

# 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:

<b>Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO</b>	<b>Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL</b>	<b>Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ</b>
<b>J. BLANC Y FORTACIN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>G. MARAÑÓN</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>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
<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. SANCHIS SANUS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>J. SARABIA PARDO</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
<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>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII.
<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>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.	<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Del Hospital General.
	<b>Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES</b>	
	<b>Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.</b>	

## PROGRAMA CIENTIFICO:

*Glennola 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: Mecanismo de la audición y psico-fisiología de la audición musical, por el Dr. Víctor Ribón.—Estado actual del tratamiento de la sífilis por el bismuto, por el Dr. J. Barrio de Medina.—Un caso de embarazo prolongado, por Celestino Rubiera.—Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.—Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal, por el Dr. D. Teófilo Hernando.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Paseos de un solitario, por Carlos María Cortezo.—Academias y Sociedades: Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.—Sección oficial: Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Mecanismo de la audición y psico-fisiología de la audición musical

Trabajo presentado al sexto Congreso Médico Latino Americano. (Habana, Noviembre de 1922)

POR EL

DR. VICTOR RIBON, de Bogotá.

y dedicado al Dr. Francisco María Fernández, como homenaje de respeto y de admiración al hombre de ciencia, y de cariño y simpatía al distinguido caballero, al galante amigo.

La sensación auditiva resulta de la excitación de las terminaciones del nervio acústico por las vibraciones de los cuerpos sonoros.

Las ondas sonoras son transmitidas hasta el líquido del laberinto por los diversos órganos que constituyen el aparato auditivo: el pabellón auricular que sirve de colector de los sonidos, el conducto auditivo externo de tubo acústico, la membrana del tímpano de receptor y las diversas partes que constituyen el oído interno de transmisores de las vibraciones de los cuerpos sonoros hasta las respectivas terminaciones nerviosas en los centros psico-auditivos de la corteza cerebral, transformándolas, en último término, en sensaciones auditivas de altura, intensidad y timbre determinados. (Kuss.)

En otros términos, las etapas del viaje que realizan los sonidos antes de llegar al sentido especial que hace su síntesis y los transforma en música, son las siguientes: primera, un cuerpo elástico del mundo exterior entra en vibración; segunda, esta conmoción se comuni-

ca al aire, por medio de él se propaga y llega al oído, aparato receptor y transmisor; tercera, penetra en el laberinto y afecta las extremidades de los filamentos de un nervio especial, el acústico; cuarta, el sonido es transmitido á un centro localizado en el cerebro; quinta y última, éste impresiona la conciencia.

Las dos primeras etapas de este viaje nos son perfectamente familiares: vemos y podemos escribir los movimientos que á ellas se refieren; es, pues, en la tercera en la que comienzan las dificultades.

La constitución general del aparato auditivo es conocida, pero no todos sus elementos han sido debidamente analizados, y lo que, sobre todo, se ignora es el papel de cada uno de ellos en su triple función de recibir, de transportar y de comunicar las ondas sonoras á las partes sensibles.

La descripción del aparato auditivo se asemeja mucho á la geográfica de esas lejanas tierras que rodean los polos, casi desconocidas, pero que llevan los nombres de los felices viajeros que las descubrieron y, en seguida, exploraron pequenísima parte de ellas: se hicieron, se hacen y se harán valiosos descubrimientos en la trama de los tejidos auriculares; vinculados á ellos quedan los nombres de sus autores, pero, á pesar de los mismos, no se puede todavía exponer de manera completa y satisfactoria el mecanismo de la audición.

Dos hipótesis se disputan el campo: la una, la de la acomodación parcial, que estudiaré en primer lugar para



refutar las diversas teorías que de ellas se derivan y que han sido sucesivamente ideadas y sostenidas por Helmholtz, Hensen, Auzoux y Gellé; me ocuparé en segundo lugar de la otra, de la hipótesis de la *acomodación total* ó de la compenetración del elemento psíquico con el órgano auditivo, sostenida brillantemente por Combarieu y cuya evidencia es tanta, que se impone con sólo enunciarla, por lo que la prohijo sin la menor restricción.

#### HIPÓTESIS DE LA ACOMODACIÓN PARCIAL

*Teoría de Helmholtz.*—Su autor, no obstante haber sido un verdadero genio científico, se dejó arrastrar por la irresistible tentación á que todos los mortales estamos sujetos de atribuir un papel determinado y decisivo en la solución de los problemas que embargan nuestra mente á cada uno de los elementos que constituyen los indefinidos dominios de lo infinitamente pequeño, á medida que van siendo descubiertos. En el sentir de este sabio, el oído tendría para la percepción de cada sonido su órgano especial: uno de esos pilares elásticos, llamados pilares de Corti, que forman bóveda por encima de la membrana basilar y se apuntalan formando su clave (Combarieu). El órgano de Corti se compone, en efecto:

1.º De una serie de arcos, arcos de Corti, formados por dos células separadas por su base y designadas con el nombre de pilares, externo é interno. Existen en el conducto coclear cerca de 3.000 de esos arcos que se extienden por todo su trayecto formando un túnel espiroidal llamado el túnel de Corti; cada pilar posee en su base un núcleo.

2.º De células, unas de sostén y otras específicas; los elementos sensoriales ó específicos, de forma ciliada, se hallan en relación directa con las fibrillas nerviosas del ramo coclear. Estas fibrillas forman una serie de plexos (plexos espirales externos), análogos á los plexos de la retina, antes de tomar la mielina y de constituir el nervio coclear. Las células de sostén ó células de Deiters, se hallan provistas de prolongaciones superiores, cuyas formas varían al infinito. A medida que las células ciliadas desaparecen, se ve que poco á poco las células epiteliales adquieren su tipo normal (células de Hensen y de Clausius).

3.º De la membrana reticular ó membrana tectoria; tenue cutícula que recubre directamente los elementos indicados y que presenta una serie de aberturas por donde pasan las pestañas de las células sensoriales y las prolongaciones de las células de Deiters. (Langlois.)

Se tendrá idea de la escasa magnitud de cada uno de los arcos de Corti, órgano especializado de la audición según Helmholtz, al saber que su número asciende á 3.000; serían asimilables cuando reciben el choque de las ondas sonoras á las teclas de un piano percutidas por un ejecutante; se ha llegado hasta á decir que el pilar externo de cada uno de estos arcos, al vibrar bajo la influencia de un sonido determinado, *podría dividirse y dar impresiones parciales según las leyes de la resonancia múltiple.*

Con todo y en gracia de discusión, bien podría ad-

mitirse la teoría de que en el mecanismo de la audición se cumplieran los múltiples fenómenos que en ella se verifican como si hubiera un órgano especial para la percepción de cada sonido simple. Sería, en verdad, una teoría seductora pero muy alejada de la verdad; en efecto, ¿cómo admitir que fibras de un *vigésimo de milímetro* puedan vibrar al unísono de sonidos que tienen una onda de considerable longitud?

Si hay 3.000 pilares (por ciertas disposiciones anatómicas que es inútil recordar aquí, sólo los externos están capacitados para entrar en vibración) ¿cómo se explica que el número de los sonidos *perceptibles para los oídos de los profanos en música* (84) sea tan notoriamente inferior á esta cifra? Admitiendo que hasta 200 de ellos estén destinados á la percepción de los ruidos, quedarían todavía 2.800 disponibles para la apreciación de los sonidos musicales antes mencionados que, como se sabe, no pasan de los límites de 7 octavas, es decir, 400 pilares para cada una de éstas, lo que equivale á 33 sonidos en un intervalo de semitono. En otros términos, entre do y do sostenido deberíamos percibir con la mayor facilidad, puesto que tenemos un órgano especial para cada uno de ellos, 33 sonidos diferentes.

Además, esta teoría fracasó por completo ante el significativo y trascendental hecho anatómico de que los arcos de Corti faltan en el aparato coclear de los pájaros que, sin embargo, poseen un sentido auditivo muy fino y muy musical. (Combarieu.)

¿Para qué sirven, pues, en el oído humano los arcos de Corti? Se les considera, generalmente, como moderadores del número de vibraciones de las fibras radiadas á las que permiten vibrar al unísono de los sonidos más graves, lo que sin ellos no podrían hacer en virtud de su escasísima longitud.

Se puede también considerar á estos arcos á causa de su rigidez (dependiente de lo exiguo de sus dimensiones), como muy aptos para participar de los movimientos vibratorios de la membrana basilar y, en este supuesto, estos arcos podrían ser los martinetes que vinieran á golpear y á excitar las terminaciones nerviosas, al menos en algunos animales, pero las hipótesis á este respecto no tendrán base seria sino cuando las investigaciones microscópicas hayan revelado el verdadero modo de terminación de los filamentos de los nervios cocleares. (Duval.)

*Teoría de Hensen.*—Esta considera, sin entrar en mayores detalles, á las fibras radiadas como á una serie de cuerdas, acordada cada una para un sonido distinto tanto más grave cuanto mayor es su longitud.

Al considerar un instrumento de cuerdas se imponen dos interrogantes; primero, ¿cuántas octavas comprende?; segundo, ¿cuántos semitonos y fracciones de semitono encierra?, á los que se responde fácilmente contando sus cuerdas. Ante el teclado que representa el aparato coclear se ocurren las mismas preguntas, pero invirtiendo su orden: la experiencia nos enseña ¿cuál es la extensión de la escala de los sonidos musicales perceptibles por los profesionales del arte divino? ¿Sabemos cuál es el intervalo musical mínimo que pue-



den apreciar los oídos más ejercitados? Se trata de saber si el número de fibras radiadas es suficientemente grande para que haya una fibra acordada con cada uno de los sonidos de la escala musical antes mencionada. El número de los sonidos musicales distintos para el oído mejor cultivado que, según Weber, no puede apreciar un intervalo inferior á un *sesenta y cuatro avos de semitono*, es fácil de obtener, calculando cuántos *sesenta y cuatro avos de semitono* contiene la serie de las siete octavas, puesto que cada una encierra 12 semitonos ( $64 \times 12 \times 7 = 5.376$ ).

La escala de los sonidos musicales, aun para los músicos de oído más sensible, no encierra, pues, más de 5.376. Ahora bien, el número de las fibras radiadas de la membrana basilar alcanza, según los cálculos más moderados, á 6.000. (Existen 3.000 arcos de Corti y dos fibras radiadas, cuando menos, para cada arco). Se ve, pues, que el número de fibras radiadas es más que suficiente para que el teclado coclear responda por medio de una cuerda especial á cada uno de los sonidos de que se compone, según lo enseñan la experiencia y la práctica diarias, la escala musical de los sujetos mejor dotados. Suponiendo que á cada fibra ó cuerda radiada corresponda una terminación nerviosa, es fácil comprender que á la vibración de cada una de aquéllas corresponderá una excitación de éstas, y, por lo tanto, la percepción neta del sonido correspondiente. (Dauriac.) Esta teoría, que goza de todas las apariencias de la verdad, por lo que respecta á la audición en general y con mayor razón á la musical, no explica por qué proceso las disonancias desagradables al oído, como su nombre lo indica (si se las escucha aisladamente), se hacen gratísimas cuando dos ó más de ellas son acertadamente repetidas, en cuyo caso llegan hasta producir goce perfecto.

*Teoría de Auzoux.*—Este sabio fisiólogo había emitido la opinión (sin comprobarla), de que la extensión y la delicadeza del oído, sobre todo en lo que respecta á la tonalidad, podrían depender muy bien de la extensión del caracol, es decir, de la extensión del teclado coclear. Los hechos han demostrado la veracidad de su concepto, pues vertiendo en el conducto auditivo externo de cráneos humanos un poco de aleación de imprenta fundida se obtiene un lingote cuyo relieve reproduce las diversas partes del oído interno (vestíbulo, canales, semi-circulares y caracol). Ahora bien, es fácil comprobar que las dimensiones del caracol varían mucho con los individuos; en unos describe el caracol sólo dos vueltas de espiral, en otros dos y media y en algunos, excepcionalmente, hasta tres; el mayor número de vueltas y la regularidad de éstas se encontraron en los individuos que poseyeron mucho oído músico y descollaron muy alto en la ejecución de algún instrumento musical. Esta teoría, casi la misma de Hensen, es susceptible del mismo reproche que ésta. (Stefani.)

