

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

### PROGRAMA CIENTIFICO:

*Cienola 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: Dos historias clínicas de gangrena traumática.—Interpretación del síndrome de vértice, por el Doctor D. Baudilio López Durán.—Los servicios sanitarios en la campaña de Marruecos, por el Dr. E. Stoker.—Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal, por el Dr. D. Teófilo Hernando.—Bibliografía, por Emilio Luengo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Sindicato Médico de Madrid y Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid.—La Sanidad y los seguros sociales.—Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.—Sección oficial: Ministerio de Trabajo, Comercio é Industria.—Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

### HOSPITAL CIVIL. CLÍNICA DEL DR. CARRASCO

#### Dos historias clínicas de gangrena traumática

PRIMERA HISTORIA: AVULSIÓN DE UNA MANO. GANGRENA GASEOSA. AMPUTACIÓN DEL BRAZO. CURACIÓN.

El día 14 de Febrero de 1900 ingresó en mi clínica, y ocupó la cama núm. 7, un inglés, de diez y nueve años de edad, llamado Roberto H. Johnpesson, fuerte y robusto, de oficio mariner, el cual, tres días antes, hallándose en alta mar, fué cogido por la rueda del timón, cortándole á cercén la mano izquierda.

Cuando ingresó en mi clínica, su estado era gravísimo, casi desesperado. Le faltaba la mano izquierda, que, como queda dicho, le había amputado el timón por la muñeca. La herida estaba infectada. El antebrazo, hinchado, de color rojo azulado, con ampollas llenas de serosidad sanguinolenta, y con chapas de gangrena en la cara anterior hasta la flexura. El brazo, hinchado también hasta el hombro, edematoso, con crepitación gaseosa, que se extendía hasta la axila y partes próximas del tórax y del cuello.

El estado general estaba en consonancia con el local. Palidez extrema, tinte terroso, postración profunda, pulso frecuente y tan pequeño, que apenas se percibía ni aun en las carótidas; hipotermia.

Quien haya observado casos semejantes y tenga

presente la gravedad inmensa de tan temible complicación de las heridas, comprenderá mis perplejidades y mis dudas sobre lo que convenía hacer, y mi poca esperanza de poder salvar al enfermo. Ciertamente que era un sujeto joven, sano y vigoroso; pero ¿qué organismo puede resistir una perturbación tan violenta como la que produce siempre la gangrena traumática gaseosa?

Cruzarme de brazos, convencido de que había llegado demasiado tarde, era condenar irremisiblemente al pobre enfermo á una muerte cierta. Pensar en dar energías á aquél organismo con medicamentos, fueren los que fueren, hubiera sido engañarme á mí mismo, pidiendo á la terapéutica farmacológica lo que la terapéutica no puede dar en tales casos. Proceder inmediatamente á restar elementos de intoxicación amputando lo más alto posible, hubiera sido, sin duda, lo más racional. Mas, ¿podría el enfermo resistir una operación grave de suyo, y más grave en este caso, por tener que ser hecha en tejidos tan infectados y en un organismo casi sin vida?

En estas dudas, y no resignándome á dejar morir á un enfermo, cuyas energías, por su vigor y juventud, consideraba yo posible despertar, si lograba disminuir la infección, llevé al enfermo á la sala de operaciones, hice en el antebrazo *extensas* y *profundas* incisiones, y dos en el brazo, en sitio, éstas últimas, que más adelante, si lograba mi propósito, me sirvieran para hacer la amputación. Por unas y por otras salieron en abun-

dancia gases fétidos y serosidad sanguinolenta; y en el fondo de las del antebrazo se veían los músculos de color negro, gangrenados.

Lavé abundantemente con solución de sublimado al 1 por 1.000, rellené las incisiones con gasa empapada en solución de cloruro de cinc al 5 por 100, y dispuse irrigación continua con cloruro al 1 por 100. Al mismo tiempo se le ponía una inyección subcutánea de 300 gramos de suero de Hayen, y, trasladado á su cama, dispuse que le dieran cucharadas de la poción tónica de Tood.

Cuando vi al enfermo al día siguiente, me pareció encontrarle un poco mejor. Me dijeron que había tenido algunos vómitos y que había estado intranquilo toda la noche; pero el pulso era más perceptible y el termómetro marcaba 37° 2.

Separé las gasas que envolvían el miembro y las que rellenaban la incisiones, lavé con sublimado, volví á rellenar con gasas al cloruro al 10 por 100 y mandé que continuase la irrigación continua permanente, y se le puso además otra inyección de 500 gramos de suero fisiológico.

Al día siguiente casi podía asegurarse que el enfermo estaba salvado. El brazo estaba más blando; había disminuído el enfisema; el pulso era más ámplio y más lleno; el semblante estaba más animado; el termómetro marcaba 37°.

Tratamiento: Otra inyección de suero. La poción tónica. Leche helada á pequeñas porciones. La irrigación continua.

El día 18, esto es, á los cuatro del ingreso se había acentuado francamente la mejoría. El termómetro marcó 37° por la mañana y 38° por la tarde. El pulso estaba á 90, ámplio y lleno.

Había llegado el momento de proceder á la amputación. Ya había enfermó. Esperar una mejoría más acentuada, era exponerse á perder lo ganado.

Amputé, pues, al día siguiente, quinto del ingreso,

Considerando de importancia no perder sangre, apliqué la venda de Esmarch en la raíz del brazo, inmediatamente por debajo de la axila, y aprovechando las dos incisiones que hice el primer día para descongestionar y sanear los tejidos, hice la amputación á dos colgajos, uno antero-externo y otro antero-interno.

Y me sucedió una cosa que si no hubiera visto suceder otro tanto á un habilísimo operador, al doctor Creus, siendo yo ayudante de clínicas, la hubiera atribuído á poca previsión mía, no obstante ser una operación fácil, y que la había becho ya muchas veces en el vivo, y una infinidad en el cadáver, por haber tenido yo, durante cinco años, clase de operaciones en San Carlos. Y fué que, una vez serrado el hueso, vi con disgusto, pues el enfermo no estaba para muchas maniobras, que los colgajos habían resultado un poco cortos; ó, mejor dicho, que no había serrado el hueso todo lo arriba que debía haberlo hecho para que los colgajos fueran suficientes.

Tal vez se debió el percance á que los tejidos estaban demasiado infiltrados todavía; y á que por esto, y

por la presencia de la venda de Esmarch, el ayudante no pudo retraer las carnes convenientemente.

Mas como quiera que toda falta que se comete en una operación y puede corregirse se debe corregir, antes que dejar la operación con ese defecto, preferí volver á serrar el hueso, dos centímetros más arriba, sujetándole fuertemente con la tenaza de Farabeuf; con lo que los colgajos cubrieron holgadamente el hueso, y la amputación quedó á mi gusto.

Ligados los vasos visibles á simple vista, quité la venda de Esmarch y terminé la hemostasia ligando los vasos que daban sangre, después de haberlos obliterado provisionalmente con pinzas de Pean. La pérdida de sangre fué insignificante.

Pareciéndome que en unos tejidos todavía edematosos é infiltrados de productos sépticos, lo que convenía era dejar la herida ampliamente abierta, aproximé simplemente los colgajos, interponiendo entre ellos una compresa de gasa iodofórmica, y envolviendo el muñón en gasas y algodón en rama esterilizados que sujeté con vueltas de venda, moderadamente apretadas, di por terminada la operación.

El día 25 hice la primera cura, pues nada ocurrió que me obligara á hacerla antes. Los colgajos estaban flácidos, de excelente aspecto, sin la menor huella de la infección pasada. Quité la gasa interpuesta entre ellos, y como saliera alguna sangre, como suele acontecer siempre que se separa la gasa iodofórmica después de algunos días, sobre todo cuando no hay supuración, lavé la herida con cloruro de cinc al 1 por 100, aproximé los colgajos sin interponer nada y coloqué un apósito como el anterior.

Diez días después, 5 de Marzo, hice la segunda cura. El aspecto del muñón era excelente y los colgajos se habían adherido casi por completo. Envolví el muñón en gasa empapada en glicerina bórica y apliqué encima gasas y algodón esterilizados, como en las curas anteriores.

Habían transcurrido á la sazón veinte días desde que el enfermo ingresó moribundo en el hospital, y no solamente estaba salvado, sino que estaba casi curado de la amputación.

Y como era hombre joven, y desde el tercer día de la operación quedó infebril, se repuso rápidamente y el día 5 de Abril recibió el alta.

Este caso se presta á consideraciones de importancia.

Y aunque cada cual las hará según la manera que tenga de apreciar los incidentes de esta historia, especialmente si ha tenido que tratar casos análogos ó parecidos, esto no obstante, no quiero yo excusarme de hacer alguna, sin pretensiones dogmáticas, y sólo como aviso ó advertencia á los que por vez primera se encuentren en presencia de casos semejantes.

La complicación que puso la vida del lesionado en tan inminente riesgo es sin duda de las más graves que pueden presentarse en una herida, pues mata irremisiblemente si no se procede con prontitud y energía y se tiene además la fortuna de llegar á tiempo. Felizmente es complicación que únicamente se suele presentar en los grandes traumatismos, cuando van acompañados

de fuerte atrición de los tejidos; pero también de vez en cuando aparece en heridas de menos importancia, sobre todo cuando, como en la que he historiado, no se ha podido ó no se ha sabido evitar la infección inicial.

En nuestro enfermo la amputación que hizo la rueda del timón fué una amputación bastante regular y limpia. A haber sido tratada en un principio por manos inteligentes, hubiera seguramente evolucionado sin complicación de ninguna clase; pero acaecido el accidente en alta mar la curaron sus compañeros como Dios les dió á entender, la herida se infectó y la complicación sobrevino con rapidez fulminante.

Los apelativos con que se conoce esta complicación en las obras de Cirugía revelan su gravedad.

Llamada comúnmente *gangrena traumática gaseosa*, ó enfisema gangrenoso, Maisonneuve la denomina *gangrena fulminante*; Gosselin, *gangrena galopante*; Hueter, *gangrena pútrida agudísima*, *gangrena maligna*, y así por el estilo con otros nombres no menos característicos é indicadores de su gravedad.

Es siempre húmeda, se acompaña de gran desarrollo de gases pútridos, se propaga hacia la raíz de los miembros y hacia el tronco con increíble rapidez, y afecta al organismo de un modo tan intenso, que á menudo resultan inútiles todos los medios que se emplean para contrarrestar sus efectos. Ciertamente que no siempre tiene marcha tan fulminante, y yo mismo he observado casos de evolución más lenta, pero es indudable que es una complicación de las más graves y que muy pronto se pone fuera del alcance de nuestros medios de acción.

Respecto á mis dudas sobre lo que debía hacer para salvar al enfermo, se comprenderá su razón transcribiendo aquí lo que acerca del tratamiento de esta gangrena dicen algunos cirujanos antiguos y modernos.

Boucher, hace ya más de ochenta años, consideraba «que esta gangrena, no limitada, no debía ser combatida por la amputación, a menos que la mortificación no amenazase invadir el sitio más allá del cual no se pueda ya amputar», y en este caso, semejante recurso debía inspirar poca confianza.

Bayer y otros muchos cirujanos de su época aconsejan: «esperar á que la naturaleza marque el sitio de separación entre lo muerto y lo vivo.» Consejo inadmisiblemente, porque antes que se inicie siquiera esa separación, sucumbe el herido.

Larrey, cuya vasta experiencia en todo género de complicaciones traumáticas le da una gran autoridad, decía: «que la amputación es el mejor medio de impedir que la gangrena se extienda y progrese».

Terrier, entre los modernos, dice: «En presencia de la gangrena gaseosa parece lógico practicar la amputación inmediata del miembro; pero desgraciadamente este recurso no ha dado hasta aquí más que resultados deplorables, hasta el punto de que muchos cirujanos, no tal vez con buen acierto, la rechazan sistemáticamente.»

Billroth, en su admirable obra de Patología Quirúrgica General, se expresa del modo siguiente: «En la gangrena fulminante se consigue á veces salvar al enfermo empleando un tratamiento antiséptico enérgico,

haciendo incisiones múltiples en la piel, extirpando los tejidos esfacelados, irrigando con una solución de cloruro de cinc al 5 por 100, y estableciendo la irrigación continua.» Y añade: «En todo caso os recomiendo que en semejantes circunstancias no obedezcáis á [consideración de ningún género, para dejar de intervenir activamente, porque si os cruzáis de brazos, el enfermo está irremisiblemente perdido.»

Y respecto á la amputación dice, antes de los sabios consejos que acabo de transcribir: «Por fatales que sean en semejantes casos los resultados de la amputación, debemos, no obstante, decidírnos á operar, aun á riesgo de ver gangrenarse el muñón mismo de la amputación.»

El Dr. Cardenal, de Barcelona, en su excelente Manual de Cirugía Antiséptica, se expresa así: «Existe otro proceso inflamatorio, cuyo rapidísimo curso y fatal pronóstico lo caracterizan de un modo típico, y que compromete de tal modo la vitalidad de los tejidos y del organismo todo, que puede acabar con éste en pocas horas ó días, ó dejar en pos de sí, si se consigue dominarlo, mutilaciones verdaderamente desastrosas; me refiero á la llamada *gangrena fulminante* ó *gangrena gaseosa aguda* de los autores franceses.»

Para combatir esta complicación recomienda los desbridamientos del foco traumático y la irrigación continua con la solución de acetato de alúmina, los días que sean precisos, hasta el total desprendimiento y eliminación de los tejidos gangrenados.

Finalmente, se comprende que podría multiplicar las citas indefinidamente, puesto que no ha habido cirujano que no haya dado su opinión sobre este punto; pero ni esto es necesario, ni cumple tampoco á mi propósito. Con lo dicho basta para poder juzgar de la gravedad del caso y de mi conducta enfrente de él.

Mucho falta, á mi opinión, para alcanzar la autoridad de los cirujanos que acabo de citar; pero no es mi experiencia tan escasa, que no me haya permitido formar juicio sobre este particular. Y mi modo de pensar en este punto, es que en él, como en todas las cuestiones médicas, hay que proceder conforme á lo que pida cada caso. Desgraciadamente este conocimiento no se adquiere sino después de haber experimentado dolorosas sorpresas y de haber perdido algunos enfermos. La experiencia clínica es tan personal, que tengo por imposible transmitirla *íntegra* á los demás. Y precisamente esta *transmisión íntegra* sería la única capaz de igualar al cirujano que empieza con el que está cerca de terminar. Hay gangrenas de esta clase tan *brutalmente* (permítaseme la frase) *fulminantes*, que para nada dan tiempo, ni aun para pensar. Por fortuna, son éstas las menos frecuentes, y cada vez lo serán menos. De las demás entiendo que casi siempre podrá el cirujano triunfar de ellas, si las coge en sus comienzos y si las sabe tratar. Amputar un miembro apenas se ve aparecer esta complicación, podía estar justificado tiempos atrás; pero en los presentes, de ningún modo. Lo que se impone, es desbridar sin miedo el foco gangrenoso, así como las partes inmediatas ya invadidas, lavar en abundancia y desinfectar con energía.

(Continuará.)

## Interpretación del síndrome de vértice

POR EL

DR. D. BAUDILIO LÓPEZ DURÁN

(Apuntes tomados de la Conferencia dada por el autor en la serie de las organizadas por la Escuela de Fisiología.)

En la interpretación de los síntomas que se observan en los vértices de los pulmones hay que dejar ante todo bien sentadas dos premisas: 1.ª Que no se puede seguir un criterio rígido en su interpretación, porque cada fenómeno puede sufrir muchas variantes y, por tanto, las conclusiones que se sacan de ellos no son definitivas; y 2.ª Que los hechos establecidos hasta ahora no pueden pretender ser los únicos verdaderos.

Grancher fué el primero que describió el síndrome de vértice en 1890, pero entonces lo hizo con un criterio equivocado que él mismo rectificó en 1905. Afirmaba en efecto que era tuberculoso todo aquel individuo en quien se notaba una franca disminución de entrada del aire y, por tanto, una disminución del murmullo vesicular aunque no presentara ruidos anormales.

Describió el primer período ó de germinación que interpretó diciendo que los focos foliculares se agrupan á nivel de los acini de los lobulillos, disminuyen su luz y dificultan la entrada de aire á los alvéolos.

En la última de las fechas citadas, el mismo Grancher manifestó su rectificación diciendo que en estos casos existe en efecto una primera etapa de la tuberculosis, pero que no siempre progresa.

El conferenciante hace la salvedad de que no se va á limitar á entender por síndrome de vértice lo que Grancher describió con este nombre, sino el conjunto de síntomas que en el vértice se pueden apreciar. Sin embargo, no se va á ocupar sino de los que se encuentran en los períodos precoces de la enfermedad, que son los que tienen importancia para tomar decisiones terapéuticas cuando todavía son eficaces.

A la auscultación se percibe: disminución del murmullo, respiración entrecortada, inspiración áspera, espiración sonora, broncofonía.

La disminución del murmullo vesicular tiene valor diagnóstico cuando sólo se percibe en una zona limitada é invariable. Algún autor ha afirmado que [el diagnóstico de la enfermedad se debe hacer desde el momento en que se oye en un vértice una inspiración anormal y localizada. Esto no es fijo. Ya en condiciones fisiológicas el murmullo vesicular es en el vértice derecho más fuerte que en el izquierdo é igualmente la espiración es un poco sonora en el lado derecho, mientras que en el izquierdo no lo es: por tanto, la disminución del murmullo si se encuentra en el lado izquierdo, tiene menos valor que si se halla en el derecho, y, por el contrario, la espiración sonora en el lado izquierdo, tiene más valor que en el opuesto, pero si á esta espiración sonora precede una inspiración normal, no tiene importancia patológica. Aparte de esto, la disminución del murmullo vesicular puede depender de vegetaciones adenoideas, de desviaciones del tabique nasal y de retracciones cicatriciales de los vértices por lesiones que ya curaron ó que son de otra naturaleza, y, por tanto, no es definitiva para el diagnóstico del proceso.

La espiración entrecortada tiene valor en el mismo caso que la disminución del murmullo; cuando se la oye en una zona limitada y es constante en la misma, debe advertirse que es muy raro que se encuentre este síntoma. Cuando no es localizada, su valor es escaso, porque muchas veces es emocional.

Más importancia tiene la respiración áspera y granulosa, porque no se encuentra en las lesiones cicatrizadas, sino en las lesiones húmedas y acompañadas de congestiones locales, por lo que demuestra siempre que el proceso se encuentra en aquel punto en actividad. Los estertores crepitantes no son sino un grado más de esta respiración granulosa, de manera que cuando se sigue la evolución de un caso se ven transformarse ésta en aquéllos.

