales, de cuya perturbación se desconoce la esencia, el cambio material que debe precederla y originarla, por lo que reproduce hoy la hipótesis patogénica que hace veintidós años expuso y que figura en los Anales de dicho año.

El Dr. González Alvarez cita un hecho en apoyo del flúido transmitido á distancia, y dice: El Dr. Royo Villanova, profesor de la Universidad de Zaragoza, fué llamado urgentemente por una señora que se hallaba sufriendo una crisis nerviosa terrible de llanto, de emoción, de susto, de inquietud, de desesperación, diciendo: «Doctor: acaba de morir mi marido (era coronel de un regimiento en Africa), acaba de morir... lo he visto caer... han maltratado su cadáver.»—Señora, hubo de contestar el doctor, ¿si no hay noticia alguna?... Era el día del Barranco del Lobo, de aquella terrible catástrofe para nuestras tropas. Llegaron los telegramas; aquel día, y á la misma hora de la batalla en que moría su marido, ocurría la visión de la desgracia de aquella señora. Transmisión de flúido, de ese flúido inconsciente, involuntario, algo de eso que se llama telepatía.

Cita otro hecho inexplicable. Iba de San Petersburgo embarcado para Estocolmo, el año 1897; á eso de las doce de la noche despertó sorprendido de ver que el barco estaba parado y sonaba ruido de cadenas y voces de mando. El barco había encallado entre unas islas del lado de Islandia. Más de seis horas estuvo detenido por haberse roto tres áncoras y con peligro de que hubiera hecho vía de agua; afortunadamente nada sucedió, sino el susto y el retraso; pero el peligro fué evidente. Regresó á España, y al reunirse con la familia, contó el suceso del Báltico, y resultó que la misma noche del peligro, después de cenar la familia, les acometió una profunda tristeza hasta llorar todos sin darse razón de ello; pidieron á la Virgen protección para mí (dice el Dr. González Alvarez) en el viaje, y después de rezar, se tranquilizó aquéllo y pasó aquel espasmo del espíritu.

Cita otro hecho: era alumno de Medicina en Valladolid, cuando un día, á la hora de estudio, su inteligencia se oscureció; no pudo fijar su atención, le entró una tristeza profunda y empezó á llorar. El compañero de habitación le dice: «¿Qué tienes, qué te pasa, qué te sucede?—No sé—contesto,—necesito desahogarme, no sé qué tengo, déjame, no tengo nada; será un histerismo, una cosa nerviosa, no sé.» A poco se pasó. A la mañana siguiente recibió un telegrama de su

casa diciéndole: Todos buenos». El compañero le explicó la razón del telegrama. En su nombre había teleografiado á casa preguntando si había novedad. Quince días después recibe carta en la que le decían. «Aquel día que pusiste el telegrama, sacramentaron á tu hermana y el médico dijo que no salía de la noche; hoy está ya convaleciente». ¿No hay aquí algo raro?

El Dr. González Alvarez cita otro hecho de sugestión voluntaria á distancia y es: el doctor Tolosa Latour tenía íntimamente amistad con Charles Richet, de París; le invitó un día á almorzar y hablando de estas cuestiones le dijo: «Hay una señora que la hipnotizo muy frecuentemente con gran facilidad, y se va curando de todas las manifestaciones hísticas; he llegado á sugestionarla á distancia. Voy á ver si lo consigo: le voy á ordenar que venga inmediatamente á verme.» Al poco rato entra un criado: «La señora X pregunta por el señor.» Tolosa admirado, Richet se levanta a recibirla y le dice: «¿Cómo ha venido usted á esta hora?»—Pues, señor, no sé á qué he venido; no tengo nada que preguntar á usted, ni que decirle; estaba en mi casa y de repente me acordé de usted y dije: tengo que verle, pero ahora le digo que me dispense, porque no tengo nada que decirle.»

Y añade el Dr. González Alvarez: Todos estos sorprendentes hechos, como el recuerdo repentino de una persona que á poco se tropieza con ella, son hijos de aquel flúido de residencia cerebral; que el día que se conozcan sus leyes y se le pueda manejar y hasta dominarle, se tendrá la explicación de todos estos hechos, será como árbitro del destino, de la intelectualidad, de la moral individual, se podrá dirigir al espíritu humano, evitar el crimen, hacer hombres buenos y hasta genios en las ciencias y las artes; leer en el destino y predecir lo por venir.

Termina el Dr. González Alvarez preguntando: — ¿Por qué no estudiar este flúido como se estudian las ondas hertzianas?