*Teoría de Gellé.*—En la teoría de Hensen, el mecanismo de transmisión de las vibraciones de las fibras radiadas á las células específicas es muy hipotético, pues aquéllas se hallan en contacto directo con los pilares externos de los arcos de Corti, pero sólo tienen

relaciones lejanas con las células fusiformes ó células sensoriales. A causa de esto Gellé ha emitido la opinión de que las ondas que se producen en el líquido del laberinto van á obrar directamente sobre las prolongaciones ciliadas de las células auditivas que, como se sabe, atrayiesan los orificios de la membrana tectoria. Ahora bien, como esta última entra al propio tiempo en vibración, sus movimientos se transmiten á las prolongaciones ciliares, reforzando la función oscilatoria de éstas.

Según este mismo autor, la disposición anatómica de las dos ramas de caracol, que comunican por su extremidad superior, tendría por objeto concentrar las ondas sonoras que llegan por la base del estribo á la rampa vestibular ó sensorial, y debilitar, por el contrario, las que vienen por la ventana redonda. El caracol puede, en efecto, compararse á dos conos reunidos por su vértice y en comunicación por el helicotrema.

#### HIPÓTESIS DE LA ACOMODACIÓN TOTAL

Según ésta, el oído es un instrumento muy dúctil cuyos elementos no tienen función especializada; en cambio todo él se modificaría según las excitaciones venidas de fuera acomodándose en su conjunto á los diversos sonidos que percibe.

Esta opinión presenta menos dificultades que las otras, pero se hace aceptable sin ninguna objeción, siempre que se admita que el oído no se acomoda exclusiva y fatalmente á las sensaciones externas de modo mecánico, sino según las imágenes ya localizadas por el hábito en los centros celulares de la corteza cerebral y de acuerdo con una idea que venga á imponer su forma á la sensación, es decir, según el sentido musical.

La impresión acústica se refiere siempre en música á una relación, y ésta no es producida nunca por una sensación; ninguna fibra por más delicada que sea en su organización, llega á tanto y se necesita por consiguiente de la intervención de un acto de la inteligencia: el oído se acomoda, pues, en muchísimas circunstancias, de acuerdo con leyes distintas de las fisiológicas.

Cualquier modulación inarmónica está en el mismo caso: hay una transformación instantánea del fenómeno sonoro en fenómeno musical, y esto constituye precisamente la originalidad de los hechos fisiológicos; el oído no se conduce con las vibraciones sonoras como lo hace un molde que imprime su forma á la materia flúida que se vierte en él: á la receptividad pasiva se añade un acto rápido que aprecia, deshace ó reconstruye (según el caso) y perfecciona el trabajo del sentido auditivo. No hay, por ejemplo, disonancia más desagradable en sí misma que la producida por el intervalo armónico de segunda menor, v. gr. *mi natural* y *mi sostenido*; con todo Schumann le hace producir encantador efecto en su *Lied Mondnacht!* La disonancia armónica de segunda mayor y de segunda menor se repite más de diez veces en una exquisita pieza para piano del mismo Schumann: *Einsame Blumen* (Flores solitarias). En otra parte serían intolerables, pero aquí



la marcha de las partes, los antecedentes, los consecuentes del contrapunto y, en una palabra, el *sentido* mismo de la obra, imponen al oído una sensación muy agradable.

Se puede citar un fenómeno del mismo género en los casos muy curiosos en que parece que la inteligencia musical tenga influencia directa sobre la cualidad del sonido; se conoce, en efecto, la experiencia que se practica con láminas de madera convenientemente talladas y de diferentes densidades: si caen aisladamente sobre el piso dan la impresión de simples ruidos, pero si se las hace caer en cierto orden, dan la impresión muy neta de la gama. Hay que admitir, pues, que el oído modifica instantáneamente la sensación (puesto que la onda sonora no varía), que no reacciona como el juguete mecánico que funciona al darle cuerda y que posee, en consecuencia, una especie de «juicio».

Parece imposible explicar los fenómenos muy complejos de la audición si se parte del principio de que el oído es un mecanismo que funciona de acuerdo con leyes puramente físicas é inmutables; no sucede lo mismo si se admite algo así con una compenetración de la vida psicológica musical con el órgano auditivo, y si se conviene en que éste no ha terminado todavía la evolución de su perfeccionamiento. (Combarieu.)

#### Bibliografía.

- P. Coyns: Des parties molles de l'oreille interne.  
 J. Gavarret: Acoustique physiologique (phonation et audition).  
 Kuss et Duval: Du sens de l'audition.  
 Langlois y Varigny: Percepción de las vibraciones.  
 Combarieu: La Musique. Ses Lois, son Evolution.  
 Rousselot: Mon résonnateur.  
 Lefert: Mecanismo de la audición.  
 Danhauser: Teoría de la Música.  
 Catel: Traité d'Harmonie.  
 Debierre: Localisations dans l'écorce du cerveau.  
 Dauriac: Des images suggérées par l'audition musicale.  
 Boulei et Lemarchadoux: De l'élément psychique dans les audités.

### Estado actual del tratamiento de la sífilis por el bismuto

POR EL

DR. J. BARRIO DE MEDINA

Especialista en Dermatología y Sifiliografía, de Madrid.

Desde nuestra primera comunicación á la Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía (Actas dermosifiliográficas, Febrero-Marzo de 1922), sobre el tratamiento de la sífilis por las sales de bismuto (trepol), y nuestro primer trabajo, publicado en *Medicina Ibero* (núm. 227, de 11 de Marzo de 1922), sobre el mismo asunto, hemos continuado estudiando dicha medicación en sus diversos aspectos presentada, y es hora ya, y estamos en ocasión de hacerlo, de dar un resumen de nuestras impresiones y trabajos sobre el estado actual de la terapéutica del bismuto en el tratamiento de la sífilis.

Desde luego, para que no haya lugar á dudas, dire-

mos, y dejaremos sentado, que el primitivo bismuto, tal como se nos presentó en el comercio, esto es, bajo la forma y denominación de trepol, fué abandonado totalmente por los dos inconvenientes que en mis primeros trabajos anuncié: el dolor intenso local en el sitio de la inyección y las brucias estomatitis que, sin previo aviso, presentaban los enfermos, aun con bocas sanas (véase las observaciones II, III y V del trabajo anteriormente enunciado). Nos sirvieron otras dos fórmulas más á raíz de éste, llamadas indoloras, que yo experimenté desde el principio, gracias esta vez á la atención de la casa Larrañaga, que me envió cuantas muestras necesitaba y pedí, y, á decir verdad, dichas modificaciones introducidas en el primitivo trepol, aunque menos dolorosas, seguan teniendo este mismo inconveniente. Pronto, pues, nos enviaron una última y, al parecer, definitiva fórmula, la denominada neotrepol, que es la que venimos empleando ya en gran cantidad desde hace algún tiempo, y á la que nos hemos de referir en lo sucesivo.

El neotrepol es una medicación á base de bismuto activo, precipitado en un medio isotónico; contiene mucha más cantidad de bismuto que las anteriores fórmulas, puesto que éstas tienen 64 por 100 y el neotrepol alcanza la enorme cifra de 96 por 100, siendo, por tanto, casi bismuto puro lo que inyectamos. Viene dosificado en ampollas de 2 c. c., correspondiendo, por tanto, 20 centigramos de producto activo á cada una. ¿Qué resultados clínicos y serológicos da esta nueva preparación por sí misma y qué comparación hemos establecido entre ella y el primitivo trepol? Contestaremos en primer lugar al segundo punto, ya casi aclarado con las primeras manifestaciones de este artículo; el neotrepol ha desterrado, á mi juicio, no ya al primitivo trepol, sino á su segunda y tercera fórmulas, que persisten con el nombre de trepol indoloro; primero, porque, á pesar de llamarse indoloro, es más doloroso que el neotrepol, y segundo, porque éste es más rico en bismuto, y lógicamente pensando, debe resultar más activo que el anterior; esto me trae como de la mano para contestar á la primera parte de mi pregunta; esto es: ¿qué resultados nos ha dado en sí el neotrepol? Mi experiencia personal es ya bastante grande, algo numerosos los enfermos tratados en todos los períodos, y por ello no podemos ir relatando observación por observación ni historia clínica por historia clínica (están, desde luego, todas á la disposición de los compañeros por si á alguno le interesa en detalle esta cuestión), y si hemos de dar nuestra impresión de conjunto sobre los resultados obtenidos, ya dicha por mí en algunas Academias científicas, con motivo de intervenciones hechas en ellas (Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, sesiones del 13 de Octubre y 3 de Noviembre del corriente año, y Academia Médico-Quirúrgica Española, sesión del 12 de Noviembre del corriente año). *El neotrepol es una buena medicación, que la podemos considerar de primer orden entre las distintas que ya poseemos en Sifiliografía, que actúa rápidamente sobre las lesiones clínicas, y muy activa y rápidamente también serológicamente; es decir, sobre el Wassermann,*



*sobre todo en enfermos latentes clínicamente, y con Wassermann positivo y en enfermos arsénico y mercurio resistentes.*

Todas mis historias confirman la impresión que acabo de redactar, pero entre ellas, no puedo resistirme a la tentación de describir la de dos enfermos, médicos por cierto, que prueban bien esta mi afirmación.

L. T., médico de Madrid, es un específico antiguo, mal tratado, sobre todo desordenadamente, con unas sífilides palmares, recidivantes, en la fecha de mi asistencia, y que le pongo neosalvarsán a prescripción de él, porque me dice que en otras ocasiones, aun cuando tardaban en desaparecerle, al final de la tanda de ocho ó diez inyecciones conseguía la curación de ellas. Le inyecté tres dosis que suspendemos, porque a pesar de que el neosalvarsán (ha sido tratado también este enfermo por el ilustre dermatólogo Dr. Villar Iglesias, de Santiago de Galicia) le ha tolerado siempre mal. Estas tres inyecciones le han producido gran reacción febril y malestar general; me pide le ponga mercurio y le aconsejo sea en forma de novasurol y reacciona también, a pesar de las dosis iniciales de un cuarto de centímetro cúbico, con grandes dolores intestinales en forma de cólicos, el día de la inyección, lo que no obstante le pongo otras tres, suspendiéndole también esta medicación a petición suya. La sífilides no ha sufrido la menor alteración con las tres de neosalvarsán y tres de novasurol y le aconsejo se ponga bismuto. Un poco a disgusto accede (los enfermos que peor se tratan y son más díscolos son los médicos porque vienen a consultarnos, pero se prescriben ellos y hay que hacer lo que ellos mandan), le pongo neotrepol, a la primera inyección mejora rápidamente, y a la segunda, curan totalmente sus sífilides con un total de 40 centigramos, y en el término de seis días justos, con el asombro de nuestro amigo enfermo. Es de advertir lo rebelde que todos sabemos son esta clase de lesiones a todas las medicaciones específicas.

Para completar la historia de este enfermo diré que sus dos primeras inyecciones de neotrepol le fueron sumamente dolorosas, por lo que hube de cambiárselas, y ya desaparecidas las lesiones, por Quimby (bismuto) que las tolera mucho mejor y es con lo que sigo tratándole.

Demuestra bien claramente este enfermo la rapidez de actuación de esta medicación sobre las lesiones clínicas, y conete que he citado este ejemplo por difícil, pues de lesiones primarias y secundarias que a las primeras inyecciones han desaparecido, son numerosos los casos que podría citar, pero que me evito de ello porque los buenos efectos de esta medicación están ya en el ánimo de todos.

Serológicamente es quizá mayor aún su rapidez, hasta el extremo de que Levadity y otros colegas franceses que son los que mejor tienen estudiado hasta hoy día el bismuto, dicen que es su principal indicación y, en efecto, yo puedo decir por mi experiencia personal, que en todos los casos latentes clínicos con Wassermann positivo, que hasta ahora he tratado, rápidamente y a las primeras inyecciones, se ha conseguido su negatividad, y ya que lo he prometido, relataré la historia del

otro compañero (éste más sumiso y obediente). Se trata de M. S., también de Madrid, con una sífilis empezada a tratar en su período de chancro y demostrada por investigación de treponomas. Se trató entonces con una tanda completa de 5 gramos de neosalvarsán y 7 inyecciones de aceite gris, a pesar de lo cual su Wassermann fué positivo de tres cruces a los tres meses. No ha vuelto a tener lesiones clínicas, pero su Wassermann ha venido siendo positivo desde entonces, no obstante haberle tratado periódicamente con arsénico y mercurio unas veces y con silbersalvarsán otras. Es un caso de Wassermann resistente que a su comienzo de ponerle bismuto tenía dos cruces y a la cuarta inyección el Wassermann fué ya  $\pm$ ; continúa el tratamiento y es de esperar que a su final sea negativo (los Wassermann fueron hechos siempre por el Dr. Arcaute como todos los que se realizan a mis enfermos). Se ve bien claramente la acción rápida y eficaz sobre el Wassermann con esta medicación, cosa que no habíamos conseguido ni con neosalvarsán, ni con mercurio, ni con silbersalvarsán; ahora bien; ¿persiste esta influencia? Es pronto en realidad para que podamos informar en este sentido, pero no obstante, yo puedo adelantar que ya he tenido tres casos en los que conseguido el Wassermann negativo con el bismuto, a los tres meses ha tornado a ser positivo otra vez, pero repito que es pronto y se precisa la acción del tiempo para poder formular un juicio definitivo sobre este punto.