De la espiración prolongada y sonora ya se ha dicho que es fisiológica en el vértice derecho y que puede proceder de una cicatriz; cuando se encuentra en período de actividad, indica que el proceso se encuentra en un período más avanzado que en el caso de la respiración áspera y el tejido pulmonar se encuentra densificado. Progresando la densificación y confluyendo los focos de la misma, la espiración prolongada se transforma en soplo bronquial.

Cuando se empiezan á oír estertores son finos y crepitantes, pero no ocupan toda la inspiración como en la congestión pulmonar y en la neumonía, sino que son así como sobreañadidos al murmullo vesicular. Cuando el proceso está más avanzado dichos estertores se hacen consonantes. Los frotos tienen á veces el carácter clásico de cuero nuevo, pero otras semejan mucho á la crepitación, y en estos casos son muy difíciles de diferenciar de ella; significan la existencia de sínfisis pleural con falta de movimiento.

La auscultación de la voz proporciona pocos datos porque ya normalmente se encuentra broncofonía más pronunciada en el vértice derecho que en el izquierdo. En cambio, la tos, desplazando los exudados, tiene una importancia considerable en la auscultación de los vértices, haciendo á veces aparecer estertores que antes no se percibieron en la auscultación. Conviene hacerla por la mañana temprano antes de que el enfermo haya tosido, y en éstas condiciones se obtienen iguales resultados que con las pruebas de administración del yoduro potásico y del kermes mineral que no tenían otro objeto que el de aumentar la cantidad de exudados.

La región supraclavicular no se suele emplear para la auscultación. Los exámenes á los rayos X demuestran que el vértice se extiende hasta unos 4 á 5 centímetros por encima de la clavícula, mejor dicho, de la parte interna de la misma, y esta región se encuentra en un contacto muy inmediato con la tráquea, merced al cual los resultados de la auscultación se modifican.

Pero teniendo en cuenta esta causa de error ya se tiene mucho adelantado para evitarla, y por tanto, cuando se quiere auscultar verdaderamente el vértice hemos de irle á buscar á la parte interna de la fosa supraclavicular, y á una región simétrica en la espalda, porque por debajo de la clavícula se ausculta la parte media del lóbulo superior. Por la espalda se encuentra la zona de alarma de Chauvet y Sergeant, que corresponde á la parte interna de la fosa supraespinosa, y precisando más es la región que se encuentra alrededor del centro de una recta que tuviera sus extremos por un lado en el punto medio entre las apófisis espinosas de la séptima cervical y de la primera dorsal, y por otro, en el tubérculo del trapecio.

El signo de Grancher no es bastante para decidir si un enfermo es tuberculoso, y él mismo llamó la atención acerca de la importancia que tenían en dicha decisión la existencia de fiebre vespertina y el decaimiento. Se han propuesto varios métodos para la percusión del vértice pulmonar. El de mejores resultados parece ser el de Krönig, que señala en cada vértice una á modo de charretera. No corresponde en absoluto al vértice pulmonar; pero, según afirma Krönig, es como una amplificación proporcional del mismo, y es como el microscopio que no muestra los objetos del tamaño

que son, sino ampliados; pero esto no disminuye su valor. Pletsch ha ideado un procedimiento sencillo de percusión de los vértices, que tiene la ventaja de aplicarse á ambos en igualdad de circunstancias. Aplica una mano fuertemente á una primera costilla mientras percute el mango del estérnón, y de esta manera obtiene el sonido del pulmón del lado no comprimido, al cual se transmite el golpe por intermedio de la primera costilla, de manera que la parte percutada es el surco que esta costilla hace en el lóbulo superior. Los resultados de este método de percusión no están del todo determinados y parecen inseguros.

En la práctica, la percusión suave basta para señalar la altura del vértice; hay que tener cuidado de la posición del enfermo, porque cuando se inclina hacia adelante los vértices se encuentran más elevados, como consecuencia de la contracción de los músculos abdominales, y porque la respiración en estas condiciones es más penosa, y Korangy ha querido hacer de este fenómeno un signo de tuberculosis, porque afirma que no se produce cuando hay lesiones del vértice.

La percusión auscultatoria se hace percutiendo la clavícula mientras se ausculta el vértice; los resultados que da son medianos porque á veces se encuentran diferencias que no corresponden á las lesiones que en realidad existen.

El hallazgo de una retracción del vértice es cosa muy corriente; pero no se le puede siempre conceder importancia, porque es á menudo un fenómeno residual; sin embargo, no se interpretará de esta manera (como síntoma residual), sino, en último extremo, de manera que si al hallarla no se puede deducir una lesión en actividad, por lo menos obliga á una investigación muy minuciosa antes de desecharla.

Conviene tener en cuenta que necesita diez ó doce meses para producirse, de manera que su hallazgo demuestra que se trata de una infección de larga fecha. El sonido submate de los vértices se encuentra ya en lesiones avanzadas.

Los datos perceptibles á la inspección son poco decisivos porque son tardíos. El hábito tísico puede ser hereditario, y el que le presenta no padecer tuberculosis en actividad.

La palpación proporciona datos, á veces demostrando el infarto de ganglios supraclaviculares y la atrofia de los músculos. Desde el punto de vista de la palpación tienen importancia los trabajos de Pottenger. La inervación del pulmón por el simpático es, según este autor, la causa de que se produzcan reflejos sensitivos y, por intermedio de la medula, motores y tróficos. Los reflejos sensitivos dan lugar á la aparición de los puntos dolorosos supraclavicular, infraclavicular é infraespinal. Los reflejos motores dan lugar á la contractura del trapecio y los reflejos tróficos dan lugar á la atrofia de estos mismos músculos cuando el proceso se encuentra más avanzado.

Refiere el Dr. López Durán que hace varios años halló, explorando tuberculosos, un síntoma al que creyó que se podría atribuir importancia. Consistía en que si se percutía directamente, es decir, sin dedo plexímetro, la pared del tórax, se producía en el sitio percutido una elevación debida á una contracción local de las fibras del pectoral mayor. Este fenómeno resultó que se presentaba en todos los sujetos delgados, aun en los perfectamente sanos, y era más pronunciado cuando la percusión se hacía sobre una costilla.

La pleuresía apical determina frotos, puntos dolorosos iguales á los mencionados antes, y anisocoria espontánea ó provocada por la instilación de un colirio débil como la cocaína. La pupila del lado de la lesión se dilata más pronto que la otra, fenómenos todos que dependen de la excitación del simpático.

La radiografía es muy semejante á la de la infiltración pulmonar, pero en aquella se aclara con la tos, y en esta no se modifica.

En resumen, de los procedimientos de exploración expuestos hasta ahora, el mejor es la auscultación. Se afirma también, que todo tuberculoso tiene bacilos de Koch en el esputo, y que cuando éstos no se encuentran, es que ya está curado de la lesión ó que es de otra naturaleza. Esta afirmación es exagerada, pero el hallazgo del bacilo tiene una importancia decisiva para aclarar el diagnóstico como se comprende fácilmente. Claro que no hay que conformarse con el procedimiento sencillo del examen directo, sino que hay que hacer la homogeneización de los esputos, y la administración de sustancias que aumenten la secreción, y, por tanto, la cantidad de esputos como son las ya mencionadas yoduro patásico y kermes.

La exploración con los rayos X tiene gran importancia porque está demostrado que toda condensación pulmonar que dé síntomas á la auscultación no es transparente á los rayos X. Se deben hacer radiografía y radioscopia.

En la clínica, cuando se nos presenta un enfermo, es muy importante la decisión de si se trata de un tuberculoso ó no. Para ello, hay que tener en cuenta los síntomas generales y los locales; á veces se encuentran lesiones pequeñas y hay que determinar si están en evolución ó si no lo están. Se explorará si hay fiebre, sin fiarse de los datos que dé el enfermo, porque muchas veces es baja y ocasiona pocas molestias. Se examinará la inestabilidad de la temperatura, especialmente en relación con el ejercicio, la taquicardia, la debilidad é inestabilidad del pulso, anorexia. La fiebre de Malta se confunde mucho con la tuberculosis; las neuralgias y la localización en el testículo son síntomas de fiebre de Malta, pero son tardíos. El estado general empeora deprisa, se presenta pronto disnea y tos que generalmente es emética.

#### CONCLUSIONES

- 1.<sup>a</sup> Las anomalías pequeñas del murmullo vesicular y la espiración sonora pueden ser fisiológicas.
- 2.<sup>a</sup> Cuando hay ruidos anómalos combinados con fenómenos perceptibles á la percusión, el valor de la exploración es mayor.
- 3.<sup>a</sup> La disminución del murmullo y la retracción del vértice pueden ser consecuencia de una cicatriz.
- 4.<sup>a</sup> El síntoma de Grancher también depende, á veces, de una cicatriz.
- 5.<sup>a</sup> La naturaleza y el estado de actividad del proceso sólo se aseguran por medio de los demás síntomas, los generales y los trastornos funcionales.
- 6.<sup>a</sup> La seguridad de que el proceso es tuberculoso sólo se adquiere con el hallazgo de los bacilos de Koch en el esputo.

### Los servicios sanitarios en la campaña de Marruecos

POR EL

DR. E. SLOCKER

Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina, el miércoles 3 de Mayo de 1922.

Hizo un breve resumen de las condiciones en que se venía desenvolviendo la vida del Ejército en la zona de Melilla y el brusco cambio sufrido en el momento culminante, después del episodio de Annual, en que la precipitada llegada de tropas, sin cuarteles suficientes, y al mismo tiempo el comienzo de las operaciones hizo que la Sanidad Militar tu-

viera que sufrir una rápida y total transformación, por lo que se refiere á su actividad y principalmente en lo referente á la preparación de ambulancias, de hospitalización de servicios quirúrgicos y elementos de evacuación.

El servicio de hospitalización —dice— en un principio adolecía de varias deficiencias, no imputables al Cuerpo, sino á la carencia de medios económicos de material y de personal, que dicho sea de paso, ya habían sido previstas por algún jefe de Sanidad Militar, que ante el escaso material que existía apartado tuvo ocasión de decir á un ministro civil antes del desastre, cómo no habiendo material sanitario suficiente, apenas para una división, en caso de cualquier contingencia, que tristemente luego se presentó, se quejaba de no haber podido invertir un presupuesto más generoso, cuyos créditos fueron votados en Cortes, por anualidades, y que no sé si se llegó á invertir la primera, pero sí que las restantes no fueron destinadas al fin que taxativamente se proponían y cuyo enunciado está en los presupuestos generales del Estado, y por si faltaba algo, en la Colección Legislativa.

Será de gran sensación esta primera afirmación de la Conferencia, puesto que se barajaron en la prensa en los días próximos al desbarajuste las exculpaciones que aportaban aquellos elementos civiles que tuvieron en su mano, no sabemos si prevenir la catástrofe, pero sí haberla aminorado en estas primeras consecuencias de enfermedad y de heridos en el primer acúmulo de fuerzas de la Península, que hubieran sido la salvación de muchas vidas y la previsión de una manera distinta de hacer, precisamente, porque el alto mando no podía emprender operaciones activas, fuera de la estricta defensa de la plaza, puesto que según se decía, menos los Razulares, el Tercio y algunas unidades de la Península, no había llevado soldados, sino hombres, que había de acostumbrar á la vida de campamento, reconocimientos, vigilancias, etc., puesto que la Sanidad Militar ya tenía en marcha la total modificación del material de hospitales y de ambulancias y se hubiera podido dar el caso peregrino de que hubiera sido precisamente el Cuerpo que mejor preparado hubiera podido estar para atender estas eventualidades; y esto que afirmo, es tan importante, que me creo en el deber de recalcarlo, para que queden las cosas en su lugar.

No se crea por esto que mi estado de ánimo me lleva exclusivamente á hacer una exculpación total de los pecadillos que el Cuerpo haya podido cometer, ni mucho menos crea que no hay que modificar y encauzar.

A fuerza de grandes trabajos se pudo disponer en Melilla de cuatro grupos de hospitales, que si bien no eran un modelo, por lo menos daban de sí lo bastante para hospitalizar en la actualidad 5.000 enfermos ó heridos. De estos hospitales, en Centa se disponen en la actualidad de los antiguos Central y Docker, y se ha habilitado el cuartel de O'Donnell, que, ampliado con barracones y dependencias, se ha hecho aceptable. Las necesidades posteriores han obligado á utilizar el del Serrallo, en muy malas condiciones y alejado de la plaza. En Tetuán sigue funcionando el primitivo hospital, denominado de los Chorfás; en cambio, se está terminando el Hospital nuevo, que será el mejor y único de los fijos en Africa. En Arcila, Larache y Alcázar, puede decirse que no hay más que hospitales provisionales; pero ha habido que utilizar tantos locales como ha sido posible para enfermería.

Es cierto, absolutamente cierto, que los hospitales militares, lo mismo los de Africa que los de la Península, estaban desprovistos de todo ese aire que tienen ahora de bienestar y, por lo tanto, de limpieza y hasta de coquetería, al cual se ha llegado porque la alta política se formó el plan de atender, larga mano, á cuantas peticiones se le hicieran de hombres y de dinero en relación al problema militar, y en-

tonces ha sido cuando se han tenido colchas blancas y se ha pintado de blanco todo el menaje, y, además, estos medios económicos han facilitado un caudal de dinero que la generosa esplendidez de los españoles de aquí y de América, como de todas partes, así como también de países extranjeros, ha aportado á la suscripción iniciada por la Reina, y cuando la premura ha obligado á hacer adquisiciones de material á cualquier precio y hasta prescindiendo de aquellos trámites dilatorios que tradicionalmente entorpecían la marcha de los hospitales militares, en tiempo de paz inclusiva.

El Dr. Stocker dice que para la petición de placas de radiografía, por ejemplo, ó de un instrumental nuevo, no incluyó en el petitorio de Sanidad Militar, desde que el médico de cualquier hospital lo solicitaba hasta que lo podía utilizar, transcurrían muchos meses y había pasado la petición por no menos de quince trámites. Luego ya, no; los médicos, que en la campaña empezaron activamente á trabajar, facilitadas sus peticiones por los jefes de Sanidad del Ministerio, se han entendido directamente con el Parque, que, ya con dinero, ha podido comprar lo que se le ha pedido, pero con precios exorbitantes y en condiciones onerosas para el Estado; han tenido que pasar por la codicia de los proveedores, que lo mismo en el país que en el extranjero han acudido como cuervos, encareciendo todos los artículos.

Las condiciones en que se ha desenvuelto siempre el plan administrativo de los hospitales militares, ha hecho que estos trámites innumerables nunca se pudieran desterrar, pues es indudable que han debido en toda época estos hospitales poder adquirir por gestión directa ó entendiéndose únicamente con el Parque, el material necesario, sin perjuicio naturalmente de que la Administración militar interviniese las cuentas con arreglo á lo dispuesto.

Hace una exposición de los medios de transporte utilizados para los heridos, por cuanto que dá por supuesto que le escuchan algunos oyentes no iniciados en estas cuestiones, y proyecta en la pantalla modelos de dichos medios de transporte.

Expone á continuación cómo en la actualidad se va á utilizar en Africa un hospital de urgencia de montaña para adaptar á las necesidades de las operaciones este elemento importante, con las condiciones del terreno en que se desarrollan, proyectado por Gómez Ulla y el Parque.

Surgió en seguida la necesidad de ordenar y sistematizar la asistencia á los heridos, así como la de organizar los servicios de higiene de un ejército ya numeroso, al propio tiempo que la evacuación á la Península de heridos y enfermos, y entonces el Cuerpo de Sanidad Militar creó dos grandes servicios, uno quirúrgico y otro higiénico, tendiendo á la especialización que los médicos militares ya en tiempo del señor López Brea, cultísimo jefe, empezaron á adquirir, debido á sus iniciativas, y preocupada una alta personalidad de la importancia que podía tener el establecimiento de un buen servicio quirúrgico, se nombró jefe de organizaciones quirúrgicas de campaña al comandante médico Sr. Gómez Ulla ilustrado cirujano del Cuerpo, que pensionado varias veces en el extranjero y más recientemente durante la guerra, era el más apto para la creación del mismo.

Expone las disposiciones de este jefe para la organización de equipos quirúrgicos y las que tomó para la asistencia de los heridos desde el campo hasta ser dados de alta por curación ó inutilidad.

*Centro de fracturados de guerra en Málaga.*—El objeto era tener el Dr. Bastos los heridos de huesos fuera de las fluctuaciones é inestabilidad de los hospitales de primera línea y al mismo tiempo próximos á Melilla para poderlos

atender prontamente y sin necesidad de un largo y ajetreado transporte. Dió á este fin instrucciones á los médicos de primera línea para que hicieran sistemáticamente la inmovilización de los fracturados según las reglas *Standard* que formuló. De este modo, todos los fracturados de los grandes combates de Septiembre y primera quincena de Octubre llegaron á sus manos á los tres días por término medio de la herida, y al principio venían con gotieras clásicas, después con escayolas y últimamente fijados con las excelentes férulas Crame, material utilísimo y poco encumbrante que hoy tienen todas las ambulancias y con el que se pueden hacer excelentes apósitos de transporte.

*Hospitales.*—Han estado á su cargo tres: el Urquijo (en el Hospital Civil de Málaga), con 200 camas y las salas de la Sociedad *El Chorro* en el mismo hospital, con 60. Desde principios de Noviembre funciona el hospital Reina Victoria, de la Cruz Roja, con 80 camas, y el Hotel Bergamín, en el *Limonar*, para oficiales heridos, con 15 camas, en total 355 camas (en la actualidad, por paso de las salas de *El Chorro* á otra organización, este número se ha reducido á 295).

*Estadística general.*—Entre todos estos hospitales han estado á su cargo, sucesivamente, 1.150 heridos.

De ellos corresponden: 971 al Hospital Civil; 147 al de la Cruz Roja; 32 al Hotel *Limonar* de oficiales.

Entre ellos ha tenido cuatro muertos: uno de septicemia consecutiva á antigua fractura abierta de tibia (anterior á sus servicios), uno de septicemia gaseosa en una herida con fractura conminuta de pierna, uno de herida por explosión subcutánea de colon, uno de peritonitis consecutiva á absceso de hígado por herida. Sólo ha tenido un caso de amputación (de muslo por herida con fractura conminuta infectada de muslo).

Del campo llegaron ya amputados tres casos: uno de brazo doble, y dos de antebrazo, en los cuales hizo después plastias de Sanerbruch Krukenbey. El resultado funcional es difícil de determinar todavía en globo, pues algunos heridos están todavía en tratamiento (unos 30 en Madrid y 37 en Málaga), pero hasta ahora sólo ha formulado seis propuestas de inutilidad; contando con las que hayan formulado otros compañeros y los casos que necesiten todavía de un largo período de entrenamiento y reeducación, puede estimarse muy aproximadamente en un 90 por 100 el número de heridos pasados por sus manos que han quedado útiles para el servicio. Del 10 por 100 restante, seguramente, no pasarán á Inválidos más que un 5 por 100 todo lo más.