El Dr. TAPIA al intervenir en este asunto sienta la afirmación de la existencia del histerismo en la infancia, aun cuando no sea muy frecuente. En apoyo de esta opinión recuerda un trabajo muy interesante de los Sres. García del Diestro y Juarros, que se publicó en los *Archivos de Neurología* en 1911. En su confirmación está el siguiente caso: Se trata de un niño de seis años que tenía vegetaciones adenoideas, con la variada sintomatología de aprosexia, insuficiencia nasal, terrores nocturnos, dolores de oído, etc. Es de advertir que la madre del niño en su juventud había tenido ataques de gran histeria. Extirpó las vegetaciones y tuvo la sorpresa dolorosa de que inmediatamente después de la operación el niño no podía hablar. Era un caso típico de mutismo perfectamente característico, de origen histérico. Al llorar repetía la palabra ¡ay! no siendo capaz de hablar ni para pedir alguna cosa; en cuanto le visitaba repetía en su llanto la palabra supradicha, y al calmarse, por más esfuerzos que hacía, era incapaz para repetir el ¡ay! Por fortuna bastó que se le dijera que era necesario operarle de nuevo para recordar la palabra, y acto continuo rompió á hablar.

El Dr. Tapia entra en consideraciones sobre este hecho y manifiesta que Charcot al hablar del mutismo histérico dice que se diferencia de la mudéz en que el mudo puede emitir sonidos articulados, pero no el que padece mutismo histérico; en éste hay mudéz y afonía, por lo que Botey, que

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).

también opina así, denomina con la expresión *afonaudia* al mutismo histérico, queriendo significar con este término no sólo la imposibilidad de emitir la palabra en voz alta, sino la de producir toda clase de sonidos, articulados ó no. Pues bien, dicho niño los emitía (lloraba con gran sonoridad) y no solamente inarticulados, puesto que repetía muchas veces la palabra ¡ay! en tanto ella era producto reflejo del llanto, si bien era incapaz de repetirla por el imperio consciente de su voluntad.

Tal hecho, dice, le recordaba lo que ocurre con la afonía histérica, cosa diferente del mutismo, y que á menudo es confundida con él por muchos autores. En la afonía histérica no es posible articular una sola palabra sonora, los individuos hablan, se expresan correctamente, pero sin sonido, es decir, la representación cerebral de los movimientos articulados necesarios para producir la palabra íntegra, pero se ha perdido lo necesario para que las cuerdas se aproximen y se estiren cuando se ha de producir *voluntariamente* el sonido de la voz. En cambio, si se les obliga ó se les manda toser lo hacen con la sonoridad normal, no son áfonos para los actos reflejos, en los cuales se realiza normalmente el contacto y no desvían de las cuerdas, fenómeno este conocido con el nombre de *apritiria*, que permite diagnosticar en el acto la afonía histérica de las afonías orgánicas. Como se ve, es un fenómeno muy semejante al observado en el caso de mutismo histérico antes referido y que modifica un poco la opinión corrientemente sustentada.

El Dr. Tapia dice por fin: no quiero terminar sin hacer otra pequeña observación que dirijo al Sr. Marañón. Este niño y varios otros afectos de trastornos nerviosos (terrores nocturnos, enuresis, etc.), se han curado completamente después de extirpadas sus vegetaciones adenoideas. Aun cuando por demasiado esquemáticas, no se aceptan las etapas que Weill admite en el histerismo infantil, es indudable que hay un primer período de excitabilidad del sistema nervioso traducido por reacciones anormales de orden dinámico que desaparecen muchas veces, casi siempre, extirpando las vegetaciones adenoideas, ó que de lo contrario se instalan definitivamente para ir progresando hasta constituir el histerismo típico de la edad adulta. Acaso pueda ser esto complicado por la acción endocrina de las adenoideas.

DR. CESALDO.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebró el martes pasado su última sesión del presente curso, que ha sido como todos los de esta docta Corporación, de una gran propaganda y verdadera divulgación científica para la práctica de la higiene en las costumbres públicas.

Después de una breve actuación de los Sres. Bascuñana y P. Redondo, terminó la discusión del tema «La Moda y la Higiene», quedando aprobadas todas las conclusiones que presentó la doctora Soriano con una sucinta intervención de los Sres. Decref, Villarejo, Bascuñana y García Morcillo.