Estudiadas las ventajas ¿qué inconvenientes sigue teniendo la medicación bismútica? En mi sentir, desde luego, el dolor, es éste menor desde luego, como ya hemos dicho que el trepol indoloro, pero la realidad es que duele algo menos que el mercurio insoluble, creo yo, pero positivamente duele; claro está que con esto sucede algo de lo que ocurre con el mercurio insoluble, es decir, que mientras a algunos enfermos les duele mucho, otros nos sorprenden diciéndonos que no les ha dolido nada. ¿Depende, en parte, de la técnica de la inyección? Pudiera ocurrir, pero hay que reconocer que el neotrepol, en general, resulta doloroso, máxime para ponerle bisemanal como es su indicación. Otro inconveniente son las estomatitis, éstas son menos frecuentes que con el primitivo trepol también, a pesar de tener el neotrepol más cantidad de bismuto, pero conste que yo las he seguido observando y que éstas son bruscas y casi sin previo aviso, teniendo, en cambio, a su vez la ventaja de que desaparecen bien y pronto con los medios vulgares y corrientes. Y ya que hablamos de bismuto diré, que un trabajo nos queda por hacer y que yo estoy realizando en la fecha, y que anuncio por si algún compañero lo quiere también hacer. Se trata de la conveniencia de realizar un estudio comparativo entre las distintas clases de bismuto que hoy día existen ya en el comercio; porque sucede que, así como en general entre los distintos arsenicales, hemos ido desechando unos y prefiriendo otros, y en todos ellos señalándoles sus indicaciones, ventajas é inconvenientes; con el bismuto ocurre lo mismo, y por ser distintas sus preparaciones y distintas las combinaciones de él con otras medicaciones, se hace preciso, re-



pito, un estudio detallado de cada uno de ellos, máxime cuando alguno pretende tener una acción específica especial sobre el L. C. R., y, en general, sobre toda clase de lesiones específicas nerviosas, cosa que se viene diciendo también del bismuto desde el principio, pero sobre cuyo punto no creo haya todavía experiencia alguna.

De mi trabajo, que realizo en la actualidad, yo no puedo adelantar aún nada; no obstante, enumeraré para quien no lo conozca, que disponemos hoy día, además del neotropol, ya descrito y el más ensayado y estudiado por haber aparecido el primero, del Quimby, del cual yo ya voy teniendo alguna experiencia, porque lo voy inyectando bastante, pudiendo adelantar de él que se tolera en cuanto á dolor, mejor que el neotropol, pero no creo tenga una rapidez de acción tan enérgica como éste. Es un iodo bismutato de quinina que se presenta en ampollas de 3 c. c. en suspensión aceitosa y muy espesa, por lo que se precisa calentarlo previamente al bañomaria é inyectarlo con agujas gruesas. La cura total que se recomienda es 12 inyecciones en un mes de tratamiento, con un total de medicación de 3 gramos de iodo bismutato de quinina. En un caso que traté con Quimby en una pobre muchacha de diez y siete años con lesiones papulosas húmedas en cara interna de ambos muslos y vagina, con un estado general pobre, el resultado fué excelente, curándose a la quinta inyección sus lesiones específicas, y mejorando mucho su estado general al terminar la tanda.

El muthanol es un hidróxido de bismuto radífero porfirizado á molécula pequeña en suspensión aceitosa; viene en ampollas de 2 c. c. conteniendo 15 centigramos de producto activo cada una y pudiendo llegar á inyectarse hasta 30 centigramos. Este producto está adicionado de una radioactividad bien dosificada é incorporada al producto activo.

Mi experiencia es aún escasa sobre éste, así como también del sigmuth, último compuesto que yo conozco y que es otro tartrobismutato de sosa y potasa en solución acuosa, al que añaden una dosis débil de metilarseniato de sosa con objeto de favorecer la difusión del bismuto en el organismo y activar su acción terapéutica, hecho que dicen haber experimentado aunque no se haya logrado aún la explicación de él. Se presenta en forma de ampollas de 2 c. c. que contienen 20 centigramos de tartrobismutato de sosa y potasa.

A su debido tiempo daremos á conocer los resultados clínicos y serológicos comparativos entre unos y otros.

Ahora bien, reconociendo al bismuto en general una medicación de primer orden, ¿es superior á los salvarsanes y mercurio y debe ser preferida á éstos? Tema es este que se prestaría á una expresión considerable y que yo he de formular brevemente diciendo que del resultado de mi experiencia personal hasta ahora al menos, considero que el bismuto ha desterrado al mercurio, pero que no llega á los distintos salvarsanes; entiéndase bien que me refiero al verdadero neosalvarsán, es decir, al controlado, puesto que desde hace algún tiempo, todos sabemos que las falsificaciones de

éste han llegado á tal extremo, que poníamos todo menos neosalvarsán. ¿Quiere esto decir que el arsénico debe ser preferido al bismuto? Según y cómo, respondería yo, porque dado que el bismuto es perfectamente compatible con el arsénico, muy bien podemos asociar estas dos medicaciones en el tratamiento en general de una sífilis, como muy bien aconseja la casa productora del bismuto Quimby, pero es que además esto tiene que depender y variar según las circunstancias y los casos, porque en un enfermo en tratamiento primario ó abortivo de su sífilis, haremos bien poniéndole bismuto y arsénico; en un enfermo con un mal estado de la boca no podemos prescribirle mercurio, pero tampoco bismuto; en otro latente clínicamente, pero con Wassermann positivo, estará indicadísimo el bismuto y, por último, no tendremos más remedio que echar mano del cianuro de mercurio en una meningitis específica, por ejemplo.

Quiere esto decir que disponemos hoy día con el bismuto de otra medicación más de primer orden en el tratamiento de la sífilis y que es y tiene que ser el especializado en estas cuestiones, el encargado de prescribir una ú otras según las circunstancias y los casos.

Noviembre de 1922.

## UN CASO DE EMBARAZO PROLONGADO

POR

CELESTINO RUBIERA

Médico titular de Busto de Bureba (Burgos).

El caso que voy á historiar es posible que no merezca la pena de ser publicado; por ese temor he dudado mucho en darlo á conocer, y, al fin, me decido á exponerlo por si ello pudiera reportar alguna utilidad á mis colegas no especializados, y que, como yo, alejados de las grandes urbes, nos vemos en la imperiosa necesidad de resolver estos ó parecidos problemas sin la menor ayuda. No voy á explicar una lección de Obstetricia; nada más lejos de mi intención; sería ofender á los que benévolamente lean estas líneas: voy, lisa y llanamente, sin palabras rebuscadas ni otros alardes, á redactar una historia clínica mejor ó peor hecha, pero que es exacto reflejo de la verdad. Es el único caso que he tenido en diez y seis años de práctica rural; en esos años he asistido innumerables partos normales y distócicos, y el presente ocurrió en persona á mí muy allegada. Y dicho lo que antecede y sin más preámbulos, entro de lleno en la cuestión.

D. M. C., de cuarenta y dos años de edad y cuatro de casada, alta, bien conformada y robusta complexión, ningún antecedente venéreo-sifilítico; en la infancia padeció viruela, sarampión y alguna pulmonía; pasado ese período de la vida ha disfrutado de una salud excelente. Entre los doce y trece años tuvo su primera menstruación, que desde entonces se presentó siempre regularmente, sin molestias apreciables y con una duración media de cinco á siete días y en cantidad normal. La pelvis, sin defectos y con diámetros corrientes.

En Marzo de 1919, á los seis meses de casada, tuvo un aborto ovular, y á pesar de la gran hemorragia se negó á guardar cama y continuó haciendo su vida habitual. En los meses que siguieron á ese aborto las menstruaciones fueron de más duración, algo dolorosas y la cantidad de sangre expulsada era exagerada, verdaderas menorragias; jamás quiso



someterse á tratamiento y prontamente se reponía aunque le quedaba abundante leucorrea.

El 21 de Octubre de 1921 cesaron sus últimas reglas; días después tuvo algunas náuseas y ligera inapetencia y presumió que estaba embarazada, como así fué. Cerca de los cinco meses, á contar desde el 22 de Octubre, se percibieron los primeros latidos del corazón fetal y los movimientos activos eran perfectamente notados por la madre y el observador. El embarazo siguió su curso natural sin grandes molestias y dedicándose á sus labores de una verdadera ama de casa; sólo llamaba la atención el enorme volumen del vientre que hacía presumir á las gentes en un embarazo gemelar; la circunferencia mayor era de 134 centímetros, medida tomada escrupulosamente al fin de la primera quincena de Julio de 1922 y cuya medida me dió mucho en qué pensar.

El 23 del referido Julio, á las diez de la noche, y estando sentada, se sintió verdaderamente inundada por un líquido que salía por sus genitales en cantidad asombrosa; no había duda: se trataba de la rotura espontánea de las membranas ovulares, y el líquido era claro, con todos los caracteres macroscópicos del líquido amniótico. Como había llegado al fin de la gestación, creímos que los dolores de la parturición no se harían esperar; ¡vana esperanza!: el cuello uterino, reblandecido, no había desaparecido por completo; la presentación era longitudinal; pero aunque por palpación notamos las nalgas en el fondo del útero, por el tacto nada pudimos apreciar; las sensaciones táctiles no eran claras, y por las características del feto, que expondré más adelante, se comprenderá el motivo. Había frecuentes y fugaces contracciones uterinas, casi indoloras, que terminaban por expulsión de líquido amniótico, que nunca tuvo mal olor, y en el cual sobrenadaban partículas sebáceas, y ya cercano el parto, tomó color obscuro, pero sin fetidez. Así fueron pasando días, durante los cuales estuvo levantada y sin otras molestias que la salida del líquido y alguna que otra contracción uterina ligeramente dolorosa. Los movimientos activos del feto pudieron apreciarse hasta cuarenta y ocho horas antes del parto. Esta situación penosa y de hondas preocupaciones era cada día más violenta.

Por fin, el día 8 de Septiembre á la una de la mañana comenzaron los primeros dolores de parto que por momentos adquirían intensidad, duración y frecuencia inusitada y ya á las diez de la mañana no podía afirmarse que hubiera solución de continuidad entre contracción y contracción, el útero estaba como tetanizado y temí una hecatombe; á las dos de la tarde apareció el occipucio en coronamiento inferior; coloqué á la parturiente al borde de la cama y con los pies apoyados en dos sillas y comencé la labor del desprendimiento de la cabeza fetal que verifiqué con alguna dificultad; pero donde estuvo la verdadera dificultad fué en la expulsión de los hombros porque el diámetro biacromial era bastante mayor que el corriente y yo trataba ante todo de evitar la rasgadura del periné; después de un trabajo penoso pude desprender el hombro anterior y seguidamente el posterior. Lo demás no ofreció ningún inconveniente y la extracción total fué rápida. Esperé unos momentos para dar lugar á la expulsión espontánea de los anejos, pero en vista de que la hemorragia se presentaba amenazadora, introduje la mano en el útero y con toda la calma compatible con el caso, fui desprendiendo la placenta que se me deshacía entre los dedos; la extraje y volví á reconocer las paredes uterinas para evitar quedase algún cotiledón. Procedí al lavado minucioso y abundante de los genitales externos en los que no había más que un desgarró de la horquilla de medio centímetro y otro de dos en el gran labio izquierdo, en la unión de sus dos tercios superiores con el inferior; seguidamente irrigué

la vagina y después el útero con sonda Doléris y solución de permanganato potásico. El tiempo empleado fué de una hora,

El curso del puerperio fué normal; diariamente irrigaciones vaginales con la solución de permanganato; al tercer día no la hice y ascendió la temperatura á 38°7, esto me alarmó y en el acto procedí al lavado vaginal y á las dos horas descendió la temperatura á 37° y en virtud del aviso no dejé los lavados hasta que pasaron diez días.