*Operaciones.*—Desde el 20 de Septiembre á la fecha ha practicado 201, que se descomponen así: esquirlectomías y limpieza quirúrgica de focos de fractura, 58; extracción de proyectiles, 26; osteosíntesis por placas, tornillos ó ligaduras, 13; suturas nerviosas, 11; escisión de bordes de herida y recepción de planos por sutura, 18; operaciones diversas en vientre, 6; operaciones diversas sobre tendones (tenorrafias, plastias), 6; otras operaciones, 63; total, 201. Resulta, pues, que solo un 20 por 100 de sus heridos han necesitado ser operados. Un 15 por 100 venían ya operados de Melilla.

*Examen de los casos más frecuentes. Fracturas.*—A pesar de la índole de sus servicios sólo ha tenido 273 casos de fractura, es decir, menos de una tercera parte de los heridos que pasaron por sus manos, á pesar de venir todos los de la zona de Melilla y gran parte de los de la zona de Ceuta y Tetuán. Los demás heridos eran de partes blandas diversas, evacuados en distintas etapas de curación. Entre estos casos de fractura, había: 26 fracturas de muslo, 42 ídem de pierna, 31 ídem de brazo, 48 ídem de antebrazo, 15 ídem de clavícula; 6 heridas penetrantes hombro, 19 ídem ídem codo, 3 ídem íd. cadera, 11 ídem íd rodilla, 8 ídem id.

tobillo (todas con lesión ósea); fracturas de mano y pie, 52; otras fracturas, 12; total, 273.

*Fracturas de muslo y pierna.*—Fueron tratadas sistemáticamente por el método de suspensión, extensión en marcos de Dalkanes según Duckley y Blake, con pequeñas modificaciones que le aconsejó la práctica. En un tercio de los casos hubo de hacerse previamente en el curso del tratamiento una esquirlectomía ó dilatación y limpieza del foco. Los resultados fueron excelentes en las fracturas de pierna, todas curadas sin acortamiento, y un muerto de septicemia gaseosa, y menos buenos en cuanto al resultado ortopédico en las del muslo, acortamiento de 2 centímetros por término medio, máximo 5 centímetros en dos casos.

*Fracturas de brazo.*—De ellas fueron tratadas una cuarta parte por osteosíntesis con placas y tornillos, con excelente resultado en todos los casos y el resto mediante un aparato de abducción ideado por el que les proporcionó resultados excelentes (una sola pseudartrosis y excelente función del brazo en todos los demás, con nueve casos de parálisis radial más ó menos completa).

*Heridas penetrantes en articulaciones.*—Hicieron artrotomía ideal aséptica en cuatro casos y resecciones de focos infectados en 18, con buen resultado en todos los primeros y casi todos los últimos.

*Lesiones nerviosas.*—Observamos las siguientes: parálisis radial, 19; ídem cubital, 2; ídem del mediano, 1; ídem plexo-braquial, 3; ídem (parcial) ciático, 1. En la parálisis radial hicimos nueve veces sutura cabo á cabo, dos neurolisis, un envolvimiento del tronco después de aislado en tubo de papel y dos trasplantaciones tendinosas. Hicieron también una sutura y una neurolisis en el cubital y una neurolisis del mediano. Los resultados no son muy patentes todavía en los casos á su cuidado por el escaso tiempo transcurrido. Han dado más importancia que á la operación al tratamiento mecánico por medio de aparatos de sostén apropiados que han ideado ó modificado al efecto. En tres lesiones de plexo hicieron neurolisis con escaso resultado.

*Lesiones medulares.*—Han tenido un caso de lesión parcial de medula cervical y cuatro de sección total ó casi total de medula lumbar. En un caso hicieron laminectomía y extirpación de proyectil. Todos estos enfermos andan hoy mediante aparatos apropiados de extensión que aprovechan la movilidad por reflejismo inferior y valiéndose de andadores ó muletas. En tres de ellos, confiados desde el primer momento á ellos, han evitado la formación de decúbitos y en otros los han hecho desaparecer por helioterapia y la marcha precoz de andar.

En el mes de Septiembre del pasado año, el Dr. Pagés fué comisionado por el jefe de las organizaciones quirúrgicas de campaña, Sr. Gómez Ulla, del servicio de cirugía de graves del Hospital Docker. Este es un hospital formado por barracones de tipo Docker, un poco pasados de actualidad, pues construido en 1910 no debía haber durado más que tres ó cuatro años. Después se añadieron 7 pabellones de mampostería y uno operatorio.

La cirugía de graves se instaló en dos edificios de 24 camas cada uno. Todo el hospital fué destinado á cirugía con más de 600 camas y ha estado lleno de heridos durante los primeros meses de la campaña y el tren llega hasta sus puertas.

Entre los heridos graves, los primeros que reclaman atención son los hemorrágicos, y del grupo de los cavitarios los de vientre.

Desde el punto de vista doctrinal el Dr. Pagés estaba completamente resuelto, en lo que se refiere á intervenir ó no los heridos de vientre. Las discusiones que en ambos

bandos los cirujanos militares durante la guerra mundial habían tenido, no tenían para nosotros más que un interés histórico.

Las estadísticas operatorias de las anteriores guerras habían demostrado la benignidad de la abstención; era necesario renunciar á nuestras convicciones quirúrgicas actuales, para adoptar una actitud expectante, si es que ante un herido de abdomen se podría pensar que la evolución sería la misma estando herido el intestino y vertido su contenido en el peritoneo ó con las vísceras herméticamente suturadas. En caso de hemorragia, siendo mucho el admitir la cohibición espontánea de la hemorragia en un caso dado de la procedente de vísceras macizas. No es lo mismo pensar en la organización de los coágulos existentes entre asas intestinales para la formación ulterior de bridas y adherencias incompatibles con un funcionamiento normal; una autopsia fué muy demostrativa: se trataba de un legionario de cuarenta años, que sufría una herida por proyectil mauser, con orificio de entrada en la línea axilar interior izquierda á nivel de la octava costilla y salida por la lumbar del mismo lado. Llegó al hospital con tremendo shock, que era completamente inútil la intervención y no hubiera resistido la anestesia. Se trata de reanimarle con suero gomado y adrenalizado y calentamiento general. Ausencia de matidez hepática, defensa acentuada, pulso incontable y matidez de flancos. No hay sangre en vejiga; se diagnostica lesión de bazo y colon; en los descansos operatorios se le ve con frecuencia y á las dos de la mañana nos decidimos á llevarle á la Clínica, se le administra suero y hemostil en inyecciones. Al día siguiente, pasadas veinticuatro horas, se notaba un poco el pulso, y en vista del tiempo transcurrido se decide poner hielo y continuar el tratamiento médico, sosteniendo al enfermo con suero glucosado.

Al mes de herido y tras un sin fin de vicisitudes falleció y la autopsia demostró la existencia de una gran brecha á la izquierda constituida por la envoltura del bazo un poco hipertrofiada por procesos inflamatorios y llena de coágulos y sustancias pútridas de procedencia intestinal que, procedentes del colon, venían por el orificio fraguado por el proyectil en ambas vísceras. El resto de la cavidad abdominal tenía las vísceras aprisionadas en magma de color rojo vinoso formado por sangre en vías de transformación y todo ello daba una clara idea de que si el herido hubiera vencido las primeras dificultades, luego se hubiera visto perturbada su vida con bridas y adherencias que hubieran comprimido el intestino.

No podemos esperar nada de la abstención; sin embargo, hay casos en los que se puede ser francamente abstencionista.

Stocker ha dejado de intervenir en dos casos de heridas toracoabdominales anteroposteriores, en el lado derecho del tórax, con lesión de fondo de saco pleural, un poco de lengüeta pulmonar, diafragma y cúspide de hígado. Los dos heridos fueron reconocidos á las cinco horas de haberlo sido y estaban con buen pulso y buena expectoración sanguinolenta. En estos casos hay que pensar que el hígado que sangra lo es en una zona que ha tocado el proyectil en que los vasos sanguíneos están en sus ramificaciones terminales heridos y si á las cinco horas no hay signo de anemia aguda, puede uno abstenerse.

Algunas consideraciones marcarán la norma de conducta: La primera es la posibilidad de que la cavidad pleural aspire la sangre al haber presión negativa en la dilatación del tórax y naturalmente, una rotura de pequeños vasos puede en tales circunstancias causar una anemia grave. La percusión cuidadosa descubrirá el hemotórax, y la toracotomía nivelan-

do la presión pleural con la atmosférica, será el mejor hemostático en estos casos.

Segundo: En las heridas de hígado no podemos deducir el grado de anemia del estado del pulso, pues la bilis derramada y absorbida retarda el ritmo circulatorio y es muy frecuente observar individuos con graves hemorragias hepáticas y pulso de 60 ú 80 (signo de Triustterer). Hace pocos días he tenido ocasión de operar un caso muy característico y demostrativo en el Hospital General, que nos sorprendió por el desacuerdo en el pulso y las hemorragias, caso de herida de hígado por arma blanca.

Tercero: En las graves hemorragias de hígado he observado de un modo constante la reducción de la zona de matidez de la víscera, y esto se comprende fácilmente si se considera que más de las dos terceras partes del peso y volumen del hígado está constituido por la sangre contenida en su gran sistema vascular.

Los dos casos de abstención curaron.

Hay que ser muy cautos y elegir bien los casos de abstención para no fracasar.

En cuatro casos las circunstancias impusieron la abstención. Tres de ellos corresponden á evacuados tardíamente, heridos en una posición en las últimas horas de la tarde, que no han podido transportarse al hospital hasta el día siguiente y no se podía pensar en laparatomizarlos por tener fenómenos generales de peritoneo muy acentuados. El cuarto fué un muchacho que estaba en inmejorables condiciones y que entró en el hospital á las cuatro horas de herido. Se negó á ser operado. Era un legionario mayor de edad y todas las advertencias fueron inútiles, que no le dolía nada y que no se dejaba operar. A los cuatro días se agravó el cuadro, imploraba la intervención, que ya no pudimos practicar. En resumen: cuatro abstenciones, cuatro muertes, además de la muerte tardía del herido del bazo y colon.

Con estos resultados, en su ánimo no podría influir la frase de Marcona, que fué tomada en otros tiempos como verdad axiomática.

Intervencionista por convicción, ha operado todas las heridas de vientre que han entrado en el hospital el mismo día de heridos y aun algunos de los ingresados al día siguiente.

El total de intervenidos, sin detallar lesiones, fué de 47 heridos de vientre, muchos de ellos con lesiones toracoabdominales y multiviscerales, que agravaron considerablemente el pronóstico; y el número de curados ha sido 24, esto es, que se logró un 51 por 100 de curaciones.

Se han observado grandes diferencias en la cifra de mortalidad en los distintos días en relación, generalmente, con el tiempo transcurrido entre la herida y el acto operatorio, y á este respecto, recuerdo con los datos á la vista, que los mejores resultados los obtuvimos en Batel y Dar-Drius, donde de diez laparotomías por heridas de guerra, salvaron siete. Este dato es muy importante, por cuanto en ambos sitios el local operatorio fué improvisado habilitándose en un día un local en el que se pudo llevar á cabo una labor quirúrgica intensa y demostrando que no es indispensable para practicar una laparotomía, una instalación operatoria impecable. Es de todos conocido que muchos cirujanos militares defienden el abstencionismo en las heridas abdominales de guerra, con la imposibilidad de disponer de un medio operatorio como en nuestros hospitales en tiempo de paz, pues con un poco de buena voluntad, la asepsia puede llevarse á todas partes y no hace falta otra cosa para abrir cavidades.

(Se concluirá.)

## Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal (1)

POR EL

DR. D. TEÓFILO HERNANDO

Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina en su recepción del día 14 de Mayo de 1922.

Por experimentos minuciosos, en los que aisló las capas del estómago, llegó á la conclusión de que los espasmos se producen en la *muscularis mucosæ*, determinando interrupciones circulatorias que ocasionaban una disminución en la vitalidad de la mucosa, seguida de digestión de la misma.

También se han provocado úlceras gástricas, experimentando sobre el simpático abdominal, aunque muchos han fracasado en este intento. Della Vedova observó la aparición de úlceras por lesiones del plexo celíaco, hecho que no pudo confirmar Donati, pero que aceptan Benecke y su discípulo Kobajaschi, considerando que se produce un espasmo de las arterias, seguido de isquemia de la mucosa. Esta opinión se encontraría confirmada por los experimentos de Rosenbach y Schmincke, que independientemente produjeron úlceras por excitación del ganglio celíaco.

Durante (13) ha obtenido úlceras gástricas agudas y crónicas por resección de los nervios espláncicos, y cree que si no se puede hablar de una acción trófica especial y misteriosa de estos nervios, se puede aceptar la que supone el que de su integridad dependen probablemente la circulación, secreción y sensibilidad, que tanto contribuyen al sostenimiento de la vida de las células gástricas. Cree asimismo que la operación, irritando los nervios de las cápsulas suprarrenales, puede producir un aumento en la secreción de adrenalina que ocasione espasmo vascular y hemorragias gástricas, posibles puntos de partida de la úlcera crónica.

Gundelfinger (18), que ni por vagotonía ni por excitación del vago obtuvo ninguna alteración de la mucosa gástrica ni duodenal, produjo, en cambio, úlceras, tanto por la excitación como por la extirpación del ganglio celíaco. Interpreta estas lesiones como consecuencia de un predominio en el tono del vago, con arreglo á la teoría de Bergmann, y no excluye por completo la participación de un estado de angiospasma producido directamente por las maniobras sobre los ganglios.

¿Cómo se pueden utilizar en Patología humana estos resultados experimentales? Las lesiones que se observan algunas veces en el hombre son comparables á las producidas experimentalmente, y así se citan enfermos con úlcera gástrica, que tenían una grave lesión del neumogástrico por tumores ó inflamaciones, que le invadían en su trayecto; pero en otros casos, ¿cómo puede interpretarse la participación del sistema nervioso en la producción y sostenimiento de la úlcera?

Sabido es cómo los estudios de numerosos investigadores han demostrado la doble inervación de los órganos de la vida vegetativa por el sistema nervioso simpático y por el parasimpático (ó del vago), considerando al uno antagonista del otro.

Los estudios de Langley, Elliot, Dixon, Biedl, Meyer, Eppinger, Falta y otros, acerca de los productos de secreción de las glándulas endocrinas y sus efectos sobre el sistema nervioso de la vida vegetativa demostraron que existía asimismo antagonismo entre el sistema cromafino que segrega adrenalina, excitadora del simpático, y una «autonoma» hipotética, semejante á la hormona pancreática—quizá la

linfoganglina (Marfori, Novoa Santos) ó la colina (Magnus)—que excitaría el parasimpático. Se encuentra entre ambas la secreción tiroidea capaz de actuar sobre uno y otro.

En sentir de Eppinger y Hess, el tono del sistema nervioso vegetativo se mantiene fisiológicamente en equilibrio por la acción reguladora de las hormonas correspondientes; pero el exceso de unas y la disminución de otras, puede ocasionar en unos casos predominio del tono del simpático, ó simpaticotonía, y en otros del vago, ó vagotonía (frecuente acompañante del estado tímico-linfático, en el que hay una hipoplasia del sistema cromafino).

Ultimamente se han hecho muchas objeciones á esta manera tan sencilla de entender el asunto. En primer lugar, los fisiólogos creen que tanto el vago como el simpático pueden conducirse ante un mismo órgano como excitadores ó inhibidores, según la intensidad, frecuencia y duración del estímulo que sobre ellos actúe, y también en relación con el estado anterior del órgano. Asimismo se ha visto que la regulación del tono de los órganos depende de factores complejos, siendo tan importante como la acción hormonal que se ejerce por intermedio del sistema nervioso vegetativo la que sobre éste tienen los factores psíquicos, la que pueden desarrollar sobre los órganos directamente (es decir, por vía extraneural) las mismas hormonas ú otras sustancias. No olvidemos tampoco la importancia, y hasta la relativa independencia, del sistema nervioso ganglionar que tienen cada uno de estos órganos (15).

Eppinger y Hess (1910) encuentran la vagotonía en la mayoría de los ulcerosos, y ya antes Pionies (1902) menciona «la excitabilidad del vago y del simpático», sin dar de ello ninguna interpretación.

Según Rössle, la úlcera péptica es una enfermedad secundaria (*zweite Krankheit*). En casi todos los ulcerosos encuentra lesiones cicatriciales en el abdomen, en el tórax ó en el encéfalo, y cree que todas estas lesiones son capaces de producir la úlcera gástrica ó duodenal, pero no por vía sanguínea, como alguien había creído, sino por mediación del sistema nervioso (nervio vago), que ocasionaría espasmo de la muscular de la mucosa, seguida de isquemia y úlcera y acompañándose de hipersecreción. El que unas veces estas lesiones produzcan espasmos y otras no, depende, según Rössle, de la existencia de un estado constitucional.

Por entonces emite Bergmann su hipótesis acerca del origen espasmógeno del *ulcus*, apoyándose en todos los datos que anteceden y en el resultado de sus observaciones y experimentos. Bergmann y sus discípulos encuentran alteraciones del sistema nervioso vegetativo en el 90 por 100 de los ulcerosos; pero al lado de síntomas que se pueden relacionar con el predominio del sistema nervioso del vago ó parasimpático (espasmos gástricos, hipersecreción, bradicardia, estreñimiento espasmódico, etc.), existen otros en los que hay un predominio del simpático (exoftalmos, ojo brillante, manos y pies fríos y húmedos, etc.). Más que la vagotonía pura, encuentra en los ulcerosos una «desarmonía en el sistema nervioso de la vida vegetativa» que la considera anterior y causa predisponente de la úlcera. Pero en vez de admitir que ésta se puede provocar solamente por el traumatismo que supone una cicatriz, más ó menos distante, como cree Rössle, Bergmann amplía el concepto de trauma provocador y admite hasta la posibilidad de que produzca la úlcera un trauma psíquico. No cree que la neurosis desempeñe sólo el papel de causa predisponente, sino que por su persistencia puede provocar la úlcera y sostenerla. Como en los experimentos realizados por Lichtembelt las lesiones eran groseras, trató de reproducir alteraciones que semejaran á las que él consideraba características de la «neurosis vegetativa».

(1) Véase el número anterior.

Su discípulo Westhal, por el empleo de grandes dosis de pilocarpina y fisostigmina, excitadoras del nervio vago, observó contracciones violentas del estómago y al mismo tiempo abundante secreción de saliva, lágrimas y diarrea, síntomas todos de vagotonía. Al abrir el estómago de estos animales objeto de experimentación encontró pérdidas de substancia de la mucosa.