El Dr. Fernández Caro, como presidente de la Sociedad, declaró terminadas las tareas del presente curso y con este motivo pronunció un discurso elocuentísimo que fué interrumpido en distintas ocasiones por los aplausos del público

que llenaba el salón y que al final tributó al Dr. Fernández Caro una ovación tan merecida como justificada.

El Dr. Fernández Caro, que estuvo felicísimo de expresión y de concepto, matizó su oración con frases de gran actualidad social y política, dando conceptos modernísimos de la higiene en su más alta acepción científica.

Felicitemos muy sinceramente al Dr. Fernández Caro por su incansable labor en pro de la cultura patria.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Existiendo vacante en las Escuelas de Veterinaria de Zaragoza y Santiago la cátedra de Parasitología, Bacteriología y Preparación de sueros y vacunas,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que se anuncie á oposición libre entre veterinarios y licenciados ó doctores en Medicina, Farmacia ó Ciencias Naturales, la provisión de las cátedras expresadas, vacantes en las Escuelas de Veterinaria de Zaragoza y Santiago, dotadas cada una de ellas con el haber anual de 4.000 pesetas.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 29 de Abril de 1921.—*Aparicio*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 21 de Mayo).

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,1; ídem mínima, 701,2; temperatura máxima, 29°,6; ídem mínima, 11°,4; vientos dominantes, NNE. ENEO.

Siguen dominando el cuadro de los afectos agudos, los que tienen carácter gripal y se localizan principalmente en los órganos respiratorios.

También se observan reumatismos articulares, infecciones intestinales tifoideas y coli-bacilares.

La mortalidad va disminuyendo respecto á las épocas anteriores.

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

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Mayo de 1921.
Menores de 1 año.....	203	179
De 1 á 4 años.....	184	120
De 5 á 19.....	119	93
De 20 á 39.....	224	181
De 40 á 59.....	251	219
De 60 en adelante.....	305	315
Sin clasificación.....	2	3
TOTAL.....	1.288	1.110

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.

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Mayo de 1921.
Fiebre tifoidea.....	13	8
Tifus exantemático.....	3	1
Viruela.....	5	1
Sarampión.....	18	6
Escarlatina.....	1	3
Coqueluche.....	17	5
Difteria.....	9	3
Gripe.....	33	36
Otras epidémicas.....	3	3
Tuberculosis pulmonar.....	158	128
Idem meningea.....	16	16
Otras tuberculosis.....	23	18
Cancerosas.....	59	70
Meningitis.....	90	55
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	56	60
Orgánicas del corazón.....	78	71
Bronquitis aguda.....	61	42
Idem crónica.....	26	23
Pulmonía.....	35	27
Broncopneumonía y otras.....	124	104
Enteritis (menores de dos años).....	60	55
Apendicitis y tiftitis.....	3	5
Hernias y obstrucciones.....	14	13
Cirrosis hepática.....	11	6
Nefritis.....	42	41
Septicemia puerperal.....	4	6
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	42	43
Senectud.....	28	24
Otras enfermedades.....	256	238
TOTAL.....	1.288	1.110

Varones.....	571
Hembras.....	539
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	41,55
Idem íd. en Marzo de 1921.....	35,81
Idem íd. en Abril de 1921.....	41,63

Observaciones.

Habitualmente el mes de Mayo es en Madrid uno de los de menor mortalidad. Afortunadamente este año ha vuelto a registrar como antes de la gripe cifras bajas. La media diaria 35,81 es muy reducida dada la población que de hecho tiene la capital.

Las ocho defunciones de fiebre tifoidea ocurrieron en ocho distritos diferentes.

Por tifus exantemático murió una enferma en el Hospital Provincial.

En el mismo establecimiento ha fallecido un jornalero toledano, de veintidós años, diagnosticado de meningitis cerebro-espinal, sin otra indicación.

Por varicela, una defunción de un niño de diez meses.

Nacieron vivos, 1.573.

En la estadística que publicamos el mes anterior quedó en blanco, por error de pluma, el número de fallecidos en Abril de cinco a diez y nueve años. Estos fueron 100, como podía deducirse del total, que era exacto. Por la misma causa el copista puso «Marzo» en las cabezas de columna, en lugar de Abril. El buen juicio de los lectores subsanaría seguramente estos pequeños errores que esperamos no repetir.

LUIS LASBENNES.

Crónicas.