A los cuatro días hizo sus comidas de costumbre; á los nueve se levantó por primera vez y á los veinte volvió á su vida normal y ya no hubo otra novedad.

Las características del feto que nació muerto, eran: Peso exacto, 4,200 gramos; cabeza voluminosa, pero de consistencia gelatinosa, los huesos de la bóveda como si estuvieran sueltos, muy movibles y parecía que nadaban sobre el líquido intracraneal; cara normal; tórax muy desarrollado, pie derecho zambo y el color de la piel sonrosado; no pude hacer otras observaciones porque me lo vedaba cierto sentimiento y emoción.

He ahí el caso que se presta, á mi juicio, á varias consideraciones; yo apuntaré algunas. Según los cuadros obstétricos, esta señora que terminó de menstruar el 21 de Octubre de 1921, debió terminar la gestación el 29 de Julio de 1922; la rotura de las membranas ovulares el día 23 de Julio parece que iba á confirmar ese cálculo de 280 días, pero no fué así porque el parto se verificó ya mediado el día 8 de Septiembre, luego la gestación duró, salvo error, 321 días aproximadamente. El feto tuvo vida por lo menos hasta cuarenta y ocho horas antes del parto. ¿A que se debió esa prolongación del embarazo? Confieso ingenuamente que no lo sé ni me lo presumo. Es indudable que se trataba de un hidramnios con feto hidrocefálico y que por la especial disposición de los huesos de la bóveda pudo en el momento de la expulsión alargarse en forma de huso la bóveda y el contenido craneal y eso se vió claramente y por tal motivo la expulsión del ovoide cefálico no ofreció grandes dificultades y que de no ser así no hubiera podido verificarse sin la previa craniotomía, y más tratándose de una primeriza ya de edad; en cambio la dificultad grandísima estuvo en la expulsión de los hombros por su excesivo diámetro y porque no podían reducirse como la cabeza, aparte de otras razones fáciles de comprender.

Al ver que la gestación se prolongaba, consulté mi modesta biblioteca de médico rural, y Tarnier, Ribemont, Fabre y algún otro fueron mis únicos guías. En verdad que yo no sabía qué hacer, pero en vista de que no existían indicaciones precisas opté por esperar, no queriendo apelar á intervenciones que creía imprudentes, temerarias é innecesarias; pero, desde luego, dispuesto á todo cuando lo estimase absolutamente urgente; me pareció, y sigue pareciéndome, que la expectación armada era el procedimiento más racional, y los hechos me lo confirmaron. Me dediqué á los cuidados rigurosos de asepsia y antisepsia, absteniéndome en lo posible del tacto vaginal, y que fué extremado, lo dice el puerperio normal y apirético cuando casi es regla en casos parecidos al referido, la infección segura al menor descuido.

No sé si obré bien ó mal, sé que solo, y sin la menor ayuda, confiado á mis propias fuerzas y modestos recursos, resolví el problema del mejor modo que pude y que por tratar se de algo excepcional y de un ser para mí muy querido me quitó muchos sueños y tuve que armarme de un valor extraordinario y de una serenidad de ánimo casi incompatibles con determinados afectos.

Es posible que algún especialista vea faltas, omisiones y errores en mi actuación, pero quien tal piense tenga en cuenta que yo no soy especialista, no tuve más maestros que



los catedráticos oficiales, que salí de las aulas sin ver un solo parto, y que por la dura necesidad que impone el ejercicio rural he adquirido alguna práctica acaso defectuosa y mis grandes deseos son siempre aprender y que quien más sepa me enseñe y le quedaré muy reconocido como lo quedo á esta querida Revista por su bondad al insertar estas mal hilvanadas líneas.

### Curso de conferencias sobre enfermedades del aparato digestivo en la infancia, organizado por la Sociedad Española de Pediatría.

#### CONFERENCIA DEL DOCTOR SUÑER

Antes de empezar á desarrollar el tema que se me ha destinado en estas conferencias, que es la estenosis pilórica congénita, voy á hacer la presentación de estos casos, porque la hora á que probablemente terminaremos, será intempestiva para esta familia y no creo atento entretenerla.

Yo quiero hacer constar, respecto á la presentación de estos enfermos, una serie de hechos clínicos, que me conviene dejar bien sentados. Luego, si alguno de los señores que asisten á estas lecciones quisiera comprobar alguno de los hechos referentes al caso en cuestión, lo puede hacer sin duda, haciendo el examen de estos pacientes en la habitación inmediata.

Es interesante la presentación de esta familia, porque en ella se ponen de relieve hechos acerca de la sintomatología y de la probable patogenia de la estenosis congénita del píloro, de los que voy á hablar más adelante.

Este matrimonio tiene cinco niños; de estos cinco, tres han padecido el píloro espasmo, todos ellos con una marcha idéntica, empezando los vómitos pocos días después del nacimiento, en la segunda quincena, siendo los vómitos incoercibles, y repitiéndose cada vez que se daban alimentos, presentando en los primeros tiempos un estreñimiento pertinaz, y manteniéndose en esta situación de rebeldía, sin modificación del síndrome, hasta una época avanzada, alrededor de los nueve ó diez meses. Estos niños han sido sometidos á diferentes tratamientos médicos, y en algunas ocasiones parece que el empleo de una alimentación, más que el de una medicación, ha sido el factor determinante de un cambio de patología del cuadro clínico; pero lo cierto es, que un procedimiento terapéutico, que daba resultado en uno de ellos, en el otro no lo daba, y el hecho inconcuso es, que solamente al cabo de varios meses, seis, nueve, diez, en estos niños han cedido, de una manera bastante brusca, los vómitos. Yo he visto y he tratado, de estos tres niños, á dos, el mayor de ellos tiene diez y nueve meses, y en el curso pasado me lo trajeron á la policlínica de la Facultad, con un marcado síndrome de píloro espasmo. Este niño, á los nueve meses, le sometí á una alimentación con leche desnatada (estaba alimentado artificialmente, un poco mal dirigido á mi juicio) y no hice más que cambiar de alimentación y prescribir el citrato de sosa, para que á los cuatro ó cinco días terminaran los vómitos, que habían durado esos nueve meses. Quedó completamente bien respecto al síndrome de estenosis pilórica, pero, y este es el hecho más importante, en este niño, casi instantáneamente, al día siguiente de quitarse los vómitos, empezó á padecer de laringoespasmo sufriendo varias crisis.

El niño más pequeño ha venido este año con los mismos síntomas de estenosis. He hecho en él el tratamiento con la misma fórmula de citrato sódico, y la misma alimentación que empleé en el caso anterior, pero no me han dado ningún resultado; siguió vomitando, con el mismo cuadro

del niño que ahora tiene diez y nueve meses. Por este fracaso recomendé el empleo de papillas, que algunas veces parece que van bien. La madre por su cuenta le ha dado harina lacteada, y el hecho es, que desde hace cuatro días que toma dicha papilla, ha dejado de vomitar. El mayor tiene todo el cuadro clínico de un raquitismo consecutivo á este proceso. No anda, se tiene mal, presenta una fontanela abierta, esto es, un síndrome bastante completo. Está en un estado hipotrófico, pesa menos de lo que corresponde á su edad. Además, hay antecedentes de la distrofia raquítica, por lo que respecta á la madre; de modo, que tenemos aquí una familia de raquíticos, en la que existe todo este conjunto de síndromes ó procesos patológicos; raquitismo en la madre, en un niño de diez y nueve meses, piloroespasmo en tres, y laringoespasmo en uno, que apareció en el momento en que cesó el piloroespasmo. Como estos son los hechos más interesantes que tenía que hacer constar, ya se pueden retirar estos señores, que tendrán la bondad de esperar fuera, por si alguien les desea examinar.

Yo quisiera, señores, poderles hacer esta noche, al exponer este asunto de la estenosis pilórica, que á decir verdad es de una gran complejidad, un estudio completo, pero no es una cuestión para la que sea bastante una sesión solamente, harían falta por lo menos dos ó tres más, para poder hacer una exposición completa y detenida; más dentro de las dificultades de tiempo, yo me he de esforzar en presentar el bosquejo, casi el esquema, de todos aquellos asuntos que creo que á la hora a tual son útiles en el estudio de la estenosis congénita de píloro.

Sabemos que esta enfermedad fué descrita por un americano, Beardley, con la exposición de un caso clínico, que después fué repetida por una porción de investigadores, hasta que Landerer y Meier hicieron una descripción completa de la misma hasta tomar carta de naturaleza en las obras de Patología entre las especies nosológicas. Los casos se fueron acumulando; los de Storchsprong, Cantley, Thomson y Murray, aumentaron el caudal de observaciones, hasta llegar á una etapa en que avanzó la anatomía patológica y la patogenia de la enfermedad, con los estudios de Pfaundler y de Finkelstein.

Me interesa hacer hincapié en los estudios de estos dos últimos autores sobre el síndrome de que hablaremos más adelante, caracterizado por los vómitos incoercibles en los primeros tiempos de la vida, renovados fatalmente á cada toma de alimento, aun cuando éste sea el pecho de la madre, dando una sintomatología tan clara de afección espasmódica, de fenómenos espásticos, que desde el primer momento, y de una manera clara, cuando se han visto niños con estenosis de píloro, se piensa en el espasmo.

Ya había precedentes en la Patología Médica. Antes de Landerer y Meier, ya era conocido el espasmo del píloro en los adultos. Fué Pfaundler quien insistió mucho acerca de este proceso y de su carácter funcional, admitiendo de una manera casi absoluta, que la inmensa mayoría de los casos de estenosis pilórica congénita eran producidos por una contractura de la musculatura del píloro. Esta concepción de Pfaundler fué pronto modificada por los datos obtenidos de la operatoria y en parte de las autopsias de una serie de casos de estenosis congénita, en los cuales no se podía invocar el espasmo únicamente como el agente patogénico de la estenosis; había algo más, y este algo eran lesiones orgánicas, caracterizadas, sobre todo, por la hipertrofia de la musculatura del píloro. Los casos con hipertrofia de los músculos del píloro se iban acumulando en las distintas publicaciones, y Finkelstein llegó á pensar y afirmar que la estenosis pilórica congénita era sencillamente una hiper-



trofia muscular del píloro, y que todos los casos obedecían á ella. Pero la concepción de Pfaundler está muy fundamentada, y como ahora veremos, el carácter espasmódico de esta perturbación ni aun con el concepto de hipertrofia puede borrarse. Por esta razón se llegó á hacer una división, que se ha mantenido en todas las obras, de la estenosis pilórica, en dos grupos; de causa espasmódica ó funcional, y de causa orgánica. Las causas orgánicas no sólo están representadas por la hipertrofia de la túnica muscular, sino que hay observaciones, aun cuando en menor número, entre ellas alguna de Heubner, en las cuales la anatomía patológica demuestra un estado de lesión completamente distinto, constituido unas veces por anillos fibrosos que estrechan la luz del píloro, y otras por lesiones incompatibles con la vida, y que se deben sacar fuera de este campo, como el caso de Leschaff, en el que el píloro terminaba en un cordón fibroso. Pero estos casos son una minoría, y no pueden invalidar la importancia del concepto de estenosis orgánica, y la frecuencia con que se demuestra en operaciones y autopsias, la hipertrofia muscular.

Se creyó en un principio, á partir de los primeros trabajos de Finkelstein, que los casos de estenosis, representados por la hipertrofia muscular, eran en menor número comparados con los de espasmo, pero este concepto va borrándose, y lo que parece á la hora actual estar bien demostrado, es que los casos de hipertrofia muscular son en muy mayor número que los de espasmo. Pareció al principio que al concebir así la anatomía patológica, y, por tanto, hasta cierto punto la etiología y patogenia de la estenosis, el espasmo quedaría borrado, ó, por lo menos, disminuido en su valor; pero un trabajo muy reciente, de gran importancia, de Heile, quien ha tenido ocasión de hacer 22 intervenciones sobre estenosis de píloro, ha venido á demostrar que de dichos 22 enfermos, solamente en dos no existía hipertrofia, en los otros 20 sí la había, y una serie de cirujanos—Garre entre ellos—que han trabajado mucho en estos asuntos, han visto también que en la mayoría de sus enfermos, lo que se encuentra es la hipertrofia de la musculatura del píloro; sin embargo, en las estadísticas de algunos de ellos hay casos de verdadera estenosis funcional, como la había descrito Pfaundler.