Por tanto, la teoría de Bergmann, llamada teoría espasmógena, se puede exponer brevemente diciendo que admite una desarmonía en el sistema nervioso vegetativo, producida por un «estado neuropático constitucional», susceptible de influirse, por alteraciones orgánicas, pero quizá más que por «traumas psíquicos». Esta desarmonía se acompaña de una tendencia al espasmo de la muscular del estómago. El espasmo de la muscular produce isquemia, seguida de ulceración de la mucosa, que persiste porque su misma presencia provoca nuevos espasmos en este estómago predispuesto para ello. Una consecuencia de esta patogenia es el beneficio que se obtiene en los ulcerosos por el empleo sistemático de la atropina.

Numerosas son las objeciones que se pueden hacer á la teoría de Bergmann, unas clínicas y otras experimentales. Entre las primeras la más importante es que ningún investigador ha comprobado la frecuencia de los estigmas vegetativos que él y sus discípulos han encontrado en casi todos los casos. Nosotros, que hace ya años investigamos en los ulcerosos estos estigmas, sometidos á las diversas pruebas farmacológicas y físicas, no encontramos más que un minimum de casos con síntomas vegetativos. Sin embargo, positivamente había algunos con ellos, y muy manifiestos á veces. Otros investigadores dicen haberlos observado solamente en el 20 por 100 de los casos (Lehman), en el 22 por 100 (Gundelfinger), etc.

Se han hecho otras objeciones (11) ¿Por qué la úlcera es única, ó doble lo más, y el espasmo se presenta una sola vez y no varias, determinando úlceras numerosas? ¿Cómo no se observan úlceras en muchos casos en los que el examen elnicorradiológico demuestra grandes espasmos, y, en cambio, se presentan después de esos espasmos pequeños, ignorados?

Recientemente Haeller (19) ha realizado experimentos para demostrar que los resultados obtenidos por Westphal no eran más que la consecuencia de una intoxicación intensa del animal, pudiendo conseguirse los mismos efectos empleando otros venenos como la morfina, la misma atropina ó recurriendo á la asfixia. En cambio, en otros animales á los que dió una dosis de 0,02 de pilocarpina produjo contracciones del estómago, pero al abrir este órgano tres días después no se encontró nada.

En realidad no se pueden considerar como demostrativos de lo que se proponen los experimentos de Haeller; es indudable que en todos estos casos se producen sufusiones y hasta ulceraciones gástricas; nosotros recordamos las encontradas en el estómago en los enfermos muertos por asfixia; pero al fin éstas se producen por un mecanismo semejante al sospechado por Bergmann.

Por tanto, no puede negarse importancia al sistema nervioso en la patogenia de la úlcera, algunas veces por sus trastornos neuróticos, como quiere Bergmann; pero, en nuestro sentir, más frecuentemente sirviendo de mediador para reflejar estímulos que proceden de lesiones situadas á distancia (apendiculares, biliares, hernia epigástrica de otros órganos, principalmente abdominales).

Más adelante señalaremos casos de úlceras gastroduodenales en los que se encuentran lesiones de los nervios periféricos; así ocurre en algunos tuberculosos, tabéticos, satur-

ninos, casos de compresión y envolvimiento del nervio neumogástrico por tumores, ganglios, etc., etc. El mismo Rosenow trata de armonizar su teoría infecciosa con la nerviosa admitiendo la posibilidad de que la infección determine una neuritis que sea la responsable de la úlcera.

Recordaremos también que últimamente Loeper y sus colaboradores han demostrado (37) la facilidad con que difunden los venenos por el nervio neumogástrico en los pacientes con lesiones del estómago, por insignificantes que éstas sean. Asimismo es de interés el hecho de la absorción de la pepsina por el neumogástrico izquierdo, en condiciones normales (38). Quizá sea ésta capaz de determinar alteraciones del nervio.

#### IMPORTANCIA DE LAS ENFERMEDADES DE OTROS ÓRGANOS Y DE LAS ENFERMEDADES GENERALES EN LA PATOGENIA DE LA ÚLCERA GÁSTRICA Y DUODENAL.

**Enfermedades del hígado y vías biliares y úlcera gástrica.** - En los enfermos del hígado se observan con frecuencia hemorragias gástricas, producidas por trastornos circulatorios en el sistema porta, como las de los enfermos con cirrosis atrófica, ó por otras alteraciones vasculares ó de coagulación de la sangre. Estas hemorragias se pueden presentar en toda clase de enfermos hepáticos, no encontrándose ninguna lesión de la mucosa gástrica. Pero también se han visto casos de verdadera úlcera gástrica ó duodenal coincidiendo con alteraciones del hígado, hasta el punto de que Gundermann llega á creer que estas úlceras son consecuencia de una disfunción hepática. Según este observador, en los experimentos de Friedrich y Engelhardt y Neck, que producían úlceras por ligaduras de los vasos del omento, se encuentran siempre lesiones del hígado. Gundermann produjo úlceras gástricas y duodenales ligando ramas de la vena porta y por inyecciones de extracto hepático, por lo que piensa que el tejido hepático enfermo contiene también substancias tóxicas semejantes á las de estos extractos. Es interesante este hecho, porque demuestra que puede ser peligroso el empleo de los extractos del hígado en el tratamiento de las hemorragias gástricas, conforme se ha venido haciendo, y contra lo que nosotros hemos protestado ya en otra ocasión.

Agregaremos que recientemente Le Noir, Richet y Jacquelin (35) han insistido en la frecuencia con que en los ulcerosos se encuentran alteraciones del hígado y del riñón; pero ellos las consideran consecutivas.

Son numerosos los casos de litiasis biliar con úlcera gástrica ó duodenal; de tal modo que nosotros siempre que hacemos operar un ulceroso aconsejamos se le examine la vesícula biliar. Diversas interpretaciones se han dado de esta asociación; algunas veces el mismo cálculo es capaz de producir compresiones seguidas de ulceración de la mucosa, pero esta hipótesis no resulta admisible más que en muy contado número de casos; en los demás podemos pensar, como en la apendicitis, en el mecanismo reflejo y en la infección.

Lichtenbelt (36) ha producido úlceras gástricas en conejos por estímulo farádico de la vesícula biliar durante una hora. Parece que estas úlceras se originan por mediación del sistema nervioso.

De todos es conocida la frecuencia del espasmo gástrico, y particularmente del pilórico, en el curso de las colecistitis, hasta el punto de que casi siempre es en el estómago donde se manifiestan los síntomas dolorosos, habiéndose podido comprobar por el examen radioscópico la existencia del espasmo.

Urrutia (62) en un caso de colecistitis con antecedentes

de melena é intensos dolores de estómago no encontró en la operación más que un ligero enrojecimiento del antro pilórico. Esto no excluye los casos de verdadera úlcera gástrica y duodenal, que todos hemos tenido ocasión de observar en los enfermos litíasicos; pero sería el término de transición entre el espasmo sencillo y la úlcera, es decir, que empezaría produciéndose el espasmo pilórico, la repetición de éste crearía un estado congestivo de la mucosa acompañado á veces de hemorragia, y finalmente, la persistencia del espasmo conduciría á la formación de una verdadera úlcera.

En la hipótesis de la infección se admite, ó que ésta por vía sanguínea se localiza directamente en los folículos linfáticos de la vesícula biliar y del estómago y duodeno, ó, como admite Kelling (31), que los microbios eliminados por la bilis se inoculan en los folículos linfáticos del duodeno y pueden refluir al estómago.

**Apendicitis.**—Payr fué el primero que habló de una úlcera gástrica como complicación de una apendicitis aguda y más tarde consecutiva á la apendicitis crónica; después son muchos los trabajos y discusiones acerca de su frecuencia y mecanismo.

Nosotros, sin considerarla tan frecuente como algunos, tenemos bastantes casos observados que parecen probar no se trata de una simple coincidencia, como piensa Bruine Plos van Amstel (8). Siempre que hacemos operar un apendicítico crónico aconsejamos que se explore el estómago y duodeno, y con más motivo siempre que se opera un paciente de úlcera gástrica ó duodenal recomendamos la exploración y, en general, la extirpación del apéndice.

La relación de estas dos enfermedades se ha interpretado de una manera muy distinta. Para unos la úlcera es consecutiva á venenos intestinales producidos por el éxtasis fecal; otros piensan en una intoxicación de origen apendicular. En nuestro sentir, las dos hipótesis que parecen más aceptables son las de la infección y del espasmo reflejo.

Con arreglo á la teoría infecciosa se produciría una embolia retrógrada del mesenterio, como la que se acepta (von Eisselberg y Payr) para la producción de las úlceras postoperatorias. Esta es la opinión sustentada por Zweig (66).

Otros piensan en la posibilidad de que la infección se realice por vía sanguínea, pasando á la circulación general y localizándose en el estómago ó el duodeno, cuyos folículos linfáticos son comparables al tejido del mismo nombre que existe en el apéndice, y Kelling cree que los microorganismos absorbidos por la vía porta pasan al hígado y se eliminan con la bilis, infectando el duodeno y, por reflujo, á veces, el estómago.

La existencia de espasmos gastroduodenales con punto de partida en el apéndice, y aun en otros trozos del intestino y diversos órganos del abdomen, tienen en su apoyo pruebas experimentales y clínicas. Cannon, y más recientemente F. W. White (65), han observado que ciertos estímulos del ciego, y aun de otras partes del intestino, producen un retardo en la evacuación gástrica.

Nosotros (24), en los exámenes radioscópicos practicados en pacientes con apendicitis crónica, hemos observado, casi constantemente, un retardo en el vaciamiento del estómago, aun no habiendo lesión ulcerosa gástrica ni duodenal. También hemos tenido ocasión de producir un espasmo pilórico por compresión en la región del apéndice en pacientes apendiculares crónicos, con ó sin úlcera pilórica ó duodenal. Sintoma que también han comprobado Aaron y Urrutia.

Algunos cirujanos (Moynihan, Mayo, Sherren, Urrutia, etcétera) han observado este espasmo en el acto operatorio.

(Continuará.)

## Bibliografía.

LA BOTRYOMYCOSE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX (CONTRIBUTION Á L'ÉTUDE DES GRANULOMES), por el Dr. J. Torlais.—(Monografía de los Archivos Franceses de Patología General y Experimental y de Anatomía Patológica). Un volumen en 8.º, de 120 páginas, con siete láminas fuera del texto. Gaston Deoin, Editor. Precio, 16 francos.

Esta monografía constituye un estudio muy completo de la botriomicosis humana y de los animales.

Clínicamente se detallan 108 observaciones de casos de botriomicosis, sobre las cuales ha podido el autor establecer los caracteres clínicos de la afección de un modo bastante detallado.

Al estudio clínico acompaña el de la Anatomía patológica, habiendo sido inspirado este trabajo por el profesor Sabrazès, y desarrollado además bajo la dirección del mismo en su Laboratorio de Anatomía patológica y de Microscopía clínica de la Facultad de Burdeos.

Desde el punto de vista anatomopatológico y basado en el estudio de 80 casos, distingue Torlais nueve variedades histológicas de botriomicomas en el hombre: 1.ª *Angiofibromatosis*. 2.ª *Angiofibromatosis infectada*, en la cual se encuentran en la costra periférica masas densas de microbios. 3.ª *Fibroadenosis sudorípara*, que es del mismo tipo que las precedentes, pero contiene además elementos glandulares. 4.ª *Granulomatosis con tendencia fibrosa*, en la que se ven todos los tipos intermedios entre el tejido inflamatorio y las formaciones angiomasas y el tejido fibroso con vasos de paredes netamente limitadas. 5.ª *Mamelón verrucoso fibromucoso telangiectásico, linfangiectásico y edematoso*. 6.ª *Granulomatosis con linfocitosis local muy marcada*, que parece especial del cuero cabelludo. 7.ª *Forma sarcoide con células gigantes*, que se encuentra á nivel de la conjuntiva. 8.ª *Plasmoma*. Tipo de neoplasias inflamatorias de las encías, que presentan los caracteres del botriomicoma y constituidos casi únicamente por células plasmáticas. 9.ª *Botriomicoma de forma pseudosarcomatosa*. La constitución histológica es muy vecina de la de los sarcomas verdaderos. Pero no se observa ni recidiva, ni generalización. Son neoplasias inflamatorias benignas.

Según Torlais, los botriomicomas son modalidades de granulomas, cuya constitución histológica depende en buen número de casos de la del tejido normal, sobre el cual evolucionan. Estos granulomas no tienden á la generalización ni á las metástasis.

Su localización más frecuente asienta en la mano y los dedos; después, en los labios, y por último, el cuero cabelludo, hecho sobre el cual insiste el autor, habiendo contribuído á darlo á conocer. Existen además otras localizaciones menos frecuentes.

En el botriomicoma humano se observa la presencia en número muy variado y sin disposición bien fija de mastzellen, de eosinófilos, de células plasmáticas, siendo estas últimas bastante numerosas en ciertos casos para constituir verdaderos plasmomas (octava variedad histológica).

Estudia también Torlais la botriomicosis en el animal, afección que considera como una estafilococosis especial. En el hombre no se ven en el botriomicoma gruesos granos botriomicósicos, sino solamente masas microbianas con los caracteres del estafilococo, rodeadas de una ganga más ó menos notable. Sin embargo, el estafilococo no parece ser en el hombre el único microbio causal.

Las dos enfermedades, del hombre y de los animales, son muy vecinas una de otra, pero evolucionan diferentemente, puesto que el terreno no es el mismo.

El tratamiento del botriomicoma en el animal consiste

en lavados antisépticos, en el raspado ó en la extirpación quirúrgica. En el hombre, al lado del tratamiento quirúrgico, el tratamiento radioterápico da excelentes resultados con dosis variables entre 10 H. y 15 H. (rayos no filtrados).

Las siete láminas que acompañan al texto contienen 13 dibujos en negro, que representan las imágenes histológicas de las principales variedades de botriomicomas.

Se encuentra además en esta monografía una historia completa de la cuestión y una bibliografía copiosísima.

EMILIO LUENGO

## Periódicos médicos.

### APARATO CIRCULATORIO

#### EN LENGUA EXTRANJERA

##### 1. La septicemia venosa subaguda; su forma errante y su forma cuadripléjica, por MM. Vaquez y Leconte.—

La inflamación del sistema venoso no presenta siempre la misma sintomatología ni la misma evolución. Al lado de la flebitis obliterante clásica, cuyo tipo es la *phlegmatia alba dolens* puerperal, existen septicemias venosas subagudas. La denominación de septicemia puede desconcertar, porque parece evocar la idea de una infección sanguínea generalizada cuyas manifestaciones no suelen localizarse en las vías por donde aquella se verifica. Sin embargo, se trata de una *septicemia*, como lo prueban la marcha de la infección, sus brotes sucesivos y su extensión á territorios más ó menos distantes unos de otros; de una septicemia venosa, porque los fenómenos que la traducen son únicamente venosos; de una septicemia venosa subaguda, porque en razón de su benignidad y á pesar de su presencia en la sangre, los gérmenes infecciosos no se difunden y no determinan ni síntomas generales marcados ni metástasis viscerales. En numerosos casos la localización en el sistema venoso, ó más exactamente en el de los miembros inferiores, se explica por la presencia de varices y son consecutivas ó bien á una herida pequeña, á una erosión insignificante, ó á una infección general. En ambos casos, la alteración de las venas las predispone á las inflamaciones, á causa de la fragilidad mayor de sus túnicas y, accesoriamente, de la presencia de dilataciones, donde la circulación está aminorada. Clínicamente estas septicemias venosas ofrecen caracteres un poco diferentes, aunque no se trata más que de simples modalidades, relacionadas por su modo de evolución. Existe una forma con pequeños focos sucesivos localizados, que puede prolongarse semanas ó meses; otra forma de marcha flegmática, que se observa especialmente cuando la inflamación venosa sucede á una infección general y en la que las localizaciones venosas son menos superficiales y adquieren por este hecho la marcha de verdaderas *phlegmatias* pequeñas; otra forma hemoptoica, caracterizada por la existencia de hemoptisis premonitorias á cada localización y que demuestran objetivamente la persistencia de la infección latente y la fragilidad de las trombosis venosas en cada brote flebítico nuevo.

A causa de la benignidad aparente de la afección, el enfermo no está ordinariamente inmóvil y los trombos recientemente formados, todavía friables, están expuestos á desprenderse. Estos accidentes hemoptoicos que atestiguan un infarto pulmonar no son particulares á las septicemias venosas subagudas y se sabe que existe una forma de flebitis obliterante, llamada de comienzo embólico, en la que la embolia inicial puede, á causa del volumen del trombo, ser fulminante. Ordinariamente, el infarto pulmonar es más ate-

nuado. En otra forma, la septicemia venosa, evoluciona de modo que el brote flebítico, en lugar de quedar limitado á los miembros inferiores, como sucede de ordinario, y de afectar caprichosamente tal ó cual segmento venoso, procede con un cierto método; en general, se trata de una flegmasía, ó sea de una flebitis atenuada de las grandes venas, que presenta la particularidad de invadir sucesivamente los cuatro miembros: esta forma es la que se denomina *cuadripléjica*. Los autores describen un caso en el que se encontraban á la vez el carácter hemoptoico de los diversos brotes y su localización cuadripléjica. Se trataba de una enferma que presentó á consecuencia de la gripe, una infección flebítica de evolución progresiva y, por decirlo así, sistemática, que duró cerca de ocho meses, estando separada cada extensión de la enfermedad, de la precedente, por un espacio de unos dos meses y de tres para la última. Estas septicemias dejan, como consecuencia (como sucedió en el caso que describen) secuelas, trastornos tróficos ó impotencias rebeldes, que necesitan el empleo muy prolongado de procedimientos fisioterápicos para obtener, si no una curación completa, por lo menos una mejoría relativa. Esto es un argumento más en favor de la opinión de uno de los autores que afirma que si la inmovilización absoluta es indispensable en el caso de la flebitis, debe cesar desde el momento en que todo el peligro ha desaparecido. Además, es necesario abstenerse de aplicar sobre los focos recientes sustancias irritantes que los tejidos edematosos soportan mal, contentándose con las aplicaciones húmedas y siempre vigiladas para evitar la maceración de los tejidos y formación de erosiones. En la *flegmasia alba dolens*, como en las flebitis subagudas, la duración de la inmovilización debe estar reglada por la curva térmica y no hay ningún peligro en hacer practicar movimientos de las regiones afectadas pasados veintiún días desde la caída completa de la temperatura. Este tiempo podrá acortarse para los miembros que, afectados anteriormente, estaban ya en tratamiento antes de una nueva localización. Si es prudente suspender entonces las maniobras de movilización, es igualmente juicioso emprenderlas de nuevo cuanto antes, si la elevación térmica no ha durado más que dos ó tres días y si el edema ha sido poco importante. Como otros tratamientos de la flebitis, ó por lo menos para lograr que no se produzcan sucesivos brotes, se han aconsejado las inyecciones de electrargol, que han dado buen resultado á algunos autores. Finalmente existen falsas anquilosis consecutivas á una inmovilización muy prolongada que podrían confundirse con anquilosis articulares verdaderas. Estas últimas suceden á menudo á las artritis infecciosas y son de ordinario rebeldes á los procedimientos de violencia, recidiando casi siempre al cabo de algunas semanas. En las flebitis, las lesiones que producen la anquilosis son puramente periarticulares y la movilización con anestesia clorofórmica dará resultados siempre satisfactorios. (*Presse Medicale*, número 28, 6 de Abril de 1921).—LUENGO.