Colegio oficial de médicos de la provincia de Córdoba.—Junta de gobierno: *Presidente*, D. Francisco Bueno

Roldán; *Vicepresidente*, D. José Navarro Moreno; *Contador*, D. Baldomero Castellano Sánchez; *Tesorero*, D. José Maldonado Fernández; *Vocales*, D. Arcadio J. Rodríguez Camacho, D. Leandro González Soriano, D. Ricardo Pérez Jiménez, D. Miguel Luanco Lacasa, D. Manuel Ruiz Maya, D. Eduardo Amo González, D. Manuel Paniagua Melero, D. Apolinar Rodríguez Romero, D. Enrique Cabello Plá, D. Eugenio Díaz Burgos, D. José Martín Martín, D. Juan Carrasco Ballesteros, D. Alejandro Yun Torralbo y D. Eduardo Tello Amador; *Secretario*, D. Joaquín Gómez Aguado.

Dignificando la profesión.—De la *Federación Sanitaria* de Sevilla copiamos:

«Creemos merece este título la obra que viene realizando en El Rubio (Sevilla) el que hasta hace poco fué su médico titular D. Antonio Fajardo.

Con el fin de realizar sus propósitos con la mayor independencia y autoridad, renunció el cargo para ocupar la plaza de Juez municipal. Mediante sus gestiones ha logrado que el Ayuntamiento cree una plaza de matrona, dotada con 750 pesetas; que eleve de 500 pesetas a 1.000 el sueldo del practicante, y el del médico titular, para el que venga a sustituirle, de 1.500 pesetas a 3.000.

También, y secundando al actual alcalde, que está animado de los mejores propósitos, estudia la forma de construir unos magníficos locales-escuelas y de mejorar todos los servicios urbanos.

La conducta del Sr. Fajardo es digna de los mayores elogios, que debiera ser imitada por todos los asociados, con lo que daríamos un gran impulso al progreso general del país.»

Real Academia de Medicina de distrito: Santa Cruz de Tenerife (Canarias).—Por acuerdo de esta Real Academia y cumpliendo lo prevenido en sus Estatutos, se abre un concurso con arreglo a las condiciones que luego se expresan, para premiar los mejores trabajos que se presenten sobre el siguiente tema: «Utilización terapéutica, racional y práctica de los productos endocrinos».

CONDICIONES

1.^a Pueden presentar trabajos con opción a premios, todos los médicos nacionales que no sean académicos numerarios de esta Real Corporación.

2.^a Los trabajos se remitirán al secretario perpetuo de la misma (calle Castro, núm. 28), hasta las doce de la noche del día 31 de Octubre del presente año; terminado este plazo ya no podrán ser admitidos a concurso.

3.^a Los trabajos se remitirán marcados con un lema y bajo sobre cerrado, y marcado con el mismo lema el nombre del autor.

4.^a Cuando la Real Academia dé su dictamen, luego de conocer el de la Ponencia que se nombre, acerca de los trabajos que deban ser premiados, se publicarán los lemas de aquéllos para conocimiento de sus autores, cuyos nombres se sabrán en el acto de la sesión inaugural al abrir los sobres respectivos, al mismo tiempo que han de ser quemados los que contengan los nombres de los autores no premiados.

5.^a Habrá un premio consistente en medalla de oro y título de académico corresponsal, y otro premio accésit consistente en el título de académico corresponsal para los dos autores agraciados por orden de preferencia.

Oposiciones a Sanidad de la Armada.—La *Gaceta* del día 9 publicó una Real orden del Ministerio de Marina convocando a oposiciones públicas entre doctores y licenciados en Medicina y Cirugía, para proveer 50 plazas de médicos segundos del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Los ejercicios comenzarán en Madrid el 15 de Septiembre. Las instancias se presentarán hasta las trece del 8 del mismo mes.

Oposiciones a veterinarios militares.—El ministro de la Guerra publica en la *Gaceta* una Real orden disponiendo se convoque a oposiciones para cubrir 60 plazas de veterinarios terceros del Cuerpo de Veterinaria militar, y que los ejercicios den principio el día 1 de Septiembre próximo en la Escuela de Veterinaria de esta corte. El plazo de admisión de instancias terminará a las trece del 20 de Agosto.

PEÑACASTILLO

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

Director: **DR. MORALES.** — Santander.

Colonia infantil.—La Colonia infantil, compuesta de 40 niños de ambos sexos, seleccionados de entre los muchos que asisten a la primera Casa de Higiene, fundada por el Comité Femenino de Higiene Popular, de Madrid, han sido ya reconocidos por el Dr. Tena, para ser trasladados en breve al Sanatorio Marítimo de Oza (Coruña), cuyos gastos serán cubiertos con donativos.