Por lo tanto, sin que haya desaparecido la división de las estenosis en estenosis orgánicas y funcionales, tenemos que reconocer que las primeras son las más corrientes, pero sin poder rechazar el segundo concepto, por estar bien demostrado.

Mas aquí llega un problema de patogenia interesantísimo, que se relaciona con el hecho de la existencia de la hipertrofia muscular. ¿Es que dicha hipertrofia constituye una génesis puramente mecánica material, que permite comprender la producción del síndrome estenosante?

Heile demuestra en un trabajo publicado recientemente, que el espasmo existe aun cuando haya una hipertrofia muscular del píloro, y lo prueba del siguiente modo: Haciendo la piloroplastia, realizando una incisión longitudinal de la capa muscular hipertrofiada, se ve que la herida se dilata, se distiende, de un modo considerable, que existe una gran tensión muscular, un elemento espasmódico, contractural, que enseña de modo indudable, que sobre el tumor se ha añadido el espasmo, la contractura. Es decir, que el tumor pilórico no basta para dar el síndrome de estenosis, como lo prueban las siguientes observaciones recogidas por Finkelstein, que ha publicado una serie de historias, en las que se ve que los enfermos en que la palpación bimanual permite reconocer la presencia de un tumor pilórico, y pasan meses sometidos al tratamiento médico, el síndrome

estenosante desaparece, y llega una época, á los siete, ocho ó diez meses, en que la palpación bimanual permite reconocer la presencia de tumor, es decir, la hipertrofia, pero el cuadro pilórico ha desaparecido, porque ya no existe el espasmo. Es el espasmo, dice Finkelstein, lo que añadido á la hipertrofia muscular, permite reconocer y comprender el síndrome estenosante, como es el espasmo lo que determina ese síndrome, y para los cirujanos defensores de la intervención quirúrgica, la incisión según la técnica de Mikulicz Weber, Ramstedt, permite curar la estenosis funcional tanto como la orgánica, porque actúa terapéuticamente, haciendo desaparecer la contractura.

Quedamos, pues, en que las estenosis orgánicas son á la hora actual las más numerosas, y que están representadas por la hipertrofia muscular; mas el elemento espasmódico se conserva como el esencial en la patogenia del síndrome estenosante, dándose lo mismo en los casos en que no hay hipertrofia como en aquellos que la presentan.

El síndrome estenosante pilórico está constituido en primer término por los vómitos, que se presentan pocos días después del nacimiento, generalmente en la segunda quincena. Pueden retrasarse hasta la quinta, sexta y aun octava semana. Yo, por mi parte, por los datos estadísticos que aquí traigo, puedo decir que nunca he visto un caso que sea posterior á la quinta semana, y en la inmensa mayoría el síndrome pilórico ha comenzado en la segunda, tercera ó cuarta, nunca más allá de la quinta. Insisto en esto, porque tiene mucha importancia el saber cuál es el comienzo, cuándo es el comienzo y cómo es el comienzo para el diagnóstico diferencial.

Hay un fenómeno de mucho interés relacionado con este síntoma: cuando pasan dos ó tres meses de vómitos continuos se presenta la estancación ó retención de los materiales alimenticios. Así, por ejemplo, un niño sometido á un régimen de lactancia por biberón, que ingiere á cada toma de alimento 125 ó 150 gramos de leche, cuando vomita á continuación de la última toma de leche, no lo hace en la misma cantidad que ha ingerido, sino que vomita mucho más; es decir, que á la cantidad que ha ingerido se ha añadido parte de las cantidades retenidas de las veces anteriores. Esta retención está relacionada con un estado del estómago, la dilatación, por hipotonía gástrica.

También la calidad del vómito tiene mucho interés para el diagnóstico diferencial. En la estenosis el vómito es alimenticio, algunas veces mezclado con una pequeña cantidad de moco, generalmente sin bilis; pero en algunos casos con mucha cantidad de ella. Cuando en un niño con el síndrome estenosante aparece un vómito bilioso, continuo, con gran cantidad de pigmentos y está muy adelantada la afección, debemos sospechar que la estenosis no es solamente de píloro, sino que desciende más, que se trata de una estenosis duodenal. Si á este síndrome se le añade un estreñimiento pertinaz, con acolia extremada, tendremos más motivos para suponer que la estenosis sea duodenal. El estreñimiento es tan pertinaz como los vómitos, y se comprende bien su mecanismo. La estenosis dificulta el paso del quimo gástrico de estómago á intestino. Esta dificultad es mayor ó menor, según el calibre de la estrechez; pero siempre hay una disminución del quimo, que influye en el peristaltismo intestinal, no solamente por su calidad, sino por su volumen, y, por tanto, á menor cantidad de quimo, mayor atonía, y si al mismo tiempo se pierde con los vómitos una gran cantidad de bilis, podemos suponer que todo ello influirá disminuyendo el peristaltismo intestinal. Este estreñimiento se caracteriza por la ausencia de deposiciones durante cuarenta y ocho horas, y está en relación directa el intervalo en



las deposiciones con la intensidad del síndrome estenosante.

Hay niños en los que las deposiciones se realizan únicamente cada tres ó cuatro días, no efectuándolas más que á fuerza de enemas y de excitantes intestinales.

Otro síntoma descrito es el *movimiento ondulatorio de la zona epigástrica*, pero yo, refiriéndome honradamente á mis enfermos, he de decir que lo considero interesante, pero que en la inmensa mayoría de las formas con piloroespasmo, es muy difícil observar el peristaltismo; lo he notado únicamente tres ó cuatro veces en mi vida. Parecía que en estos casos de peristaltismo intenso, debía presentarse también un cuadro extremado de estenosis, y una palpación del tumor muy fácil, pues en los tres ó cuatro casos en que lo he visto, han sido enfermos que se curaron antes que los demás, casos que no quieren decir nada contra el valor de este síntoma y que yo me limito á exponerlos.

La radioscopia puede contribuir considerablemente al diagnóstico de la estenosis, y más aún, fijar la situación real del enfermo. La administración en la leche de 2 á 4 gramos de carbonato de bismuto, ó un preparado de bario, permite hacer la inspección radioscópica, y se observa que cuando el niño que padece el proceso lleva varios meses, lo que se destaca en la pantalla ante todo, es la dilatación del fondo mayor, una verdadera dilatación de estómago. El examen del antro pilórico permite ver el paso de la leche, que lleva el preparado de bismuto, y quién sabe si el día que los medios de técnica tengan mayor perfección, si se podrán fijar las indicaciones operatorias por el paso de mayor ó menor cantidad, ó el vaciamiento más ó menos rápido, y se podrá deducir una opinión acerca del asunto, que haga pensar que por procedimientos médicos no es fácil que se cure el enfermo y entonces éste deberá pasar á manos del cirujano.

El tumor pilórico es algo que ofrece mucho interés. Admitiendo, como creo que debe admitirse, que en la mayoría de los casos la estenosis tiene por causa la hipertrofia muscular, debiera la palpación bimanual bien conducida encontrar el tumor, y sin embargo, la realidad es muy distinta; yo no recuerdo haber palpado el tumor más que en tres ó cuatro enfermos, de los 80 casos que he podido recoger. Esto pudiera achacarse á una falta de habilidad, de técnica, pero leyendo las 22 historias de Heile, se ve que en los 20 casos del primero, en que había hipertrofia muscular, solamente en tres se pudo por palpación determinar la presencia del tumor; en los demás no se logró encontrarlo; pero todavía se ha dado un caso más curioso, en uno de los enfermos de Heile; éste hizo la palpación bimanual, y creyó tocar un tumor, se operó y el enfermo no tenía tumor. En uno de los casos de Finkelstein también ocurrió lo mismo; por palpación creyó encontrar un tumor, que luego al operar se vió que no existía. Pero no es que el estado de la tumoración haya cambiado, ni que haya cedido el espasmo; esto no se puede admitir conociendo la anatomía patológica de la hipertrofia muscular, pero además hay una demostración más positiva, y es que al hacer intervenciones sobre tumores pilóricos, durante todo el tiempo de la operación, aún prolongándola como algún autor lo ha hecho con un sentido ético dudoso, el tumor no se modifica y no se cita ni una sola observación en que se haya podido, *de visu*, encontrar una variación del espasmo ó del tumor, y esto demuestra que no es por una modificación por lo que pueden haber ocurrido aquellos errores, sino sencillamente por una cosa, y es que la palpación es muy difícil, lo mismo en el primer período que en el último, pero sobre todo en el primero. En este primer período hay una contractura de toda la musculatura del estómago, que no es solamente de las regiones pilóricas, la cual hace que el píloro se sitúe detrás del antro, y por la

posición del píloro, colocado por fuera del borde externo del recto y á la derecha de la columna vertebral, es muy fácil que la contractura y la profundidad de su situación hagan muy difícil la exploración y la palpación. Esta puede facilitarse quizás por la narcosis, pero esta no es recomendada corrientemente para el diagnóstico, aunque creo que sería interesante hacer muchas exploraciones valiéndose de la narcosis.

(Concluirá.)

## Patogenia de la úlcera gástrica y duodenal <sup>(1)</sup>

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.

### ALIMENTOS DEFECTUOSOS

Ultimamente Mc. Carrison (40) concede gran importancia en la producción de diferentes alteraciones gastrointestinales, entre ellas la úlcera, al empleo de «alimentos defectuosos». Con esta denominación se comprenden, no aquellos alimentos que puedan ocasionar, por su acción mecánica ó por ser indigestos, alteraciones locales, sino todos los que carecen de los elementos necesarios para el buen funcionamiento del organismo, como son las vitaminas, las proteínas apropiadas y algunas sustancias inorgánicas (iodo, fósforo, calcio). Pero no solamente pueden estos alimentos ser perjudiciales por insuficiencia, sino á veces por exceso de algunos de sus componentes; así se ha demostrado que un exceso de grasa ó de ácido oleico no saturado pueden llegar á producir una insuficiencia de iodo é hipertrofia del cuerpo tiroides.

Mc. Carrison funda su teoría avitaminósica (digámoslo así, por ser el término más conocido, aunque no el más correcto) de la úlcera gástrica en hechos clínicos y experimentales. Su experiencia clínica le demuestra que la úlcera gástrica y duodenal es frecuente en los países civilizados ó sometidos á una culinaria complicada, que hace defectuosos los alimentos, y, en cambio, no ha observado este padecimiento entre las razas que habitan en las proximidades de la cadena montañosa del Himalaya, donde ha ejercido durante nueve años, en los que ha practicado más de 400 operaciones, pero ninguna de aparato digestivo, del que sólo se quejaban para consultarle por hernias estranguladas ó parásitos intestinales.

Experimentalmente ha tratado de reproducir las úlceras de estómago y duodeno en los animales por el empleo de alimentos defectuosos, y para ello ha utilizado palomas, cobayos y monos. En las palomas y cobayos se manifiestan los trastornos gastrointestinales por congestiones y hemorragias de la parte superior del intestino, adelgazamiento de la capa muscular, degeneración de las células de los ganglios de Auerbach, etc., etc. Con gran número de monos, capturados en las selvas de Madras, hizo dos lotes, sometiendo unos á la alimentación natural y otros á una «alimentación defectuosa». Aquéllos se conservaron sanos; en éstos se encontraron, entre otras alteraciones gastrointestinales, equimosis, focos necróticos y varios casos de úlcera gástrica y duodenal.

Mc. Carrison considera que en la producción de estas lesiones intestinales juegan papel importantísimo las glándulas endocrinas, tiroides y paratiroides, suprarrenales é hipó-

(1) Véase el número anterior.



sis, que ha visto alteradas constantemente por el empleo de alimentos defectuosos.

\*\*

No parece probable la existencia de una sola causa, ni siquiera su predominio, en la patogenia de la úlcera, que sin duda se produce y se mantiene por diversos mecanismos.

La anatomía patológica demuestra que hay transiciones insensibles entre las llamadas úlceras agudas y las crónicas. Es, por tanto, admisible que casi todas las causas que son capaces de originar las primeras pueden, cuando persisten, sostener las segundas.

Si queremos hacer un tratamiento adecuado a cada caso será preciso que tengamos en cuenta, no solamente las causas locales (de gran importancia casi siempre), sino la posible existencia de una enfermedad de otro órgano, o general, que sea la responsable de que la úlcera persista. Esto nos explica los fracasos frecuentes de los tratamientos médicos y quirúrgicos que solamente se dirigen contra la lesión gastroduodenal.