##### 2. Valor pronóstico de una caída rápida de la presión arterial en la angina de pecho, por R. Lutembacher.—

El profesor Vaquez describe dos formas de angina de pecho: la angina de esfuerzo, en la que no se observa ninguna modificación de la respiración del ritmo cardíaco, de la presión arterial, siendo provocado el dolor por la irritación inflamatoria de los filetes nerviosos que caminan alrededor de la aorta, de las arterias coronarias. La segunda forma, la angina de decúbito, se acompaña de los síntomas que caracterizan la dilatación aguda del corazón: edema pulmonar, aumento de la frecuencia del pulso, modificación de la presión arterial. En las formas favorables de la angina de decúbito, la frecuencia del pulso es moderada, el pulso conti-

nña lleno y tenso, la caída de la presión sistólica es limitada, conservando la presión mínima su cifra primitiva. En las formas graves, el autor ha observado la aparición de una taquicardia extrema, bastante particular por la debilidad y desigualdad de los latidos cardíacos, por la caída brutal de la presión arterial, por el cese brusco del dolor anginoso. El conjunto de estos síntomas constituye un verdadero síndrome terminal sobre el que conviene insistir. Se le observa en individuos hipertensos con ó sin aortitis; su hipertensión es á veces bien soportada, sin que ningún síntoma doloroso advierta el peligro. La crisis terminal aparece por la exposición prolongada al frío húmedo, á la lluvia. El dolor entonces se establece y continúa fijo á pesar de la inmovilidad absoluta y de la trinitrina. La presión arterial sufre importantes modificaciones; á veces se produce una caída brutal de la presión sistólica que, de 25 ó 28, cae á 8 ó 9; este descenso rara vez sucede al comienzo de la crisis, sino después de varias horas de dolores intensos, en el momento mismo en que éstos desaparecen. Cuando la crisis terminal no se desarrolla más que uno ó dos días después del enfriamiento, se asiste á pequeñas crisis dolorosas premonitorias. Desde este momento, se observa algunas veces variaciones de la presión arterial que son siempre de un pronóstico desagradable; la presión sistólica cae algunos centímetros, la diastólica queda elevada, al mismo tiempo que el corazón se acelera 100-120 y el enfermo no acusa ninguna disnea, quejándose únicamente del dolor. La caída en escalera de la presión es tan desagradable como la caída brutal. Un signo de gran importancia anuncia la crisis terminal; el brusco cese del dolor. El enfermo, extenuado, se duerme algunos instantes á favor de esta remisión engañosa. Bien pronto se sienta en el lecho, se inclina hacia adelante, apoyado en los codos, buscando en vano una posición favorable; si se le interroga sobre el dolor, responde invariablemente: «No sufro, pero me ahogo». Sin embargo, no hay edema pulmonar, estando la disnea ligada á la aceleración extrema del corazón, que late 150-200 veces por minuto y sus latidos son débiles, desiguales y la mayor parte no se transmiten al pulso. La cara, las extremidades, están exangües, terminando un síncope este drama brutal. El substratum anatómico de este síndrome, su patogenia, no están determinados todavía. Debe hacerse intervenir únicamente al sistema nervioso extracardíaco; un reflejo partido de los plexos preaórticos determinaría una crisis simpática, causa de la caída brutal de la presión arterial, de la taquicardia extrema, ocasionando la muerte como ciertas formas de taquicardias paroxísticas. Parece más lógico admitir una dilatación brusca del músculo cardíaco que suceda á una distensión dolorosa. Se admite que la dilatación aguda del corazón se debe á un verdadero golpe de presión provocado por el frío. En las formas graves estudiadas por el autor, un accidente sobreañadido, tal como una hemorragia ó una trombosis coronaria, parece necesario para explicar este doblegamiento súbito y desde el principio irremediable, del miocardio. En las formas graves de angina con distensión aguda del corazón, la caída brutal de la presión arterial, la taquicardia extremada con arritmia, se explicaría muy bien, por el contrario, por la obliteración ó la ruptura subpericárdica de una coronaria. El único examen anatómico que el autor ha podido practicar en estas circunstancias parece demostrarlo; la aorta y las coronarias presentaban lesiones antiguas y profundas de arteritis subaguda; pero además la coronaria derecha estaba obliterada en su origen por un coágulo fibrinoso fijo sobre una placa de endoarteritis. Lutembacher cree, por último, que la taquicardia súbita que precede un poco á la muerte, es una taquicardia paroxística ventricular que ocasiona rápidamente la

fibrilación del ventrículo. (*Presse Medicale*, núm. 2, 5 de Enero de 1922).—LUENGO.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

3. **Semeiología de la onda T del electrocardiograma, por el Dr. L. Calandre.**—El autor hace un resumen expuesto con gran claridad de las interpretaciones actuales de las diferentes ondas del electrocardiograma, haciendo notar la obscuridad que reina en la interpretación de las fases ventriculares del mismo. Sin embargo, puede establecerse una distinción bastante marcada entre la primera fase del electrograma ventricular, Q, R, S, y la onda final T. Hay quizás entre ellas una independencia de origen, pero sobre todo difieren por su diverso comportamiento respecto de las diferentes influencias que pueden actuar sobre ellas. La porción inicial se altera principalmente bajo la acción de los desplazamientos del eje del corazón y por la existencia de hipertrofias en el ventrículo izquierdo ó en el ventrículo derecho. En uno ú otro caso las modificaciones se manifiestan, bien por una mayor elevación de R, bien por un mayor pronunciamiento de S. Y en este respecto se atribuye á dichas modificaciones cierto valor en el diagnóstico de las alteraciones anatómicas del corazón. La onda T, es, por el contrario, menos modificable por el estado anatómico del corazón, y, en cambio, parece dejarse influir más por las variaciones del estado funcional del miocardio. El Dr. Calandre analiza en su trabajo esta onda final T, basándose en numerosas observaciones clínicas personales, algunos electrogramas de los cuales van incluidos en la publicación. La altura de T, según el autor, medida en una serie de 87 individuos normales eliminando para ello todos los casos de lesiones valvulares, hipertensiones acentuadas y edades extremas, es por término medio, de 3,6 milímetros. Esta altura se encuentra modificada por ciertas condiciones fisiológicas, entre las cuales, las principales son la edad, la presión arterial y las influencias nerviosas. T, es, en general, tanto menos pronunciada cuanto mayor sea la edad del sujeto y cuanto mayor sea la presión arterial. Desde el punto de vista patológico, el autor, basado en sus observaciones, cree que la mayor ó menor altura la T, se encuentra en cierta relación con el grado de capacidad funcional del miocardio, opinión que admiten también otros observadores. Una onda T, bien acentuada, indica un buen estado funcional del miocardio. Una onda T aplanada, desaparecida ó invertida, indica que las energías del corazón se encuentran muy reducidas para el esfuerzo que se las exige.

Calandre ha encontrado valores de T superiores á lo normal en los casos de hipertiroidismo. En los enfermos con lesiones cardíacas, aunque ofrezcan fenómenos de déficit funcional, si la onda T se encuentra bien desarrollada, puede pensarse que la evolución de la enfermedad no es por el momento grave y que el miocardio cuenta aún con energías suficientes para vencer el desequilibrio funcional. En cambio, cuando la onda T se aplanan y, sobre todo, cuando se hace negativa, tiene una significación pronóstica desfavorable. La experiencia del autor sobre la inversión de la onda T se refiere á 20 casos, habiéndola observado, ya en enfermos con ritmo cardíaco regular, ya en enfermos portadores de arritmias, publicando algunas de estas observaciones más interesantes. La gran mayoría de los electrocardiogramas con onda T invertida pertenece á individuos hipertensos con fenómenos de déficit cardíaco; disnea, opresión, dolor precordial, etc. Cuando la hipertensión es bien soportada, es decir, cuando el enfermo no sufre molestias perceptibles, la onda T se aplanan algo, pero de ordinario no se hace negativa. A veces, por la acción de las curas inten-

sas de digital, se produce una inversión de la onda T en segunda y tercera derivaciones. Esta inversión, que suele iniciarse á las veinticuatro ó treinta y seis horas de comenzado el tratamiento y que persiste durante un plazo de tiempo que media entre cuatro y veintidós días después de suspendida la administración de la digital, se considera por Cohn, que es quien ha llamado la atención sobre este hecho, como un signo de digitalización suficiente del corazón. Pero esta inversión digitálica de T nunca se presenta en los electrocardiogramas recogidos en primera derivación, que es á la que Calandre se ha referido en sus casos. Su opinión actual es que la inversión de la onda T en los electrocardiogramas recogidos en primera derivación acompaña á estados muy precarios de las energías del corazón y tiene una significación pronóstica sumamente desfavorable. (*Archivos de Cardiología y Hematología*, vol. III, número 3, Marzo de 1922.)—E. LUENGO.

## PARASITOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La onchocercosis de Guatemala ó erisipela del litoral, por Ch. Joyeux.**—Se denomina así una afección especial que se observa en Guatemala, esencialmente caracterizada por la presencia de quistes cefálicos que contienen filarias, que se acompañan de diversas manifestaciones, de las cuales unas simulan la erisipela, mientras que otras afectan á la córnea, al iris y pueden ocasionar la ceguera. La afección está localizada en la vertiente del Pacífico, en la zona del cultivo de los cafetales, á una altura variable entre 600 y 1.200 metros. No se la observa ni más arriba, ni más abajo. Además, existen en la misma región contaminada, sitios en donde la enfermedad no se contrae y otros en donde es endémica. El hecho es particularmente llamativo, en los obreros que habitan con sus familias en un sitio sano y van á trabajar durante el día á plantaciones donde reina la enfermedad. Ellos adquieren la afección, mientras que sus mujeres é hijos, que quedan en casa, están indemnes. En las zonas infectadas pueden estar atacados el 97 por 100 de los individuos; los niños adquieren la enfermedad con mucha frecuencia; en general, los individuos malamente vestidos y que circulan durante el día con la cara y el cuello descubiertos, son los más expuestos. Los indios son más atacados que los blancos. La incubación es de unos tres meses, en los casos en que ha podido ser observada. Los quistes, de 1 á 19, asientan en la región posterior de la cabeza, nueve veces de diez; más raramente en la región parietal, y muy excepcionalmente en otros sitios. Son de un volumen variable desde un guisante hasta un huevo, ordinariamente del grosor de una cereza. La mayor parte del tiempo indoloros, dan lugar á veces (cuatro veces de quinientas) á una perforación de la bóveda craneana. El brote de erisipela se ve, sobre todo, en los casos agudos; se acompaña de fiebre (39 á 40°); en el niño se observa postración, delirio y convulsiones. El edema alcanza á las orejas, que aumentan notablemente de volumen, los párpados, el labio superior y dan á la fisonomía un aspecto característico. El enfermo acusa vivos dolores, acompañados de escozor, prurito, exacerbaciones periódicas, á veces neuralgias atroces. En las formas crónicas, las lesiones cutáneas tienen más bien un aspecto eczematoso. La piel adquiere un tinte verdoso y lívido, que hace fácil el diagnóstico. Los accidentes oculares son, principalmente, lesiones de queratitis. Al principio se observa una fotofobia intensa que dura varios días; después la córnea es invadida desde la periferia al centro por infiltraciones puntiformes, es decir, por una queratitis superficial punteada. Más raramente se afe-

tan las capas profundas y se produce una queratitis intersticial. Ulteriormente puede observarse iritis, ya sea aguda, ya sea (y con más frecuencia) fibrinosa crónica. Las pupilas están contraídas, á veces desviadas, el iris tiene un tinte grisáceo y la agudeza visual está muy disminuída. Por último, al cabo de un tiempo considerable, generalmente varios años, las lesiones pueden complicarse de ambliopía, quedando ciego el enfermo con frecuencia; una pseudomembrana oblitera la retina. El agente patógeno, descubierto por el Dr. Robles, es un nematode del grupo de las Filarias, perteneciente al género *Onchocerca*. Los tumores cervicales contienen gusanos de los dos sexos, entrelazados unos con otros y difícilmente aislables. El profesor Brumpt le ha estudiado comparativamente con el *Onchocerca volvulus* del Africa tropical, que también se encuentra en el interior de tumores, pero no de la cabeza. Estos dos *Onchocerca* no pueden apenas diferenciarse por su morfología; basándose en su biología, Brumpt considera á la filaria de Guatemala como una especie distinta que ha denominado: *Onchocerca coecutiens*. El tratamiento consiste en la extirpación total de los quistes, que va seguida de curación casi instantánea. En algunos raros casos de recidiva, se trataba probablemente de quistes que pasaron desapercibidos. La operación, que es muy sencilla, se hace con anestesia á la cocaína. No se conoce el modo de transmisión de esta enfermedad. Robles piensa, por analogía con lo que sabemos para otras filarias, que debe ser propagada por insectos chupadores de sangre, que piquen durante el día; para él, estos insectos serían simúlidos que abundan en los lugares en que existe esta afección (*Presse Medicale*, núm. 28, 6 de Abril de 1921.)—LUENGO.

2. **Perforación del ileon, probablemente producida por el ascaris lumbricoides, por A. Ingram.**—Niña indígena, de doce años, cuya autopsia fué ordenada por sospechar que había sido violada y muerta á consecuencia de ello. La cavidad peritoneal contenía gran cantidad de líquido y cuatro *ascaris lumbricoides*, de los que tres estaban muertos. Unos seis pies por encima de la válvula ileocecal existía una perforación oval. Abiertos el ileo, el ciego y el colon, se encontraron congestionados á estos dos últimos, pero sin ulceración. La mucosa del ileon presentaba numerosas placas de Peyer abultadas y algunas con ulceraciones superficiales: las válvulas conniventes aparecían obliteradas en algunos parajes. Solamente se encontró una perforación á nivel de una de dichas ulceraciones superficiales. Por último, en el interior del ileon había ocho *ascaris* más. El bazo estaba aumentado y congestionado, pero no muy pigmentado. Hígado y riñones presentaban congestión venosa. Se afirmó, en vista de estos datos, que la muerte fué debida á una peritonitis consecutiva á una perforación intestinal acaecida en un caso de fiebre tifoidea; que lo más probable era que la perforación fuese causada por un *ascaris lumbricoides*. (*The Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, número 13, 1.º de Julio de 1922.)—LUENGO.

3. **Equinococosis peritoneal, por el profesor Chauffard.**—Una mujer, en estado de salud aparente, presenta, sin embarazo, al examen del abdomen, algunas particularidades. Por la palpación se observa: 1.º, en la parte media y regiones laterales, entre el ombligo y el pubis, existen dos ó tres pequeños tumores redondos, superficiales, que ruedan bajo los dedos; 2.º, ejerciendo presión por cima de la región pubiana, se nota una masa profunda, lobulada, renitente, no dolorosa, que se sumerge en la fosa ilíaca derecha, la cual ocupa casi por completo; palpando la superficie de esta tumefacción, se tiene claramente la sensación de una superficie polilobulada. La sensación de temblor hidatídico

es imperceptible (?). El tacto vaginal enseña que el útero está rodeado por la masa hidatídica. El fondo de saco posterior y, sobre todo, el lateral derecho presentan masas rítmicas que le comprimen. Por lo tanto, la invasión pelviana está bastante pronunciada. Por estos datos sería difícil diagnosticar la naturaleza de estos tumores abdominales. Sin embargo, los antecedentes de la enferma son definitivos. Ha sufrido tres operaciones abdominales; la primera, á los veinticinco años, consistió en la extirpación de los ovarios y trompas; hecho interesante; dos días después de la intervención tuvo un brote de urticaria.

A los treinta y nueve años, ictericia con decoloración de las heces y orinas oscuras, dolor en la región hepática y desde entonces crisis dolorosas abdominales acompañadas de síncope, á veces vómitos biliosos y estreñimiento. Se opera y se extirpa un quiste hidatídico infraumbilical. Dos ó tres meses más tarde, se desarrolla un nuevo tumor á nivel del ombligo con crisis dolorosas y síncope; nueva operación para extirpar otro quiste hidatídico. Dos años después aparece otro tumor quístico á nivel de la cicatriz de la precedente operación. El abdomen aumenta y aparecen además dolores á nivel del miembro inferior del lado derecho, que parecen ocupar á la vez el sitio del nervio crural y el del ciático; empiezan, por tanto, fenómenos de compresión. Los antecedentes son decisivos. El Weinberg fué francamente positivo; eosinofilia del 30 por 100. El valor de las reacciones biológicas en cuestión de quistes hidatídicos, es muy grande, pero no absoluto. Hay casos en que las reacciones son positivas y no hay quiste hidatídico, existiendo, en cambio, un sarcoma; son, no obstante, casos muy raros. Mucho menos raro, es el hecho de un quiste hidatídico con reacciones biológicas negativas. Chauffard y Vincent han insistido sobre estos hechos y lo que han denominado la *toxicidad cerrada*. En la enferma en cuestión se estableció el diagnóstico de equinocosis multivesicular intraperitoneal, tal vez intraparietal y sobre todo intrapelviana, que es lo más importante desde el punto de vista pronóstico. ¿De qué tiempo data la infección hidatídica? Según Dévé, los quistes del adulto son de origen muy lejano y muchos de ellos de origen infantil.

En el niño se encuentra el quiste monovesicular (acefalocisto ó quiste estéril); en el adulto, el quiste, por poco antiguo que sea, es multivesicular. Lo que en el caso presente hace pensar en un origen antiguo es la erupción de urticaria ocurrida hace veinticuatro años, después de una operación y también la ictericia ya antigua (síntoma hepático). Esta equinocosis peritoneal es secundaria verosímilmente á un quiste hidatídico del hígado. Es una regla establecida por Dévé y que parece justificada. El quiste del hígado en la enferma en cuestión no ha sido comprobado. Si hay que intervenir otra vez, habrá que tenerlo en cuenta y tratar de extirpar esta fuente de inundación peritoneal. Esta inundación puede producirse de diversos modos. Los quistes del hígado pueden romperse por un exceso de tensión y de ello resultan accidentes de intoxicación inmediata (accidentes de anafilaxia hidatídica aguda que pueden producir incluso la muerte). En otros casos, el líquido procede de un quiste infectado y sobrevienen fenómenos de peritonitis aguda que también pueden producir la muerte en unos días. Una tercera evolución consiste en crisis dolorosas pasajeras, seguidas de la aparición de masas móviles flotantes que invaden el epiplón ó caen á la pelvis. Los quistes del epiplón no son graves porque no suelen ocasionar fenómenos de compresión. Los de la pelvis producen fenómenos de compresión lenta y progresiva sobre los uréteres (uremia lenta), vejiga (disuria), recto (accidentes de oclusión intestinal),

vasos ilíacos (trastornos circulatorios y de nutrición de los miembros inferiores). Es posible una evolución fibrosa del grano equinocístico, que es lo que ha llamado Dévé la *pseudotuberculosis equinocística*. El estado actual de la enferma es benigno, pero abandonaba á sí misma, la afección llegaría á ser mortal por la compresión intrapelviana. La línea de conducta terapéutica es, sin embargo, difícil de tratar. La extirpación de todos los quistes entraña una gran dificultad operatoria por lo que el pronóstico es siempre desfavorable. (*Journal des Praticiens*, núm. 40, 1.º de Octubre de 1921.)—LUENGO.

## ENDOCRINOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de la esterilidad por medio de los extractos orgánicos, por A. Bercowitch.**—Aunque el proceso de la menstruación y la nutrición de los órganos reproductores de la mujer están en íntima dependencia del ovario, no debe, sin embargo, perderse de vista el hecho de que sin el estímulo del producto de algunas de las demás glándulas de secreción interna, especialmente del tiroides y de la hipófisis, la menstruación, y, por tanto, la reproducción sería imposible. Una de las ideas fundamentales aceptadas definitivamente en estos últimos años, es la de que las diversas glándulas endocrinas no actúan individualmente por sí mismas, sino mediante una íntima correlación funcional, en virtud de la cual, si una glándula experimenta alguna alteración, las otras reaccionan muy rápidamente para compensar el trastorno producido en el organismo por aquélla. Por lo tanto, las funciones de reproducción dependen de la acción y cooperación normal del tiroides, de la hipófisis (lóbulo anterior, especialmente) y de los ovarios; la alteración de cualquiera de estos tres órganos, aumenta el trabajo de los demás y trastorna el funcionamiento normal del grupo.

Las anomalías endocrinas pueden desarrollarse: 1) después de cualquiera de las enfermedades de la infancia; 2) á consecuencia de fuertes enfriamientos; 3) por enfermedades crónicas debilitantes; 4) por un puerperio prolongado; 5) por la lactancia prolongada; 6) por lesiones cardíacas crónicas; 7) por el embarazo; 8) por la intoxicación por el plomo y la morfina; 9) por el exceso de trabajo y la alimentación deficiente; 10) por la monotonía y fatiga excesivas y por una depresión acentuada. El autor describe algunos tipos endocrinos.

*Tipo pituitario:* Se divide en dos: uno, en el que el hipopituitarismo se desarrolla en la infancia, pero los síntomas sólo se hacen aparentes después de la pubertad, y otro en el que el trastorno pituitario tuvo lugar después de la pubertad. La disfunción del tiroides que interesa más en relación con la esterilidad, es la insuficiencia tiroidea, cuyas características son bien conocidas.

*Tipo ovárico:* La menstruación comienza ordinariamente después de los catorce años de edad, es de corta duración, en cantidad escasa, y se acompaña de una mayor ó menor dismenorrea, náuseas, tal vez vómitos, dolor en la región dorsolumbar, malestar acentuado y decaimiento general. Los órganos genitales están bien desarrollados y los caracteres sexuales secundarios se desarrollan antes de establecerse el trastorno de la función glandular. Existe un crecimiento exagerado de los huesos largos, constituyendo las mujeres altas y delgadas, con cabeza desproporcionalmente alargada, de líneas agudas y barba dirigida hacia atrás. Las manos son largas, delgadas y artísticas, dedos desproporcionadamente largos, finos y puntiagudos. El autor describe siete casos, en los que merced á un tratamiento oportuno

pico adecuado, se logró la desaparición de los trastornos menstruales y la desaparición consecutiva de la esterilidad. (*Medical Record*, 18 de Junio de 1921.)—LUENGO.

### OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Insuflación de anhídrido carbónico para determinar las causas de la esterilidad en la mujer, por el doctor R. S. Cron.**—Fué Rubin en 1920 el primero que propuso la insuflación de un gas al peritoneo, á través del útero, con el fin de determinar la permeabilidad ó impermeabilidad de las trompas; Para que este método de exploración se hiciera de práctica corriente era preciso que no fuese peligroso, y los numerosos casos en que se ha practicado demuestran que no lo es; que no causase molestias á la enferma, y éstas que ya eran escasas con el oxígeno, lo son mucho menos con el anhídrido carbónico que se absorbe mucho antes; que el método fuese simple, y lo es en efecto. Para determinar las causas de la esterilidad empieza por hacer una historia detenida, especialmente por lo que se refiere á los datos de menstruación, de partos y puerperios y de procesos venéreos; cuando es posible se determina la fertilidad del esposo. Hace luego una exploración muy detenida general y especial del aparato genital, incluso con tactos rectal y vaginal; examina el cuello del útero mediante el espéculo y examina las secreciones vaginales. Luego procede á la insuflación de gas por vía tranuterina, y si no da resultado por impermeabilidad de las trompas á un neumoperitoneo, por vía transabdominal. En ambos casos, después de la insuflación se hace una radiografía estereoscópica. El instrumental consta: de un depósito de anhídrido carbónico; de un gasómetro de 25 c. c. de capacidad, un manómetro y una cánula uterina metálica provista de un tapón de goma perforado de manera que pueda cerrar herméticamente el cuello del útero y no refluya gas á la vagina. Acompaña al aparato una aguja para los casos en que haya que hacer un neumoperitoneo por el procedimiento corriente. Colocada la enferma en posición de Sims se aplica un espéculo y se sujeta el útero con una pinza de doble garfio. Luego se aplica la cánula. La presión del gas en el sistema debe ser de manera que al ocluir la cánula se eleve la tensión en el manómetro hasta 200 milímetros Hg., pero no debe ser mayor, lo cual se conseguirá mediante una válvula de seguridad. Cuando las trompas no están obstruidas, el gasómetro se debe evacuar seis veces por minuto, pero si hay obstrucciones parciales ú obstrucción de una trompa sola las evacuaciones serán cuatro ó dos por minuto. A veces no pasa el gas al primer intento y entonces es necesario elevar la presión hasta los 200 milímetros de mercurio varias veces, en algún caso lo ha hecho el autor hasta 12 y en ningún caso se ha decidido á hacer la insuflación transabdominal sin probar la tranuterina menos de seis veces. En cuanto el gas penetra se ve bajar la tensión en el manómetro 20 á 100 milímetros. Se determina la existencia de neumoperitoneo sin recurrir á los rayos X porque sin existir reflujo de aire por la vagina, el manómetro marca menos de 200 milímetros, porque la enferma siente un dolor ligero en las fosas ilíacas y más tarde en los hombros, especialmente si está sentada, porque la irritación del peritoneo da lugar á náuseas y porque se produce timpanismo del abdomen. La cantidad de gas que se necesita para todo esto suele ser de 300 c. c. y si sólo se quiere determinar si las trompas son permeables ó no lo son, no es necesario practicar la radiografía. Esta resulta, en cambio, necesaria cuando se trata de determinar la posición de los órganos genitales, adheren-

cias, etc. Está contraindicada esta insuflación cuando la enferma tiene secreción vaginal ó uterina, abundante, sanguinolenta ó purulenta; en los procesos inflamatorios agudos de los órganos de la pelvis, los trastornos cardíacos avanzados, la hipertensión grande, los grandes tumores abdominales, los estados febriles. Las enfermas muy excitables, pero por lo demás sanas, pueden ser sometidas á una anestesia con somnoformo para la insuflación. De los 400 casos en que el autor ha empleado este procedimiento resulta: que la radiografía, ayudada por él, ha dado resultados muy superiores á la palpación bimanual. Que aproximadamente el 50 por 100 de los casos de esterilidad de las mujeres se deben á obstrucciones de las trompas. Que cuando es preciso alcanzar una presión de más de 150 milímetros de mercurio para que pase el gas, es muy probable que se deba á obstrucciones parciales de una ó de las dos trompas. Esto tiene especial valor cuando se requieren varios intentos para que el gas penetre. Que en algunos casos especialmente favorables, la dilatación de las trompas que se consigue con la insuflación es suficiente para permitir un embarazo en lo sucesivo. (Edición inglesa, *The Journal of the American Med. Association*, 26 de Agosto de 1922.)

### BIOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acido úrico libre y permeabilidad renal, por Mathieu-Pierre Weil y Ch. O. Guillaumin.**—En una nota anterior los autores han demostrado que no existe ninguna relación precisa entre la riqueza de la sangre en ácido úrico libre y en ácido úrico combinado. Se debe á que cada uno de estos cuerpos ó grupos de cuerpos, son función de fenómenos muy diferentes. El aumento del ácido úrico combinado deriva de factores nutritivos y diatésicos, tales como la digestión, la alimentación, la fiebre, la diátesis gotosa, y no tiene más que relaciones lejanas con el estado de permeabilidad renal; ésta, por el contrario, es el factor que condiciona en primer lugar el contenido en ácido úrico libre de la sangre. Normalmente la cifra del ácido úrico en la sangre no excede de 25 miligramos por litro para los glóbulos y 45 miligramos para el plasma en un sujeto sometido á un régimen pobre en purinas. Esta cifra se eleva en casos de déficit de alimentación renal, al mismo tiempo que la urea sanguínea y la constante ureosecretoria. Las variaciones del ácido úrico libre y de la urea sanguínea no son paralelas, y la relación de estas substancias del plasma, que de ordinario permanece aproximada á 0,10, es susceptible de variar en bastantes fuertes proporciones. En los enfermos en los que la elevación de la azotemia obedece más bien á una exageración de las combustiones orgánicas que de un trastorno de la permeabilidad renal, la cifra del ácido úrico libre puede continuar normal. En los gotosos, el aumento frecuente de la cifra de ácido úrico libre no obedece á un trastorno del metabolismo, sino á la insuficiencia, tan común en estos enfermos, de la permeabilidad renal; ésta puede en ciertos casos, ó durante un cierto tiempo, permanecer suficiente y entonces la cifra del ácido úrico de los glóbulos y del plasma continúa normal, elevándose por el contrario en casos de insuficiencia de la función de depuración renal. Lo que constituye, en efecto, el trastorno fundamental de la gota no es el aumento del ácido úrico libre, sino, aparte de todo proceso agudo, pasajero ó de otra naturaleza, el del ácido úrico combinado. (*Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 6, 11 de Febrero de 1922.)—E. LUENGO.

# EL SIGLO MEDICO

## SECCION 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 socorro.*



### Boletín de la semana.

San Daniel.—Santa Isabel.—San Eugenio.—  
Monotonías históricas.

Con el ánimo conturbado y entristecido el corazón, recopilamos hoy, al entrar en prensa nuestro número, las impresiones que la anterior semana nos ofrece. No son, por cierto, agradables, ni siquiera indiferentes, sino amargas y muy amargas, no solamente por lo que en los hechos representan, sino también por lo que en los procedimientos y en las ideas significan. Si, por fortuna nuestra, en nuestra juventud escolar parece no haber pasado un día desde el de San Daniel en 1865 al de ayer de San Eugenio en 1922, por nuestra desgracia, parece también que para nuestros políticos, no solamente nada ha pasado que les enseñe, sino que se diría que han ido á aprender sus procedimientos á países incivilizados, olvidando las enseñanzas de nuestra historia nacional.

Ya de sobra comprenden nuestros lectores á lo que nos venimos refiriendo: agitada la opinión pública por un asunto de interés nacional y político, de vital significación para la vida de la Patria y del Ejército, venía manifestándose por modos diversos en la Prensa, en las Sociedades, en los mitins y en todas partes, pareciendo que se aparejaba á hacerlo con ruidosas luchas en el Parlamento. Pedíase por la inmensa mayoría de los españoles la disolución ó nulidad de las llamadas Juntas de Defensa del Ejército. Los estudiantes, con discutible oportunidad, creyeron deber tomar parte en la protesta, primero, y en la aspiración reformadora, después, y lo hicieron por sus medios habituales de reuniones, manifestaciones, aclamaciones y protestas.

En este estado las cosas, para nadie era un secreto que el Gobierno, y con el Gobierno todas las oposiciones gubernamentales, preparaban una solución al asunto primordial. ¿Cómo esperar que en tales circunstancias, y cuando el Gobierno con patriótica previsión acudía al Parlamento resolviendo con un proyecto de Ley el problema, hubiera quien creyese necesario hacer un público alarde de fuerzas de represión á expensas de la mas inofensiva é inerte de las protestas, que á luz se habían dado? ¿Quién podía suponer que fueran los estudiantes, y especialmente los de Medicina, los que habían de pagar los vidrios rotos por tantas manos torpes

como han llevado las riendas de la gobernación pública en los últimos años?

¿Qué se hubiera perdido con guardar veinticuatro horas más una actitud reposada y circunspecta, por aquéllos que sabían, ó debían saber, que la solución estaba ya convenida y se iba á hacer pública, mientras que los que protestaban ignoraban esto y cuando, á las pocas horas lo supieran, habrían de deponer seguramente su actitud airada, trocándola en aplauso y vítores para el Gobierno?

Pues bien, nada de esto se ha tenido en cuenta por nuestros sesudos gobernantes; ó mejor dicho, por los que se vanaglorían de manejarles é inspirarles á su antojo. Se ha dado por completo al olvido por los que debieran recordarlo, sucesos que siempre han terminado por ser nocivos á los que en ellos han actuado como represores y muchas veces á los que más altos que ellos están colocados.

Los agentes llamados de la autoridad, y nosotros diríamos de la torpeza, han querido dar una muestra pública de su fuerza y su valor, y la tal muestra, cómica en su principio, ha terminado por ser dramática á la postre.

Acudir á la pacificación de los grupos estudiantiles exhibiendo vergajos y rompecabezas, como en las calles de Moscou en los felices tiempos del Zarismo ruso, equivalía á provocar, á irritar los ofendidos ánimos de una juventud susceptible en su decoro y fácil á los reflejos de resistencia y de represalia.

Sucedió lo que había de suceder, pero no lo que suceder debiera. Mientras el Gobierno leía en las Cortes el proyecto de ley que para gloria suya resolvía el conflicto de las Juntas, los agentes del director de Seguridad amenazaban con instrumentos impositivos para los perros y los esclavos, á jóvenes cultos que tienen y debemos procurar todos que mantengan el sentimiento de su propia dignidad.

El choque provocado, sobrevino. Quizás haya esto producido sorpresa á los no muy iluminados de intelecto; pero los que han vivido la historia patria contemporánea y los que conocen la psicología juvenil, han visto con tanto dolor, como poca extrañeza, que la colisión se ha efectuado produciendo heridos entre los estudiantes, que pasaban de 16, según el rector de la Universidad decía en el Senado, y habiéndose dado el caso de mostrar su militar proeza un solo agente al disparar 16 tiros por

su propia mano sobre la masa indefensa de los estudiantes, solamente provista de tejas y cascote.

¡Verdaderamente ha hecho bien el Sr. Sánchez Guerra abriendo el camino de las recompensas á los hechos bien comprobados de valor bélico, pues se le presenta ya una buena ocasión para ejercer tan acertada medida, premiando al valeroso guardia de los 16 tiros!

DECIO CARLÁN

### Sindicato Médico de Madrid y su provincia

Y

#### Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid (1).

##### EL CRITERIO PROFESIONAL DE ESTAS DOS ENTIDADES SOBRE EL SEGURO DE ENFERMEDAD

Comunicación que el Sindicato Médico de Madrid y su provincia y el Comité de Delegados de Sociedades de Madrid, presenta á la Conferencia Nacional de Barcelona, fijando el criterio profesional sobre los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad.

I

El Sindicato Médico de Madrid y su provincia y el Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid, entidades que agrupan á más de 600 médicos, se han dado perfecta cuenta de la trascendental importancia y de la inmensa acción social que la implantación de los seguros de enfermedad, invalidez y maternidad científicamente organizados, puede tener en España, no solamente en el aspecto de proporcionar á los asegurados adecuada asistencia médico-farmacéutica y subsidios por enfermedad, sino también en el aspecto higiénico y sanitario, de prevención, que forzosamente contribuirá á disminuir el ingente coeficiente de morbilidad y mortalidad que hoy desgraciadamente registra la población española.

Aun reconociendo los médicos que la reglamentación de estos seguros les ha de perjudicar en lo económico y mermar bastante su derecho de contratar libremente sus servicios, sacrifican gustosos este derecho y sus intereses económicos, limitándolo como es racional y justo en beneficio exclusivo de las clases populares, á fin de que éstas, las más necesitadas, por la unidad de acción y de servicios que el seguro nacional representa, puedan alcanzar los medios de prevención y curación de sus enfermedades, que hoy les están vedados á causa del coste excesivo, inasequible á sus disponibilidades económicas, entendiéndose tales servicios exentos de todo carácter benéfico caritativo, que tanto humilla y degrada á quien lo recibe.

El Comité de Delegados de Médicos de Sociedades de Madrid y el Sindicato Médico de Madrid y su provincia, aportan con entusiasmo y el mejor deseo á la Conferencia Nacional de Barcelona, su experiencia de organización de servicios y su colaboración en cuanto

(1) Redactado por los Dres. Palancar, Gascañana, Rey, Espinosa, Milla, Setullo, Cáceres y Barrio de Medina y aprobada por las entidades médicas indicadas.

de dichas entidades dependa definiendo y fijando en razón de derecho á la vida y de los intereses morales y materiales del médico aquellos principios fundamentales, cuya aceptación considerará como requisito indispensable, para prestar su aquiescencia á las leyes sociales que se pretenden implantar en España.

II

##### CÓMO SE PRACTICA EL SEGURO DE ENFERMEDAD EN MADRID

Existen actualmente en Madrid cuarenta Sociedades de médico, botica y entierro (Apéndice núm. 1), con un total de familias adscritas á las mismas de 126.750, con más de 400 médicos, y una recaudación anual de 3.152.425,35 pesetas. Y entiéndase bien; en esta cifra no figuran los ingresos de varias Sociedades, que por la índole especial de su organización no nos constan (La Honradez, Mutualidad Obrera, Filantrópica Mercantil Matritense, etc., etc.) (Apéndice núm. 2).

Con esta cantidad atienden el pago del servicio medicofarmacéutico, de entierro, gastos de administración, locales y otros, quedando todavía á los dueños un buen margen de ganancias.