Sus Majestades los Reyes, familia Real y señor obispo de Madrid-Alcalá, se han dignado patrocinar y encabezar la lista de donativos, cuyos nombres de los señores donantes se irán publicando en la Prensa diaria según se vaya disponiendo de espacio.

Los donativos se reciben en la casa de la presidenta, señora de Tolosa Latour, Atocha, 20.

Robo en un hospital de Barcelona.—El ayudante de contaduría del hospital de la Santa Cruz de Barcelona, ha denunciado que, al presentarse en la mañana del día 7 en las oficinas, vió que había sido forzado el cajón de una mesa y también la caja de caudales, en la que se guardaban trece mil pesetas en billetes.

Se sospecha que el autor del robo es el mozo encargado de la limpieza de aquella oficina, que ha desaparecido.

Fiesta benéfica en la Ciudad Lineal.—En el parque de la Ciudad Lineal se celebró el día 4 la anunciada fiesta á beneficio de la Junta de la Cruz Roja del distrito de Vallecas.

Asistieron Sus Majestades las Reinas D.^a Victoria y doña María Cristina y S. A. la infanta D.^a Isabel.

Las regias personas fueron recibidas á su entrada en el parque por la Junta de damas de la Cruz Roja de Vallecas.

Las cantidades recaudadas en la tómbola y en el despacho de localidades fueron muy crecidas.

Necrología.—En la villa de Cumbres de San Bartolomé (Huelva), donde venía desempeñando su titular desde hace muchos años, ha fallecido el Dr. D. Luis de Dueñas y Sánchez, el día 16 de Abril pasado.

A su familia manifestamos el sentimiento de esta Redacción por tan sensible pérdida.

Sanatorio antituberculoso en Sevilla.—Los infantes D. Luis y doña Luisa realizaron el día primero de los corrientes una excursión en automóvil al pueblo de Dos Hermanas, para visitar el sanatorio antituberculoso que se construye en aquel pueblo.

Acompañaron á los infantes la presidenta de la Junta de damas, condesa de Lebrija, el gobernador civil y el vicepresidente de la Comisión provincial, marqués de Valle de la Reina.

Fueron recibidos los infantes en el sanatorio por las damas de la Junta, marquesa de Casa Mendaro, de Valle de la Reina, condesa de Colombí y señora viuda de Ibarra.

Los infantes recorrieron las dependencias del edificio, que quedará terminado en plazo breve, y que se construye con productos de las recaudaciones de la Fiesta de la Flor.

A su regreso visitaron el dispensario antituberculoso de Victoria Eugenia, y, por último, tomaron el té en casa de la condesa de Lebrija.

Pro Colegio de huérfanos.—El *Boletín Oficial* de los Colegios de médicos, farmacéuticos y veterinarios de Badajoz ha publicado entre sus noticias el siguiente suelto:

«Recordamos á todos los médicos de la provincia, que en el Colegio del Príncipe de Asturias se educan y capacitan para la lucha por la existencia, cien huérfanos de médicos pobres, cuyo sustento y cuya educación dependen de la venta de sellos.

Ningún médico debe olvidarse al firmar una certificación, de que al imponer al interesado la obligación de fijar en ese documento el sello del Colegio, enjuga una lágrima de uno de los suyos.

¡Por compañerismo y por caridad, colegas!»

Desde estas columnas, los huérfanos agradecen la labor del colega.

«La Mariposa».—Venimos recibiendo cada día con mayor frecuencia hasta el extremo que no dudamos verla completamente regularizada dentro de muy breve tiempo, *La Mariposa*, revista de cultura femenina editada en Barcelona, Congost, 26. Notamos en ella aumento de atildadas firmas con una mayor colaboración, que la hacen cada día más interesante.

Si bien reconocemos somos ajenos al carácter de tal publicación, si nos lo permite su director, le indicaremos que encontramos algo corta la parte que á cultura general dedica comparada con lo extensa y variada del suplemento.

Médico ó farmacéutico con treinta mil pesetas garantizadas, ganará cuando menos seis mil comanditando negocio profesional importantísimo, sin competencia en marcha gran éxito. Apartado 920, Madrid.

Oposiciones á Médicos de Sanidad de la Armada, 50 plazas para Septiembre; obra única, 50 pesetas. Programa, 1,50. Editorial Campos. Princesa, 14, Madrid.

LIBROS de medicina franceses, se mandan rápidamente á toda España. Ventas en franco. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la librería Internacional, Churruca, 6, San Sebastián.

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



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

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.

SOLUCIÓN BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros 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 fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO.

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.