\*\*

No debo terminar este discurso sin renovar mis manifestaciones de gratitud y al mismo tiempo disculpar mi excesiva tardanza en la presentación de este trabajo. No quisiera viérais en ello falta de entusiasmo por el honroso cargo para el que me habéis elegido. Por el contrario, lo estimo como una de las más preciadas distinciones a que podía aspirar, y que al lograrla me produjo una de las más hondas alegrías.

«Al cumplir los cuarenta años se adquiere el triste convencimiento de que nadie puede ser feliz», ha dicho Peguy. Al aproximarse este momento de mi vida vuestra designación coincidió con otro, para mí importantísimo, acontecimiento, y una y otro despertaron en mí tales emociones, que, sin olvidar desdichas pasadas y con un cierto temor a las que nos pueda reservar el porvenir, me atrevo a modificar la frase diciendo: «A los cuarenta años se puede empezar a ser feliz.»

#### Bibliografía (\*)

- (1) Aschoff: «Ueber den Engpass des Magens», Jena, 1918.
- (2) Aschoff: «Pathologische Anatomie», 5 Aufl., 2 Bd., 1921.
- (3) Askanazy: «L'etiologie et la pathogenie de l'ulcère rond de l'estomac», *Revue médicale de la Suisse romande*, Agosto, 1920.
- (4) Bauer (J.): «Die Konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten», 2 Aufl., Berlin, 1921 (bibliografía).
- (5) Bauer (K. Heinrich): «Das Lokalisationsgesetz der Magengeschwüre und daraus sich ergebende neue Frage. &c.», *Mitteilungen Grenzgeb. Med. u. Chir.*, Bd. 32, H. 2., 1920, página 217.
- (6) Bergmann: «Ulcus-Problem», *Jahreskurs für Aerztliche Fortbildung*, Märzheft, 1921.
- (7) Bolton: «The part played by the acid of the gastric juice in the pathological processes of gastric ulcer», *Journal of Pathology and Bacteriology*, vol. XX, 1915.
- (8) Bruine Ploos van Amstel: «Die Aetiologie des Ulcus Duodeni», *Archiv. f. Verdauungs-K.*, Bd. XXII, H. 5, 1916.
- (9) Carlson: «The control of hunger in health and disease», Chicago, 1916.
- (10) Castex: «Sífilis hereditaria tardía», Buenos Aires, 1920.

(\*) No citamos más que algunos de los trabajos más recientes, remitiendo para el resto de la bibliografía a los índices de las publicaciones que señalamos especialmente.

(11) Oramer: «Magen-Krankheiten und Nerven», *Klinisch-therapeutische Wochenschrift*, 1921, núms. 34 y 5-6.

(12) Dahl: «Sur la pathologie de l'ulcère», *Archives des maladies de l'appareil digestif*, t. X, núm. 8, 1920.

(13) Durante: «The throphic element in the origin of gastric ulcer», *Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. XXII, pág. 399, 1916.

(14) Fleischer: «Wesen Diagnose und Therapie des Ulcus ventriculi», *Ergebnisse der gesamten Medizin*, 2 Band, 3 Heft, 1921, Berlin-Wien.

(15) Friedberg: «Die Pharmakologische Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems», *Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde*, 20 Bd., 1921.

(16) González Campo: «La úlcera gástrica», Madrid, 1921.

(17) Grote: «Ueber den Einfluss der Konstitution auf die Pathogenese der Magen- und Darmerkrankungen», Halle 1920.

(18) Gundelfinger: «Klinische und experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Nervensystems bei der Entstehung des runden Magengeschwürs», Inaugural-Dissertation, Würzburg. Fischer, Jena, 1917.

(19) Haeller: *Munch. médiz. Wochensch.*, 1921, núm. 14.

(20) Hart (Carl): «Erhebungen und Betrachtungen über das Geschwür des Zwölffingerdarms», *Mitt. Grenzgebieten Mediz. u. Chir.*, Bd. 31, pág. 291, 1918-1919.

(21) Hawk, Rehfuß y sus colaboradores: varios artículos en *American Journal of Physiology*, vol. XLIX.

(22) Los mismos en *Journal Amer. Med. Ass.*, 1921.

(23) Hernando: artículo «Enfermedades del estómago» en Marañón y Hernando, *Manual de Medicina interna*, t. I, Madrid, 1915.

(24) Hernando: «Diagnóstico diferencial de la apendicitis», Academia Médico-Quirúrgica, discurso inaugural, 1918-1919.

(25) Hernando: «Insuficiencia suprarrenal y úlcera gástrica», Academia Médico-Quirúrgica Española, 12 Mayo 1919.

(26) Hernando: «Algunas alteraciones gástricas de origen endocrino», discurso inaugural Congreso, Bilbao, 1919. (Bibliografía).

(27) Hernando: «Gastropatías de origen extragástrico», en Lecciones de Patología abdominal, Madrid, 1921.

(28) Hernando y Alday: «Resultados obtenidos en la dosificación de la pepsina en los enfermos del estómago», *Siglo Médico*, 1917.

(29) Harst: «Pathology, Diagnosis and Treatment of Gastric and duodenal Ulcer», *Brit. Med. Journal*, Abril 24, 1920.

(30) Katsch (G.) und von Friedrich (L.): «Ueber funktionelle Bedeutung der Magenstasse», *Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, 34 Bd., H. 3, 1921.

(31) Kelling: «Die Beziehung zwischen Cholelithiasis und Ulcus Duodeni», *Archiv. f. Verdauungskrankheiten*, Bd. VII H. 1 y 2, 1921.

(32) Kemp: «Diseases of the Stomach intestines and pancreas», 3.ª ed., 1917.

(33) Kuttner: «Das Ulcus duodeni». Verhandlungen der Zweiten Tagung über Verdauungs und Stoffwechselkrankheiten (Bad Homburg), Berlin, 1921.

(34) Laduig: «Die Pathogenese des Ulcus pepticum ventriculi et duodeni», *Ergebnisse der inneren Mediz. und Kinderh.*, 20 Bd., 1921. (Bibliografía).

(35) Le Noir Ch. Richet (fils) et A. Jacquelin: *Annales de Médecine*, t. IX, núm. 4, Soc. Méd. des Hôpitaux, 23 Janvier, 1921.

(36) Lichtenbelt: «Die Ursachen des chronischen Magengeschwürs», Jena, 1912.

(37) Loeper, Febray y Tounet: «Les modifications clini-



ques du nerf vague pendant la digestion», Soc. de Biol., 7 Mai, 1921.

(38) Lœper, Forestier y Tounet: «Diffusion dans le nerf pneumogastrique de poisons de l'estomac: Présence de la pepsine dans le tissu du pneumogastrique gauche», Soc. de Biol., Février, 1921.

(39) Melchior: «Klinische Studien zur Tetanie», *Mitt., Grenzgebieten Medizin. Chir.*, 34 Bd., H. 3, 1921.

(40) Mc. Carrison: «Studies in deficiency disease», London, 1921.

(41) Meyenburg: *Münchener med. Woch.*, 1921, núm. 21.

(42) Michaut: «Ulcus ventriculi und duodeni», en Mohr und Sæhelin, *Handbuch der inneren Medizin*, Bd. III, 1918. (Bibliografía).

(43) Moynihan: «Gastric Ulcer and its treatment», *Medical Record*, May 28, 1921.

(44) Nicolaysen (Kaud): «Irritation of the vagus and hemorrhagic erosions of the stomach», *Archives of internal medicine*, March 15, 1920.

(45) Nicolaysen (Knud): «Pathologisch-anatomische und experimentelle Studien über Pathogenese des chronischen Magengeschwürs», *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 167 Bd., 3 y 4 Herf. 1921.

(46) Reeves: «A study of the arteries supplying the stomach and duodenum and their relation to ulcer», Mayo-Papers, 1919-1920.

(47) Rehfuess: *Oxford Medicine*, vol. III, 1921.

(48) Rosell: «Orientaciones actuales y progresos en Patología digestiva de la nutrición y Endocrinología», *Archivos españoles de enfermedades del aparato digestivo*, 1921, número 7.

(49) Rosenow: «The causation of gastric and duodenal ulcer by streptococci», Mayo-Papers, vol. VIII, pág. 45, 1916.

(50) Rosenthal: «Ueber die Symptomatologie und Therapie der Magen- und Duodenalgeschwüre», Berlin, 1919.

(51) Rutimeyer: «Magenblutungen», en Krauss und Brugsch, *Spezielle Pathologie und Therapie innerer Krankheiten*, 5 Bd., 1916. (Bibliografía).

(52) Sánchez Mosquera y Coca: Sociedad Española de Biología, Madrid, 1912.

(53) Schmidt (R.): «Klinik der Magen und Darmkrankungen», Berlin u. Wien., 1919.

(54) Singer (G.): «Zur Pathogenese und Klinik des Duodenalgeschwürs», *Boas Archiv.*, Bd. XXVIII, H. 3-4, 1921.

(55) Sherren: «Lectures on the surgery of the stomach and duodenum», London, 1921.

(56) Siemens: «Konstitution und Vererbungs-pathologie», Berlin, 1921.

(57) Smities: «Significance of etiologic factors in the treatment of peptic ulcer», *Journal of the American Medical Association*, June 5, 1920.

(58) Smithies: «A treatment of gastric ulcer upon modern clinical, histopathological and physiological investigations», *The International Journal of gastro-enterology*, vol. I, núm. 1, 1921.

(59) Stoerk: «Zur Klinik des Lymphatismus», Berlin, Wien., 1913.

(60) Strauss (H.): «Magenkrankheiten durch Kriegseinwirkungen», Berlin, 1919.

(61) Strauss (H.): «Ueber hereditäres und familiäres Vorkommen von Ulcus ventriculi und duodeni», *Münchener Mediz. Wochenschr.*, 1921, núm. 9.

(62) Urrutia: «Enfermedades del estómago», Madrid, 1920.

(63) Volkmann (J.): «Ueber die Form des Magens, mit besonderer Berücksichtigung der Aschoffschen Lehre etc.»,

*Mitt. Grenzgebieten Mediz. u. Chir.*, 32 Bd., pág. 659, 1920.

(64) Westphal: «Ueber die Engen des Magens und ihre Beziehungen zur Banvertigung der Aschoffschen Lehre, etcétera», *Mitt. Grenzgebieten Mediz. u. Chir.*, 32 Bd., pág. 659, 1920.

(65) White: «Med. and Surg.», June-July, 1918.

(66) Zweig: «Die Abdominal Trias», *Arch. f. Verdauungskr.*, Bd. 27, H. 2, 1921.

## Bibliografía.

LES ULCÈRES DIGESTIFS (Las úlceras digestivas), por los profesores P. Carnot, profesor de la Facultad de Medicina de París y médico del Hospital Beaujon; P. Harvier, médico de los hospitales de París, y P. Mathieu, profesor agregado de la Facultad de París y cirujano de los hospitales.—Un volumen en octavo de 159 páginas, con 25 figuras, 8 francos, más el 10 por 100 por gastos de envío.

Este volumen forma parte de las «Consultations sur les maladies de l'estomac et de l'intestin». Curso de conferencias dado en el Hospital Beaujon, bajo la dirección del profesor Paul Carnot. Es un resumen de gran valor para el médico práctico, porque no pierde el tiempo en teorías mal definidas y en explicaciones patogénicas, que si bien son muy interesantes, resultan extraordinariamente complicadas y al fin hipotéticas. Las nociones que se encuentran en este libro son de una aplicación inmediata. Nadie duda de la importancia que tiene el conocimiento de las úlceras del aparato digestivo, pues engendran problemas que se están presentando á cada momento y que exigen de un modo imperioso una solución rápida y acertada. Casi en ningún otro caso puede ser más beneficiosa ó más perjudicial la actuación médico-quirúrgica, por lo que importa conocer muy bien los síntomas, localizaciones y modalidades clínicas de estas úlceras.