Y esta ganancia, ¿á costa de qué se realiza? Pues á pesar de la buena voluntad de médicos y farmacéuticos, los asociados no pueden recibir sino un servicio tardío, malo ó, por lo menos, deficiente; y se comprende que así sea, en lo que se refiere á los médicos. A su ingreso en las mismas, se les asigna una zona, dilatadísima, enorme, con 500, 600 y más familias para visitar, una hora obligada de consulta diaria, concurridísimas como es de suponer, dada la condición social de la mayoría de los asociados; las grandes distancias á recorrer y otras zonas poderosas, como las estaciones extremas y épocas de epidemias, que aumentan considerablemente el coeficiente de morbilidad y mortalidad, y en estas condiciones, ¿es posible que por grande y buena que sea la voluntad, y siempre lo es, del médico, pueda científica y honradamente prestar decorosa asistencia á tan crecido número de enfermos?

Al buen juicio de todos dejamos las amargas consideraciones que se deducen de la simple exposición de estos hechos; no titubeamos, pues, al afirmar que es unánime en la clase médica la condenación de su existencia; casi todas han sido organizadas y son explotadas por *un amo*, que, actuando como tal, dispone á su antojo de médicos, farmacéuticos, personal administrativo, del público y de la enorme recaudación que su bien organizado negocio le produce.

Sólo el agobio moral y los sufrimientos físicos de los que hemos tenido y tenemos la desgracia de encontrarnos en estos casos, privándonos del descanso, haciendo verdaderos esfuerzos, hemos podido solucionar á veces situaciones verdaderamente difíciles y graves, como ocurrió, entre otros hechos próximos, en las epidemias gripales de estos últimos años, de sarampión, etcétera, etc.

Respecto á medicamentos que devuelvan la salud perdida, basta considerar el hecho de que á los farmacéuticos de Sociedades abonan los dueños 50 céntimos

por mes y familia por suministro de los mismos; no hace falta, pues, discurrir mucho y ahondar en este problema, aun reconociendo la buena fe y voluntad de los farmacéuticos, para comprender *á priori* que el servicio en estas condiciones es materialmente imposible; no hablemos, pues, de sueros y vacunas, inyectables, medicamentos heroicos, apósitos, etc.

Los servicios prestados por estas Sociedades fueron objeto de una inspección facultativa oficial ordenada por el Ministerio de la Gobernación en el año 1902, y cuyos resultados, de una claridad concluyente, fueron la denuncia terminante de la explotación de que eran objeto los asociados y el personal técnico en dichas entidades. El Poder público, sordo á las conclusiones contenidas en la citada información, consintió que siguieran funcionando, faltando así al más primordial de sus deberes, que es el de velar por la conservación de la salud pública.

La menor de las ventajas que produzca la implantación de los seguros sociales, no será ciertamente la desaparición automática de estas mal llamadas Sociedades benéficas.

De las anteriores consideraciones se deducen las siguientes conclusiones:

Primera. Las Sociedades benéficas (pseudobenéficas), no cumplen los fines para que aparentemente fueron creadas.

Segunda. Cobijan en Madrid más de ciento veinte mil familias que pagan cuatro millones de pesetas al año por servicios que no reciben, ó los reciben tarde y defectuosamente.

Tercera. Son antieconómicas, por la razón anterior y porque en caso de urgencia, las familias se ven obligadas á nuevos dispendios en la asistencia médico-farmacéutica.

Cuarta. Explotar á los médicos y farmacéuticos, obligándoles á servicios imposibles de cumplir honradamente, y también á los socios, mediante el cobro de cuotas que no se destinan á los fines que se dicen.

Por estas razones, se impone por el Estado la suspensión de dichas Sociedades.

(Continuará.)

## LA SANIDAD Y LOS SEGUROS SOCIALES <sup>(1)</sup>

El seguro obrero, podemos decir con Mr. Jay, uno de los más grandes sociólogos contemporáneos, será obligatorio ó no será. El sistema de la libertad subsidiada presenta inconvenientes muy graves. Desde el punto de vista social, establece un principio de desigualdad entre las masas de trabajadores, y el presupuesto del Estado sirve para acentuar las diferencias sociales. El argumento que repiten con mucha frecuencia los liberales, de que el seguro obligatorio es una prima á la imprevisión y un atentado á la libertad, lo estimamos nosotros al contrario; puesto que la imprevisión es muchas veces una consecuencia de la miseria, y el seguro obligatorio es el remedio de ésta.

(1) Véase el número anterior.

En cuanto á la libertad del individuo, se puede afirmar que el seguro la aumenta más bien que la suprime; es, en efecto, en la asociación y en las leyes de solidaridad donde el trabajador encontrará la libertad verdadera y los medios de defender su dignidad de hombre libre y de ciudadano, pues las leyes del seguro le impiden caer en la mendicidad que degrada ó en la asistencia caritativa que humilla.

El seguro obligatorio, dice Pablo Pic, se justifica más todavía si en lugar de mirar el problema de la vida del trabajador ó del obrero mismo se fija la atención en el interés general de la colectividad. Es innegable, en efecto, que el seguro obligatorio generalizado presenta las más grandes ventajas, desde el punto de vista social, en cuanto facilita la realización de obras de preservación colectiva útiles á la colectividad entera. Por eso nosotros los higienistas estamos unánimes en proclamar que el desenvolvimiento extraordinario que en Alemania han tenido los *Steratrics* antituberculosos es debido, ante todo, al régimen del seguro obligatorio; y que, conscientes de su interés, las Cajas de seguros alemanas no cesan de luchar victoriosamente contra la tuberculosis y reducir al mínimum los casos de invalidez por esta enfermedad. Hay que hacer constar, sin embargo, que estos bellos resultados sociales no pueden ser obtenidos más que por un sistema de seguro que englobe, cuando menos, los tres grandes riesgos de *accidentes, enfermedad* y de *invalidez*.

No obstante lo dicho, si el seguro obligatorio generalizado nos parece teóricamente superior al seguro libre, no es menos verdad que el dominio de la obligación tiene sus límites, y que sería peligroso para un Estado traspasarlos. Por eso España necesita caminar con prudencia en la vía preconizada por ciertos economistas sociales, y no traspasar los límites que permita su presupuesto nacional y la conciencia societaria de los españoles.

Bien justo sería que nuestros Gobiernos reflexionasen sobre este punto, y estudiaran y planteasen una reforma legislativa semejante á la de otros países, pero acomodada á nuestros presentes recursos y al actual estado de civilización de nuestro pueblo. Pero siento confesarlo: no hallo en nuestro país el ambiente ideológico que, como precursor ineludible, es necesario para que tengan pronto efecto tales reformas médico sociales. Aquí los grandes problemas sanitarios no interesan todavía en el grado que fuese menester. Vivimos bajo la influencia ancestral de cierto fatalismo árabe que cree en la acción providencial de las causas que determinan las enfermedades y la muerte: hasta nuestros más conspicuos hombres públicos no aciertan á colocar el problema de defender la salud y la vida de las gentes en el término preferente que les corresponde con relación á otras cuestiones políticas y sociales de orden más secundario; como son, por ejemplo, el desarrollo de la agricultura, de las industrias, del comercio, y en general de la riqueza pública. Prueba de ello es que mientras en España tenemos una ley de Epizootias votada por las Cortes en 1914, con la cual se hallan perfectamente defendidas la salud y la vida de los anima-

les, que representan sólo una rama de la riqueza material del país, en cambio no se ha podido alcanzar del Parlamento que apruebe un proyecto de ley de Epidemias presentado á su deliberación en 1915, y en el cual había el propósito de evitar la propagación de las enfermedades infecciosas entre los hombres, y de disminuir la cifra de nuestra mortalidad anual, que es superior á la media de muchos países de Europa y América.

(Se continuará.)

## Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión inaugural del curso 1922 á 1923 celebrada en el Colegio de Médicos, el viernes 13 de Octubre, bajo la presidencia del Dr. Covisa.

### Presentación de enfermos.

Dr. Sicilia.—Vemos los siguientes enfermos: Un caso de elefantiasis de origen mixto traumático infeccioso con deformación de dedos y dorso del pie derecho. Otro de tabes en un hombre joven relativamente específico mal tratado desde hace diez y ocho años y otro con una hemiplejía que persiste desde hace dos meses en un sifilítico cuya infección data tan solo de seis meses.

### Vacunoterapia venosa.

Dr. Barrio de Medina.—Hace mención de los trabajos realizados ya sobre el empleo de las vacunas por vía venosa, realza la importancia que este asunto tiene en la terapéutica moderna, y como contribución á su estudio, lee las historias clínicas de seis enfermos tratados por él con vacunas venosas, cuatro con estafilocócicas, en una adenitis inguinal, en un forúnculo de la piel del labio mayor izquierdo en una blenorragia, en otra adenitis inguinal y en un gran forúnculo del dorso de la muñeca izquierda y otros dos con vacuna gonocócica en un reumatismo posiblemente de origen gonocócico y en una artritis externa costoclavicular gonocócica.

En los primeros, las dosis de vacuna estafilocócica empleada oscilaron entre 50 millones como dosis inicial mínima y 750 millones, dosis mayor que se empleó, toleradas todas á la perfección, pues cuando más no hubo sino una reacción general traducida por 39 grados de fiebre que desapareció en pocas horas. Las inyecciones fueron puestas todas en días alternos, retardándolas únicamente cuando había reacción febril superior á 38 grados un día más. Los resultados terapéuticos fueron de éxito completo en todos los enfermos, habiendo obtenido la curación en dos de ellos (el forúnculo de labio y una adenitis inguinal), con tan sólo dos inyecciones de 200 y 400 millones en tres días justos. De los casos gonocócicos uno fracasó y en el otro se consiguió el éxito; fué el primero el reumatismo que sospechando podía ser de origen gonocócico se hizo más bien como tratamiento de prueba. Hay que advertir que este enfermo toleró muy mal las dosis, que se empezaron por 10 millones, llegando á 400 como dosis máxima, por lo que hubo necesidad de suspenderlas, ya que por otra parte tan sólo se obtuvo un alivio pequeño.

De la experiencia de estos casos y otros que llevo en tratamiento he sacado la consecuencia, por ahora y en general, de que la vacuna gonocócica no tiene éxitos tan rápidos ni tan grandes como la estafilocócica.

Este estudio no es suficiente para sacar conclusiones

concretas, pero algo nos enseña respecto á dosis á emplear y tolerancia, y sobre todo contribuye, aunque modestamente, á que estudiemos asunto de tanta importancia como es este y del cual tantos beneficios podemos esperar.

Dr. Sáinz de Aja.—Considero es preciso una cautela exagerada al emplear las vacunas por vía venosa, ya que el hecho de que en 20 casos, por ejemplo, no haya pasado nada no es suficiente ni nos da la garantía de que no puede ocurrir, considerando de todas formas excesivas las dosis de 400 y 750 millones puestas. De todos modos, si no dispusiésemos de otros procedimientos, la vacuna venosa á dosis menores estaría bien, pero teniendo la proteínoterapia, la prefiero por la tranquilidad que da en la seguridad que no ha de pasar nada.

Dr. Casal.—No le sorprenden los resultados excelentes obtenidos por el Dr. Barrio de Medina, toda vez que él lo viene empleando ya en numerosísimos enfermos á dosis aún mayores á las leídas aquí esta tarde, sin ninguna clase de accidentes y con éxito completo ó cuando más con reacciones febriles pasajeras á las que no concede importancia de ninguna clase, ya que con otras medicaciones, el salvarsán, por ejemplo, se producen reacciones generales mucho más intensas y á nadie se le ha ocurrido por esto dejar de emplearlo. La proteínoterapia en sus manos ha fracasado totalmente, por lo que la ha abandonado. Aconseja las dosis altas de vacuna venosa que son las que dan los éxitos y dice que lo menos que se puede hacer, en este asunto, es no rechazarlo sin estudiarle.

Dr. Covisa.—No tiene experiencia sobre ellos más que como reactivaciones de procesos latentes, pero él prefiere la vía intramuscular á la venosa porque considera no existen ventajas grandes de ésta á aquella, ya que la rapidez de acción no es casi nunca necesaria en los procesos donde se emplean estos medios terapéuticos.

El Dr. Sicilia interviene brevemente para decir que las vacunas deben emplearse en procesos cuya etiología es única y que no haya asociaciones microbianas.

Dr. Barrio de Medina.—Rectifica. Coincide en la cautela necesaria de que habla el Dr. Sáinz de Aja; buena prueba de ello es que en sus enfermos empezaba con dosis muy prudentes. La proteínoterapia da resultados brillantes á veces, pero no pueden ser comparables á los que se obtienen por vía venosa con las vacunas; precisamente en uno de los casos objeto de mi comunicación fracasó las inyecciones de leche y curó la lesión la vacuna venosa.

Respecto al Dr. Covisa, respetando desde luego su opinión, yo no puedo compartir de ninguna de las maneras, toda vez que siempre, en general ya, la vía venosa es preferible á la intramuscular, pero aquí se tienen las ventajas además de suprimir las molestias de reacción local que siempre son grandes cuando se emplean intramuscularmente, y más ahora que veníamos poniendo dosis muy altas, obtenemos una rapidez de acción que siempre es indispensable (el caso de un ántrax ó de una adenitis) y sobre todo obtenemos unos resultados más fijos, ya que intramuscularmente á mí al menos muchas veces las vacunas me fracasaron.

Da las gracias á los Dres. Casal y Sicilia por sus intervenciones.

### Tricofitina en la tricoficias.

Dr. Sanz de Grado.—Nos da cuenta de haber obtenido un resultado totalmente negativo con el empleo de la tricofitina en las tricoficias en varios casos tratados en niños de un asilo.

Dr. Sicilia.—Interviene para hacer resaltar la poca eficacia de las medicaciones generales en los procesos que asien-

tan en la periferia, como en folículo filoso, como sucede en este.

El Dr. Bejarano aconseja no se deje influir por las impresiones pesimistas; además debe ayudarse del análisis microscópico ya que por los apresuramientos con que se hacen los diagnósticos en las consultas públicas tomamos por tricoficias lesiones que no lo son.

El Dr. Aja pregunta si ha observado reacciones locales y presentación de líquido tricofítico y, por último, el doctor Casal manifiesta que ya tuvo ocasión de ensayar también la tricofitina con resultados negativos.

El Dr. Sanz de Grado rectifica haciendo constar que no ha observado reacciones locales ni presentación del líquido tricofítico y que continuará los ensayos ayudándose del análisis microscópico.

#### Tratamiento de la sífilis con neo-trepol. Primeras observaciones.

Dr. Covisa.—Nos manifiesta la eficacia grande del bismuto en la sífilis ocupando desde su aparición un lugar preferente en la terapéutica moderna. Lanzado el neo trepol, dos impresiones á su juicio tiene éste: el ser más rico que el trepol y de una eficacia más acentuada, más intensa, tanto que recuerda los éxitos al principio del neo y el actuar más enérgicamente y pronto serológicamente en los enfermos. Cita varios casos de desaparición rápida de las lesiones clínicas y de la obtención de un Wassermann negativo de uno fuertemente positivo con tan solo cuatro inyecciones.

Clínica y serológicamente considera que en el porvenir ha de restringir el neo sobre todo en latencias con Wassermann positivo y en Wassermann resistentes al neo.

Dr. Barrio de Medina.—Considero es pronto para poder hablar del neo-trepol; no obstante por la experiencia que de él llevo ya, creo puede afirmarse que la diferencia en cuanto á dolor y tolerancia bucal con relación al primitivo trepol es notable, es decir, que el neo-trepol se tolera mucho mejor ó por lo menos yo no he visto aquellas estomatitis bruscas que ya tuve ocasión de exponer en esta Academia en mi primera comunicación sobre el tratamiento de la sífilis por el trepol.

Coincido con el Dr. Covisa respecto á los éxitos de sus resultados terapéuticos, y sólo he de citar por ahora al menos, una mejoría sorprendente con una sola inyección de 20 centigramos de neo-trepol de unas sífilides palmares que venía padeciendo precisamente un compañero de ésta.

Sobre el Wassermann mi impresión sigue siendo la misma, esto es, que actúa rápidamente sobre él, teniendo otro caso éste de tratamiento con trepol también en un compañero, el cual venía siendo resistente desde hace tres años bien tratado con arsénico (neo y silber) y mercurio, y en cuanto le puse bismuto se me hizo negativo.

Si quiero hacer resaltar que yo no he encontrado por ahora grandes diferencias entre las distintas clases de bismuto que nos sirve el comercio, y aunque no he hecho un estudio comparativo entre ellas, supongo idénticos los resultados, tratando los enfermos con neo-trepol, con quimby ó muthanol.

Dr. Sáinz de Aja.—Tiene 33 enfermos en tratamiento. Su impresión clínica es favorable, desde luego superior á los mercuriales, pero que no llega á los salvarsanes. La tolerancia bucal es mejor que la del trepol, así como la local, aunque he de advertir que en tres casos he visto reacciones locales tardías; en cambio, en otros casos con 10 inyecciones no hay gingivitis bismútica, lo que llama la atención porque en realidad el neo-trepol es casi bismuto puro, cosa que recuerda algo análogo á lo que pasaba con el mercurio metálico.

Nos relata un caso de intolerancia en una mujer que á las tres horas de puesta su inyección de 20 centigramos sin crisis nitroide alguna, la comenzó un picor en manos y pies que acabó en un gran edema de los mismos con escalofríos y fiebre, presentándose al día siguiente un estado eritodérmico.

Con relación al Wassermann nos cita varios casos idénticos á los ya descritos. Como juicio final considera es una medicación definitiva en el tratamiento de la sífilis, pero que no puede ser monomedicamentosa mientras sea intramuscular por lo que habrá que asociarla al neo salvarsán.

Dr. Casal.—Conforme en el éxito de la medicación y en que destronará al mercurio en ocasiones, pero no á los salvarsanes.

Dr. Sicilia.—No cree nos debemos alucinar al principio; ataca las mucosas mucho, y la inyección intramuscular no debe ser el tratamiento principal en los períodos primario y secundario, considerando en éstos la vía venosa más preferible.

Dr. Criado.—Es escasa la experiencia que aún tiene; no obstante, ha visto una influencia grande del bismuto en el Wassermann. Nos relata el caso de un enfermo cogido en su período de chancro, al cual puso 8 de neo y 8 de gris; á los veinte días tenía placas, que se volvió á tratar con 20 de novasurol y 8 de neo, persistiéndole las placas; pues bien: este enfermo, resistente al arsénico y mercurio, á la cuarta inyección de neotrepol se limpió totalmente de manifestaciones.

Respecto al porvenir del bismuto, lo reserva con el tiempo, aunque no duda que acabará destronando al neosalvarsán si se encuentra una fórmula para inyectarle por vía venosa.

Dr. Covisa.—Rectifica. Asegura no es prematuro hablar del neotrepol, puesto que es una modificación del bismuto que ya conocemos más. En general todos coinciden conmigo en los éxitos grandes y rápidos que proporciona el bismuto, con la ventaja de que el neotrepol es mejor tolerado. No hay que echar en olvido el caso relatado por el doctor Barrio de Medina, de unas sífilides palmares curadas con una sola inyección, ya que todos sabemos lo rebeldes que éstas son. Vuelve á repetir que no cree que llegue al salvarsán; pero sí que había casos que recordaba á éste en sus principios, y, desde luego, lo restringirá mucho.