El profesor Harvier empieza haciendo una descripción de las formas clínicas de las úlceras aludidas; sigue un capítulo de Carnot dedicado á estudiar las complicaciones más corrientes, tales como hemorragias, perforaciones, abscesos, fístulas, estenosis, perigastritis, cancerización secundaria. Con su larga experiencia el profesor Carnot recomienda los procedimientos terapéuticos más oportunos para cada uno de estos casos. Entre otras cosas, merece especial mención la parte dedicada á la exposición de los regímenes alimenticios en las diferentes fases del proceso. Y para terminar, viene el capítulo del profesor Mathieu, tan conocido como cirujano de las vías digestivas, el cual estudia las intervenciones más corrientes, sus indicaciones y contraindicaciones, así como la técnica, la cual se encuentra aclarada con numerosos esquemas, en virtud de los cuales muchas de las operaciones descritas son accesibles á cualquier médico.

## Periódicos médicos.

### CIRUGIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Sobre un caso de estupor arterial traumático.—Los doctores A. G. Gallo y B. N. Calcagno, presentan en la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires el siguiente caso clínico:

N. L., de ocho años de edad, argentino, 27 de Mayo de 1922. Ingresa al servicio de Cirugía del Hospital Durand, á consecuencia de una caída sobre el codo izquierdo, con fractura supracondílea por extensión; desplazamiento hacia adelante del fragmento superior, antebrazo en flexión moderada; equimosis en la zona directamente traumatizada. El pliegue del codo está distendido, renitente y doloroso. Impotencia



funciona del miembro; movilidad activa de los dedos conservada. La mano está fría y cianótica. Ausencia del pulso radial, observada por el practicante de guardia, y que lo induce á sospechar una lesión arterial, por lo que solicita la presencia de uno de nosotros (Dr. Gallo). Envoltura algodonada del miembro, ninguna compresión.

*Examen practicado cuatro horas después del traumatismo por el Dr. Gallo.*—Comprobación y diagnóstico de la fractura.

Cianosis, especialmente en las porciones distales de los dedos y en la región dorsal de los dedos.

Enfriamiento general, acentuado en la zona de mayor cianosis; pero menor, según manifestación del practicante de guardia, que el enfriamiento comprobado al ingresar el paciente, ausencia del pulso radial y cubital, ausencia del pulso axilar, á la que no se dió importancia en el momento, sin insistirse mayormente en su comprobación.

*Operación.*—A las veintidós y media á veintitrés horas. Operadores: Dres. Gallo y Calcagno. Anestesia clorofórmica. Incisión desde un poco por debajo sobre la línea mediana anterior del pliegue del codo dirigida hacia arriba y adentro, siguiendo la dirección de la humeral.

Hay desgarradura del plano aponeurótico superficial de la mediana basilica y de los profundos con trituración parcial del bíceps y del braquial anterior, que una vez evacuado el hematoma, permite ver el hueso fracturado. Las venas humerales están totalmente seccionadas y se ligan así como la basilica.

La arteria está reducida de volumen, que hubiera podido hacer titubear para reconocerla; su tamaño no es mayor que el de una interósea y está totalmente inmóvil, sin que se pueda observar latidos ni á la inspección ni á la palpación; pensando que la lesión vascular pudiera encontrarse más arriba prolongamos la incisión hasta la unión del tercio superior con el tercio medio del brazo. Vaina vascular infiltrada por sangre. El calibre de la arteria es siempre igual; pero en la parte más alta nos parece, por la inspección, percibir ondulaciones arteriales tan débiles que algunos de los presentes discutían su existencia. En cambio, la palpación demuestra que hay latidos.

Para asegurarnos de la permeabilidad del vaso, pensando en una posible ruptura de la túnica interna, lo punzamos en la parte superior del segmento descubierto, con una aguja fina, é inyectamos suero fisiológico tibio; refluye sangre roja, en cierta tensión, en la jeringa apenas punzado el vaso y el suero pasa sin distenderlo en ningún punto y sin encontrar obstáculo que obligue á modificar la débil presión con que se lo inyecta. Retirada la aguja sale sangre por el orificio de punción, pero una compresión con gasa basta para suprimir la hemorragia.

Con el diagnóstico de estupor arterial, suturamos los planos y cerramos la piel sin drenaje, colocando el miembro en flexión moderada, aldonando bien la curación y practicando un vendaje muy flojo, para no aumentar las dificultades circulatorias.

Cuando volvemos á ver á nuestro enfermo, en la mañana siguiente, el aspecto de la mano era normal en cuanto á coloración; había desaparecido el enfriamiento y, de acuerdo con nuestras esperanzas, el pulso era bien perceptible en la radial, aun cuando menos amplio y menos tenso que en el lado sano.

A las cuarenta y ocho horas de su intervención, la exploración con el esfigmomanómetro de Riva-Rocci no revela diferencias entre el miembro enfermo y el sano.

La herida cicatriza por primera. El antebrazo es colocado al cuarto día en flexión forzada bajo anestesia.

La alteración vascular, designada incorrectamente con los nombres de estupor arterial ó inhibición segmentaria de las arterias, y para la que se han propuesto las denominaciones más exactas de *espasmo arterial* ó de *contracción segmentaria activa*, fué señalada por Viannay, y puede presentarse, según Veau, en grados variables, á saber: 1.º, forma ínfima, caracterizada por vasoconstricción solamente apreciable con el esfigmomanómetro; 2.º, estupor confirmado, que produce detención circulatoria momentánea y completa en una gruesa arteria, y 3.º, forma grave, que termina en la gangrena de origen vascular, sin lesión arterial.

En su forma atenuada es banal y frecuente, si hemos de atenarnos á las experiencias de Leriche y á las comprobaciones de algunos cirujanos. Leriche sostiene que excitando experimentalmente la vaina perivascular y, por consiguiente, los filetes simpáticos, se produce una contracción arterial segmentaria, variable según los individuos, y que no se extiende á los segmentos vasculares supra y subyacentes; esta contracción pasa espontáneamente de tres á quince horas después y es seguida por vasodilatación, traducida por un aumento de la temperatura y de la amplitud de las oscilaciones; admite también que la contracción puede ser permanente si la arteria interesada fuese enferma.

Delbet, practicando la separación de la arteria y vena femorales, para su operación en los varicosos, comprueba que á menudo la arteria se contrae y cesa de latir.

Tuffier observó el mismo fenómeno durante una arteriotomía de la radial para transfusión sanguínea.

Pero si esta forma ínfima es frecuente y pasa seguramente desapercibida, muchas veces el *estupor confirmado*, segundo grado en la clasificación de Veau, es una *lesión rara*. Tenemos oportunidad de observar con frecuencia grandes traumatismos de los miembros y, sin embargo, los casos de espasmo arterial, recogidos en la literatura médica, son escasísimos; nosotros lo observamos por primera vez; esto nos hace suponer que, aparte de la excitación del simpático periarterial, se requieren otros factores para su producción; tal vez en primer término un tonismo ó irritabilidad anormales del sistema simpático. El examen clínico ulterior de nuestro enfermo podrá ilustrarnos sobre el grado de verdad que encierra tal hipótesis.

*El estupor confirmado se ha observado en grandes arterias y á consecuencia de traumatismos violentos*; en general, por heridas de bala ú obús, con ó sin desgarradura de las masas musculares, con ó sin infiltración sanguínea de la vaina perivascular. En cuatro casos de Lenormant la compresión por garrot podría haber jugado algún rol. Sólo un caso de Veau, termina lo por gangrena, cuyo origen es muy discutible, fué debido, como el nuestro, á fractura cerrada con desplazamiento óseo acentuado.

*El estupor se traduce por isquemia del miembro; enfriamiento, impotencia funcional y ausencia de latidos por debajo de la zona arterial espasmódica.*

Estos trastornos se han prolongado, en algunos casos hasta trece horas después del traumatismo, y en realidad las alteraciones son más durables todavía. Maury y Daban siguieron las oscilaciones con el Pachon y comprobaron que sólo á las diez y ocho horas eran iguales en el miembro sano y en el enfermo. En un caso de Lacoste y Ferrier se observó la vuelta á la normalidad recién á las veinticuatro horas. Viannay comprueba en su última observación que la tensión máxima está disminuída y la mínima aumentada, es decir, que hay menor separación entre ambas por el espasmo vascular;



durando hasta el cuarto día el aumento de la mínima en el lado enfermo.

Al espasmo siguen fenómenos de parálisis, traducidos en la observación de Maury y Daban, por aumento local de temperatura y de la tensión máxima, que se prolongaron por espacio de doce días, lo que demuestra la extraordinaria duración que pueden tener estas alteraciones vasomotoras. Recordamos las comprobaciones concordantes con estos datos, obtenidos por Leriche en las experiencias ya citadas.

*El pronóstico es benigno; los fenómenos ceden espontáneamente y hay que evitar errores de diagnóstico e intervenciones innecesarias sobre las arterias, que ya se han efectuado y cuyos resultados pueden ser desastrosos. Los comentaristas rechazan casi unánimemente la posibilidad de gangrena por espasmo vascular prolongado, tercer grado en la clasificación de Veau. Hemos dicho ya que el caso de Veau era discutible.*

¿Es posible el diagnóstico? Según Veau, la ausencia de pulso, aun al Pachon, no demuestra que el vaso esté obliterado ó perdido funcionalmente, las pruebas vasomotrices, térmicas y sudorales podrían servir para el diagnóstico diferencial entre estupor y trombosis.

En nuestro caso la ausencia de latidos muy por encima del punto traumatizado pudo haber orientado en el diagnóstico. Lo interesante de nuestra observación es que la contracción no era segmentaria y limitada á la zona del traumatismo, sino que se extendía muy por encima de la misma, posiblemente hasta la parte más alta de la axilar. En los casos descritos y comprobados operatoriamente, así como en las experiencias de Leriche, la contracción se limitaba al segmento traumatizado; es posible que la explicación se encuentre en una irritabilidad mayor ó menor del simpático. También podrían habernos sido útiles para el diagnóstico las ligeras modificaciones de la temperatura observadas por el practicante en el miembro enfermo.

*En la duda, y es difícil la afirmación, debe intervenir. Compartimos la opinión de Abadie cuando sostiene que se debe operar sin detenerse para discutir sobre la posibilidad de trombosis ó estupor. Se comprobará así la integridad vascular. Contrariamente á la opinión de Duval, no creemos que conjuntamente con el estupor pueda existir contusión de la arteria ó ruptura interna; pues para que aquél se produzca es indispensable que la pared sea capaz de contraerse. En la duda, la inyección endarterial de suero fisiológico que creemos haber practicado por primera vez, y que es inofensiva, podrá aclarar el diagnóstico.*

La irrigación del vaso con suero tibio acelera la vuelta á la normalidad. Tal vez pudieran ser útiles las medicaciones modificadoras del simpático. Pero lo esencial es pensar en la posibilidad de un espasmo arterial y saber detenerse á tiempo, sin causar daño al paciente. (*La Semana Medica*, Buenos Aires, 8 de Agosto de 1922.)

## ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. La radioanafilaxia, por el Dr. Foveau de Courmelles.—Parece ser que del mismo modo que se conoce una anafilaxia medicamentosa, una anafilaxia alimenticia y una anafilaxia inhalatoria, existe también una anafilaxia producida por las radiaciones, ó radioanafilaxia, en la cual las distintas formas de irradiación se comportan de un modo análogo, provocando accidentes semejantes ó intercambiables.

El profesor Lannelongue observó en 1896 que los rayos X producían á veces efectos comparables á los de la acción del sol. A. Soret señaló después la posibilidad de quemaduras inmediatas, dermatitis, depilaciones y, en fin, toda una radiopatía, debida á las nuevas radiaciones.

Como tales fenómenos sólo eran observados de un modo excepcional, y como por otra parte los aparatos eran entonces de escasa potencia y empleados casi de la misma manera en sesiones prolongadas, se admitió la creencia de que algunos individuos poseían una sensibilidad exagerada para los rayos X, una idiosincrasia particular, llamada más tarde radiosensibilidad.

Al practicar la radioterapia de los fibromas, desde los años 1903-4, el autor venía observando que la mayoría de los pacientes soportaban en general bastante bien las primeras sesiones de irradiación, presentándose de ordinario las reacciones violentas, tanto locales como generales, aunque siempre raras, en las sesiones sucesivas; es decir, al reemprender las irradiaciones de nuevo, después de haberlas tenido suspendidas más ó menos tiempo.

Como explicación llegó á invocarse la acumulación de las radiaciones; pero para el autor resulta poco probable que durante el espacio comprendido entre sesión y sesión, á veces considerable, no haya podido y aun debido operarse una especie de evaporación.