Para contestar al Dr. Sicilia relata un enfermo específico primario con Wassermann positivo, tratado tan sólo con 10 inyecciones intramusculares de bismuto, que se le hizo el Wassermann negativo, y con él continúa hace ya cerca de medio año. El ideal será hallar una fórmula que intramuscularmente no duela nada en realidad.

#### Los métodos de Sicard y Linsen en el tratamiento de las úlceras varicosas.

Dr. Sáinz de Aja.—Ha tratado varias úlceras varicosas por el método de Sicard, esto es, con inyecciones venosas alrededor de las lesiones, de carbonato de sosa; con él ha podido comprobar que es el método más seguro de acción trombosante de las venas, pero en contra de esto ha visto tiene el inconveniente, que cuando se extravasa una gota no más de solución de carbonato á inyectar, produce unas ulceraciones que son difícilísimas de cerrar; por ello aconseja se emplee el sublimado al 2 por 100 que ya Linsen empezó á usar, con el cual se consigue un buen trombosamiento de las venas y si se extravasa algo no se produce más que una pequeña periflebitis. El emplea de la solución al 2 por 100, 1 ó 2 c. c. reteniendo un buen rato el tubo de goma puesto, teniendo además la ventaja este procedimiento de que se

necesita trombosar un límite de terreno más pequeño.

El Dr. Hombria interviene brevemente para decir que él ha obtenido también buenos resultados trombosantes con el salicilato sódico al 50 por 100.

El Dr. Sicilia, para hacer notar las contradicciones que estos métodos pueden tener cuando dichas lesiones correspondan á Patología Médica sobre todo si se inyectan grandes cantidades, y tras de breves palabras del Dr. Portilla, rectifica el Dr. Sáinz de Aja levantándose acto seguido la sesión.

A continuación se eligió presidente de la Sociedad al que venía siendo vicepresidente de la misma, Dr. Sánchez Co-visa.

### Sección oficial.

## MINISTERIO DE TRABAJO, COMERCIO É INDUSTRIA

### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Observándose deficiencias en la interpretación de la Real orden de 29 de Julio de 1920 respecto al modo de tramitar los expedientes para el nombramiento de vocal técnico médico de las Juntas provinciales de Reformas Sociales,

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

Primero. Los gobernadores civiles se ajustarán á las siguientes reglas:

a) El concurso á la vacante se anunciará en la forma que determina la Real orden de 29 de Julio de 1920.

b) Las instancias se dirigirán al gobernador civil acompañadas de la relación justificada del título de médico y de los méritos y servicios, haciendo constar, por lo menos, la fecha del título de licenciado ó doctor en Medicina y Cirugía, con expresión del número de su registro en los correspondientes libros. Sin esta relación no se admitirá instancia alguna.

Segundo. Terminado el plazo del concurso, el Negociado de Reformas Sociales del Gobierno civil correspondiente procederá á ultimar el expediente, figurando en primer término el *Boletín Oficial* de la provincia donde se haya anunciado la vacante.

Tercero. El gobernador civil remitirá el expediente á este Ministerio dentro del tercer día, haciendo constar en el oficio de remisión el número y los nombres y apellidos de los solicitantes, á fin de que el expediente completo, con el oficio del gobernador, pase á la Real Academia Nacional de Medicina para su informe.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Junio de 1922.—*Calderón*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 28 de Junio.)

## MINISTERIO DE LA GOBERNACION

### REAL DECRETO

Ilmo. Sr.: Vacantes 21 plazas de médicos del Cuerpo de Sanidad exterior, con la categoría de Oficiales primeros de Administración civil y haber anual de 5.000 pesetas, y correspondiendo, según dispone el art. 15 del vigente Reglamento de dicho Cuerpo, que su provisión se efectúe mediante oposición pública,

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

1.º Que se convoque á oposiciones para el ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior, debiendo comenzar los ejercicios el día 16 de Abril de 1923.

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

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

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 31 de Octubre de 1922.—*Piniés*.—Señor director general de Sanidad del Reino. (*Gaceta* del 8 de Noviembre de 1922.)

### REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Vista la solicitud elevada á este Ministerio por D. Pablo Moreno, D. Isidro Sanz, D. Ceferino Vaquero D. Leandro Aguilera y D. Jaime Aragón, en nombre y representación de los drogueros, en súplica de que se conceda nueva prórroga para que entre en vigor el Reglamento de especialidades farmacéuticas ínterin no sea resuelta en forma definitiva la reclamación formulada sobre interpretación de dicho Reglamento, y más singularmente sobre aplicación ó modificación del art. 21 del mismo:

Considerando que, en efecto, están pendientes de resolución algunas reclamaciones, entre ellas la que es objeto de la presente petición, porque es necesario que dictaminen los Cuerpos consultivos de la Administración, tratándose, como en este caso, de cuestiones de carácter técnico:

Considerando que estando para cumplirse el último plazo concedido por la Real orden de 23 de Marzo de 1922, es preciso prorrogarle en tanto queden resueltas las reclamaciones existentes,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer se amplíe el plazo concedido por la Real orden de 23 de Marzo de 1922 para que puedan seguir vendiéndose las especialidades en la forma que venían haciéndolo antes de 6 de Marzo de 1919 hasta que se resuelvan las reclamaciones pendientes sobre la interpretación del Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas.

Lo que de Real orden digo á V. E. para su conocimiento, el de los solicitantes y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 26 de Junio de 1922.—*Piniés*.—Señor gobernador civil de Madrid. (*Gaceta* del 27 de Junio.)

### Dirección general de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto por Real orden de esta fecha se convoca á oposiciones para la provisión de 21 plazas vacantes de oficiales primeros de Administración civil del Cuerpo médico de Sanidad exterior, y de aquellas otras que se declaren afectas á las oposiciones hasta el día que terminen los ejercicios.

Los aspirantes que reúnan las condiciones que se señalan en el Reglamento que para dichas oposiciones se publica á continuación, presentarán sus instancias en la Inspección general de Sanidad exterior hasta el 31 de Marzo de 1923, debiendo documentarlas convenientemente para acreditar los extremos á que el Reglamento hace referencia.

Los ejercicios darán comienzo el 16 de Abril de 1923.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 31 de Octubre de 1922.—El director general, *Manuel M. Salazar*.

*Reglamento para las oposiciones á oficiales del Cuerpo médico de Sanidad exterior.*

Artículo 1.º Para tomar parte en los ejercicios de oposición á ingreso en el Cuerpo médico de Sanidad exterior, será preciso haberlo solicitado del ministro de la Gobernación antes de expirar el plazo que se indica en la circular de convocatoria, acompañando los documentos que justifiquen los extremos siguientes:

- A) Ser español ó estar naturalizado en España.
- B) No exceder de la edad de treinta y cinco años el día que comiencen los ejercicios.
- C) Ser de buena vida y costumbres.
- D) Tener la aptitud física necesaria para los servicios que se han de prestar, teniendo en cuenta que, aparte del certificado facultativo, que acredite este extremo, podrá el Tribunal [de oposición someter al opositor á reconocimiento, si lo juzgare necesario.
- E) Tener aprobados los ejercicios del grado de doctor en Medicina.
- F) Haber satisfecho 50 pesetas en metálico por derechos de oposición al presentar sus documentos en la Inspección general de Sanidad exterior, acreditándolo con papeleta que se le expedirá al efecto.

Art. 2.º El Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación nombrará los Tribunales que han de juzgar el ejercicio previo y las referidas oposiciones, de acuerdo con lo dispuesto en el vigente Reglamento de Sanidad exterior.

Art. 3.º El día anterior al del comienzo de los ejercicios se efectuará un sorteo público de todos los opositores, quienes actuarán por el orden que del mismo resulte.

El Tribunal designará con veinticuatro horas de anticipación los opositores que hayan de actuar cada día.

Art. 4.º Para ser admitido á las oposiciones precederá un examen de Francés, Inglés, Geografía comercial y Nociones de Derecho administrativo, con arreglo al programa correspondiente á estas dos últimas asignaturas.

Art. 5.º No se admitirán más faltas que las producidas por enfermedad, y esto sólo para el primer ejercicio de oposición,

El opositor que no se presente á actuar en el día que tenga señalado para dicho primer ejercicio de oposición y no haya excusado previamente, y por medio de certificación facultativa, su falta de asistencia, quedará excluído de las oposiciones, así como también quedará excluído de ellas el opositor que dejara de presentarse al llamamiento de segunda vuelta, sea cualquiera la causa que lo motive.

En los demás ejercicios no se admitirá excusa alguna, quedando excluído el opositor, sea cualquiera la causa de su falta de asistencia.

Art. 6.º Al presentarse el opositor ante el Tribunal exhibirá y firmará la papeleta que acredite haber satisfecho la cantidad de 50 pesetas á que se refiere el art. 1.º, letra F, cuya firma cotejará el secretario con las de la solicitud, perdiendo aquél todos sus derechos si las firmas, en su letra y rúbrica, no fuesen iguales.

Art. 7.º Los ejercicios de oposición serán cuatro: uno teórico y tres prácticos. La calificación en cada uno de los tres primeros ejercicios se hará por el sistema de puntos, y cada juez podrá dar de uno á diez como máximo; el total obtenido por cada opositor dará la calificación en cada uno de estos ejercicios.

El opositor que no reúna 25 puntos, por lo menos, en uno de los tres primeros ejercicios, no podrá realizar el siguiente, quedando excluído de las oposiciones.

En el último ejercicio no se calificará por puntos. Al terminar éste todos los opositores, el Tribunal los clasifica-

rá definitivamente, teniendo en cuenta la puntuación que obtuvieron en los ejercicios anteriores y el concepto que le hubiesen merecido en este último. Una vez clasificados se hará la propuesta de ingreso en el Cuerpo, en la cual no podrá figurar mayor número de aspirantes que el correspondiente á las plazas que hayan sido declaradas afectas á la oposición.

(Se continuará.)

**Gaceta de la salud pública.**

**Estado sanitario de Madrid.**

Altura barométrica máxima, 699,5; ídem mínima 695,1; temperatura máxima, 19º,1; ídem mínima, 2º,5; vientos dominantes, SO. NE.

Han aumentado en los últimos días los catarros de los órganos respiratorios, y en cierto grado, las pulmonías, pleuresías y bronco-neumonías, aunque por fortuna no revisten el carácter de gravedad de los años anteriores.

Los reumatismos, neuralgias, congestiones de los centros nerviosos y hemorragias bronquiales se han observado en la misma proporción que en semanas anteriores.

**Mortalidad de Madrid en Octubre de 1922 comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior.**

Comparación por grandes grupos de edades:

	Promedio anterior.	Octubre de 1922.
Menores de 1 año.....	168	126
De 1 á 4 años.....	148	79
De 5 á 19.....	117	79
De 20 á 39.....	244	178
De 40 á 59.....	270	241
De 60 en adelante.....	323	295
Sin clasificación.....	2	>
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.272</b>	<b>998</b>

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social:

	Promedio anterior.	Octubre de 1922.
Fiebre tifoidea.....	20	17
Tifus exantemático.....	>	1
Viruela.....	22	>
Sarampión.....	5	2
Escarlatina.....	10	1
Coqueluche.....	2	1
Difteria.....	10	6
Gripé.....	52	9
Otras epidémicas.....	3	5
Tuberculosis pulmonar.....	143	111
Idem meníngea.....	8	14
Otras tuberculosis.....	27	16
Cancerosas.....	63	71
Meningitis.....	52	40
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	52	64
Orgánicas del corazón.....	90	79
Bronquitis aguda.....	37	33
Idem crónica.....	30	20
Pulmonía.....	34	21
Broncopneumonía y otras.....	117	59
Enteritis (menores de dos años).....	80	44
Apendicitis y tiflitis.....	3	7
Hernias y obstrucciones.....	12	14
Cirrosis hepática.....	12	20
Nefritis.....	41	34
Septicemia puerperal.....	7	3
Debilidad congénita y vicios de conformación.....	38	29
Senectud.....	35	28
Otras enfermedades.....	267	249
<b>TOTAL.....</b>	<b>1.272</b>	<b>998</b>

Varones.....	514
Hembras.....	484
Promedio de mortalidad diaria del mes en el quinquenio anterior.....	41,03
Idem íd. en Octubre de 1922.....	32,19
Idem íd. en Septiembre de 1922.....	30,63

#### Observaciones.

La mortalidad que siempre inicia su aumento en el mes de Octubre, lo ha hecho este año de una manera levísima. La cifra total no ha llegado á mil. En lo que va de siglo, todos los años en este mes se ha pasado de este número con excepción del 1902 y el 1907. Acrecienta la importancia del hecho actual la densidad de la población, que, como todos saben, es mucho mayor que en aquellos ya lejanos años.

Por tífus exantemático ha fallecido en el Hospital Provincial el día 19 un varón de 47 años, procedente de la Ronda de Toledo.

De fiebre tifoidea, han ocurrido defunciones en ocho distritos y ninguna en los denominados Inclusa y Latina.

Nacieron vivos, 1.585.

#### Crónicas.

**Asociación de Estudiantes Católicos de Medicina** — El martes, día 7, tuvo lugar en la Casa del Estudiante la inauguración del curso de conferencias de Patología del aparato digestivo, organizado por la Asociación de Estudiantes Católicos de Medicina.

El Sr. González Quevedo, presidente de la Asociación, indicó los fines perseguidos con este curso de conferencias y dedicó elogios á la persona del conferenciante.

Comenzó el Dr. Arredondo saludando á los estudiantes, y pasó á desarrollar el tema de esta primera conferencia: «Etiología y patogenia de las anginas».

Al terminar recibió muchas felicitaciones.

Las conferencias proseguirán en martes sucesivos.

**Homenaje á un inspector de Sanidad.**—Un telegrama procedente de Jaén da cuenta de que el Ayuntamiento de Torreblanca, de aquella provincia, ha acordado dar el nombre de Agustín Argenta, inspector de Sanidad, á una calle del referido pueblo, en reconocimiento á la desinteresada y abnegada labor, con motivo de la asistencia que prestó á varios individuos que padecían lepra.

Nuestra enhorabuena.

**Sociedad Española de Biología.** — La Asociación de biólogos hace tiempo fundada por el insigne Cajal, cuya vida languideció en estos últimos años por falta del indispensable apoyo de los más obligados á fomentar el desarrollo de la Ciencia española, se dispone á reanudar sus interesantes trabajos previa una reunión extraordinaria, en la que se ha reformado el reglamento y se ha procedido á la renovación de la Junta directiva.

El entusiasmo que ha despertado entre los biólogos el resurgimiento de su Sociedad y el gran número de investigadores que se disponen á ingresar y colaborar activamente en ella, son augurio cierto de que sus tareas no desmerecerán de las que desarrollan las Sociedades homónimas existentes en los países de más elevada cultura.

**Servicios públicos de La Mutualidad Obrera.**—El Consejo Central de la Sociedad cooperativa denominada La Mutualidad Obrera ha acordado establecer las siguientes consultas por cuenta de esa entidad, y para servicio de los asociados que la forman:

Enfermedades de la garganta, nariz y oídos, los martes, jueves y sábados, en la clínica operatoria, calle de Eloy Gonzalo, de seis y media á siete y media, por el doctor don Adolfo Hinojar.

Enfermedades de la piel, los martes, de seis á siete de la tarde, en el consultorio de la calle de Alcántara, 16, hotel; los jueves, de doce á una, en el de Luna, núm. 10, y los sábados, de doce á una, en el de Cava Baja, núm. 1, por el Dr. D. Mario Sánchez Taboada.

Enfermedades de la vista, todos los días, de doce á una de la tarde, en la calle de la Cebada, núm. 5, consultorio provisional, por el Dr. D. Jesús Basterra.

**Real Dispensario Victoria Eugenia.**—Resumen de asistencias.—Durante Octubre último, el Real Dispensario Anti-

tuberculoso Victoria Eugenia (Tutor, 36) ha prestado 599 asistencias; han ingresado allí 98 enfermos pobres de los 147 que lo han solicitado. (Los 49 restantes han sido rechazados por no ser tuberculosos ó pobres); se han aplicado 922 inyecciones hipodérmicas, 43 de tuberculinas y 21 intralaringeas, y se ha socorrido con prendas á los enfermos más necesitados.

**Estadística de mortalidad en Barcelona.**—La Prensa publica datos de la mortalidad en Barcelona durante los meses de Septiembre y Octubre últimos, de los cuales reproducimos los siguientes:

Número de defunciones en los dos meses: 2.131, que al día corresponden 35 y que supuesta la población de 200.000 habitantes, acusa una mortalidad de un 17 por 1.000 al año.

**Ultimo retrato de Cajal.**—Se encuentra de venta en la Administración de EL SIGLO MÉDICO el último retrato del profesor Cajal, con un autógrafo altamente patriótico.

Los beneficios que se obtengan, cedidos graciosamente por el fotógrafo Sr. Padró, con la venta de los ejemplares, ingresarán en la lista de donativos para el Instituto Cajal.

El precio de cada ejemplar es el de 5 pesetas adquiriéndolo en las oficinas de esta Revista, Serrano 58, aumentando 50 céntimos por gastos de envío para provincias.

Las dimensiones del retrato son de 46 de ancho por 65 de alto.

**Excipiente inerte**—No hay cuestiones pequeñas; las que lo parecen, son cuestiones grandes no comprendidas.

(Cajal.)

Dárselas de crítico al comenzar la vida, cerrando contra los maestros, es como escribir libros de viaje al comprar el billete de ida. Las descripciones, los comentarios y las reglas se formulan á la vuelta, si no se quiere que la gente sea ría del escritor.

(Ich.)

**Vacante.**—La de médico titular, por dimisión voluntaria, de La Antigua y sus anejos Grajal de Ribera, Ribera y Cazanuejos (León), dotada con 5.500 pesetas anuales, por asistir á 280 vecinos. Solicitud es con urgencia á D. Regino Zotes, vecino de Grajal de Ribera.

**Los Yoduros.**—Al presente número acompañamos un folleto y tarjeta de la Casa Boizot, de París, sobre los «Yoduros Cros», cuya lectura recomendamos.

**Isticina.**—Al presente número acompañamos un prospecto y tarjeta sobre la Isticina, cuya lectura recomendamos. Casa Bayer y C.<sup>o</sup>, Apartado 280, Barcelona.

En el pasado número acompañábamos un prospecto y tarjeta del *Luminal* y por error se puso *Somatose*. Ambos productos de dicha Casa.

## PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS  
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para EL SIGLO MÉDICO.

Proprietario de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.<sup>a</sup> de la Cabeza, 1