Tampoco le satisface la hipótesis más reciente de que tales fenómenos sean debidos al exceso de ozono producido por los aparatos radiferos, pues ello nos explicaría las molestias respiratorias, pero no todas las demás. Aparte de que el mal de las radiaciones no es ahora, si se quiere, mucho más frecuente que antes, á pesar de las grandes intensidades de los aparatos modernos.

Queda dicho que el autor se inclina á creer que tales fenómenos son de orden anafiláctico, cosa que han venido á corroborar observaciones posteriores y recientes de otros autores, por las que se demuestra de un modo, al parecer indudable, que tanto las irradiaciones solares como las de los rayos X, como las del radium, son capaces de sensibilizarlos, en tal forma, que, según Pech, «toda irradiación de un ser vivo le sensibiliza especialmente para todas las demás irradiaciones de cualquier otra clase que le puedan impresionar ulteriormente».

En suma, las radiaciones y sus fenómenos de anafilaxia pueden acompañarse de shocks, leves ó gravísimos, de lo cual cita casos el autor, siendo varios los observadores que han registrado, en los diversos accidentes provocados por las irradiaciones, leucopenia, descenso de la presión arterial, variación del índice refractométrico de la sangre, y en fin, los variados fenómenos de la profunda alteración de dicho líquido, conocida con el nombre de crisis hemoclásica.

La radioterapia, termina el autor, es ya antigua, pero la radioanafilaxia está todavía en sus comienzos y progresará. Su importancia curativa no es despreciable, pues merced á ella se llegará probablemente á sensibilizar á los radiólogos atacados, por otras irradiaciones, lo que será más eficaz ó más práctico que nuestros medios actuales dispendiosos ó llenos de dificultades.

Pero aún hay más; es sobrado conocida la acción de la luz sobre ciertas sustancias, como la quinina y la eosina entre otras, á las cuales hace fluorescentes, incluso dentro del organismo, por medio de los rayos X. Se sabe también que la luz del sol se detiene en la piel y la pigmenta. Pues bien, Prime ha visto epiléticos inyectados de eosina, con la epidermis ulcerada en las regiones descubiertas solamente. ¿Se tratará aquí de eutirreacciones naturales, utilizables también para desensibilizar?



Sea de ello lo que quiera, lo cierto es que la llamada radio-anafilaxia ha despertado una gran curiosidad, planteando interesantes problemas cuya solución y cuyas consecuencias no son todavía previsibles. (Comunicaciones del 11 de Abril y del 13 de Junio á la Société de Pathologie comparée. *Le Courrier Medical*, núm. 29, 6 de Agosto de 1922.)—T. R. Y.

## SIFILIOGRAFIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento del chancro blando por las aplicaciones locales de 914, por M. H. Marchand.**—En el tratamiento de esta enfermedad han venido siendo preconizados con resultados diversos, los cáusticos y los antisépticos más variados (cloruro de cinc, nitrato de plata, iodoformo, soluciones fenicadas, etc.) con los que de ordinario se logra la curación en quince días á un mes de cuidados pacientes y dolorosos, no pudiéndose evitar, á pesar de ellos, en algunas ocasiones, la presentación de adenopatías seguidas de supuración. Para obviar en lo posible tales inconvenientes, es por lo que el autor ha ensayado las aplicaciones locales de 914 practicadas en la siguiente forma:

Se rompe una ampolla de 15 centigramos de novarsenobenzol, y se vierte el contenido en 5 c. c. de agua hervida ó destilada, con lo que se obtiene una solución al 3 por 100. Se imbebe en ella una torundita de algodón en rama y se la pasea por toda la superficie del chancro, deteniéndose especialmente sobre los bordes y escudriñando todas las anfractuosidades, durante cinco á diez minutos, al cabo de los cuales se da por terminada la cura dejando colocada sobre la ulceración una delgada capa de algodón hidrófilo empapada también en dicho líquido. Pasadas unas horas el enfermo separa el algodón y lava el chancro con agua hervida recubriéndole después con salol ó aristol para aislarle y evitar posibles inoculaciones. Al día siguiente se hacen simples lavados con agua oxigenada diluida, seguidos de espolvoreamiento, y á la mañana que sigue se vuelve otra vez á la cura arsenical, continuando así sucesivamente hasta la curación completa, procurando ir distanciando poco á poco las aplicaciones de 914, según la marcha del proceso.

Con este tratamiento el autor ha visto siempre sobrevenir la curación entre el día tercero y decimoquinto, según la extensión y la antigüedad de las lesiones. Por término medio bastan seis á siete días para la esterilización y la cicatrización de un chancro que alcance las dimensiones de una moneda de dos francos.

Marchand viene empleando este tratamiento desde hace diez y ocho meses sin que en general haya observado reacción dolorosa marcada á nivel de la lesión chancrosa, la cual se muestra de ordinario sumamente tolerante para el novarsenobenzol. Dos veces solamente ha tenido necesidad de hacer aplicaciones previas de una solución de cocaína al 1 por 30, en sujetos con reacción inflamatoria muy viva, con lo cual fué después soportado sin el menor sufrimiento el 914.

Por añadidura ninguno de los enfermos tratados tempranamente han presentado bubón inguinal, lo que parece demostrar que la esterilización de la puerta de entrada es lo suficientemente rápida para prevenir la aparición de adenitis. (*Lyon Medical*, 10 de Junio de 1922).—T. R. Y.

## UROLOGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Comentarios clínicos de algunos casos de tuberculosis renal.**—El Dr. Adrian J. Bengolia ha presentado á la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires un interesante tra-

bajo, basado en trece historias clínicas de tuberculosis renal, de las cuales deduce las siguientes conclusiones:

1.ª Que debemos pronunciarnos en favor de difundir nuestros conocimientos de tuberculosis renal, dando la mayor importancia á los síntomas urinarios, que presentan tantos enfermos que concurren á los consultorios de hospital, á los efectos de abolir la terapéutica sintomática, que es á lo primero que se acude, con los perjuicios consiguientes, y que estos enfermos sean remitidos al especialista en cuyo estado de ánimo permanece siempre á la orden del día el cuadro clínico de la tuberculosis renal. De esta manera veremos beneficiar á los portadores de la afección, del tratamiento oportuno y eficaz que deba emplearse.

2.ª Que en ausencia de los síntomas vesicales, prestemos atención á aquellas pequeñas, pero constantes albuminurias, de 0,30 á 0,70 por 1,000, que muy á menudo, lejos de corresponder á una nefritis médica, encuadran más bien dentro de los pequeños síntomas de la tuberculosis renal.

3.ª Que en la actualidad y de acuerdo con la manera de pensar de las más autorizadas opiniones, colocándonos en el terreno progresista, debemos acompañarlos en las conclusiones del tratamiento y decir: «Por hoy el tratamiento de la tuberculosis renal, en la mayoría de los casos, es la nefrectomía».

4.ª Que no debe ser cosa nueva, ni extraña para nadie la necesidad de la nefrectomía en ciertos casos de tuberculosis bilateral.

5.ª Que una vez hecho el diagnóstico del lado del enfermo, sirviéndose de cualesquiera de los procedimientos usuales, la constante de Ambard es, por hoy, el procedimiento más autorizado para garantizar en casi la mayoría de los casos el pronóstico operatorio, á condición que ella sea hecha de acuerdo con la clásica técnica de Ambard, conceptuando, por lo que á mí respecta, de mala técnica aplicar la constante á las orinas del cateterismo uretral, y

6.ª La poliuria acuosa y ureica, así como la fenolsulfotaleína, son también procedimientos muy dignos, pero que los primeros suministran con cierta frecuencia datos engañosos, y el ejemplo lo tenemos en los casos en que los enfermos son sometidos á dos ó tres cateterismos ureterales, á pocos días de intervalo, encontrando entre unos y otros diferencias muy notables. En cambio, la fenolsulfotaleína me parece un método un poco generoso, y en el que se observan casos de un buen tanto por ciento de eliminación, en riñones cuyas alteraciones groseras los hacen incapaces para defenderse. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 27 de Julio de 1922.)

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un medio de impedir los estornudos, por el doctor Champeaux.**—El estornudo resulta con frecuencia un fenómeno muy molesto, y aun lleno de peligros (que enumera el autor), no sólo para los pacientes, sino también para las personas que los rodean, pues por tal medio se proyecta en la atmósfera una pulverización líquida, cargada de microbios, que puede absorber el vecino.

Dice el autor que la fórmula consagrada por la cortesía usual de «Dios le ayude», debiera ser sustituida por la de «Dios le lleve lo más lejos posible»; añadiendo que un medio eficaz para impedir el estornudo será recibido con reconocimiento por las personas acatarradas, las cuales no podrán decir ya más que el mejor remedio que han encontrado los médicos contra el catarro de cabeza ha sido el de llamarle coriza.

A continuación se extiende en minuciosas considera-



ciones de neumofisiología, analizando lo que es el estornudo y las distintas partes de que consta.

Parece ser que para que el estornudo se produzca es preciso que los pulmones contengan una cierta cantidad de aire residual, sobre la cual puedan apoyarse los músculos espiradores durante su acción. Si por un medio cualquiera conseguimos expulsar ese aire, los músculos espiradores no podrán tomar apoyo en la masa gaseosa y el estornudo no se producirá.

De esta noción ha deducido el autor su remedio contra el estornudo, que consiste sencillamente en soplar.

«Tan pronto—dice—como sintáis el aura precursora del estornudo (cosquilleo en las fosas nasales, frío en los dedos, etcétera), inflad vuestros carrillos, cerrad bien la boca, sin dejar más que un pequeño orificio, y soplad vigorosamente, con lo que el estornudo no se producirá; si el aura persiste, haced una inspiración rápida y soplad todavía más: cuanto más sopléis, más rápidamente desaparecerá el deseo de estornudar. Quizá al principio esto resulte ridículo; pero bien pronto seréis imitados por todo el mundo que estornude, y la práctica de soplar será bien vista en sociedad.

Yo creo—termina el autor—que en la coqueluche de los jovencitos debiera ser ensayado el soplo, especialmente en el segundo período, con lo que es muy probable que disminuyese el número de quintas.» (*Le Concours Médical*, número 36, 3 de Septiembre de 1922.)—T. R. Y.

**2. La mantequilla arsenical: forma práctica de administrar el arsénico á los niños y tratamiento eficaz de la corea.**—El licor de Boudin, administrado según la técnica de Comby, sigue siendo una de las mejores armas del arsenal anticoreico, pero está lejos de ser siempre bien tolerado. Durante su empleo el niño debe estar sometido á régimen lácteo, cosa que frecuentemente no acepta más que á la fuerza, y aún así no se halla al abrigo de náuseas, vómitos y cólicos que obligan algunas veces á interrumpir y aun abandonar el tratamiento.

Para obviar estos inconvenientes E. Weill, de Lyon, ha propuesto administrar el medicamento bajo la forma de manteca arsenical que se prepara mezclando ácido arsenioso con sal é incorporando después la mezcla á manteca de vacas. Esta mantequilla extendida sobre pan, en rebanadas, es aceptada por los niños en general, según el autor, como lo mejor del mundo.

El Dr. Vaugiraud ha dado cuenta recientemente á una Sociedad científica de Lille de tres casos de corea tratados por este método, con tan excelentes resultados, que le han convertido en un propagandista convencido del mismo.

En todos los casos, los movimientos coreicos fueron disminuyendo de un modo regular y progresivo, observándose una mejoría notable al cabo de diez días y supresión completa de los movimientos hacia el día 25.

Parece ser que el arsénico incorporado á un cuerpo graso, es mejor tolerado, porque, sin duda, es absorbido más lentamente en el intestino al mismo compás que se va haciendo la digestión de las grasas (*Le Courrier Médical*, número 27, 16 y 23 de Julio de 1922).—T. R. Y.

## OBSTETRICIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. La altura del ombligo y sus variaciones, en relación con el embarazo, por MM. Guérin Valmañe y Lorient.**—Médicos, cirujanos y tocólogos acostumbra á tomar frecuentemente el ombligo como punto de referencia. Para justipreciar el valor de este dato, los autores han medido la distancia umbilicosinfisiana en 100 mujeres no grávidas,

encontrando cifras que varían entre 10 y 20 centímetros, y siendo la distancia más común la de 14 centímetros.

En una segunda serie de investigaciones los autores han medido la altura del ombligo en 917 mujeres embarazadas, resultando que, para una misma época de su embarazo, las cifras varían enormemente: de 12 á 19, de 11 á 23, de 16 á 28. Hasta el tercer mes el ombligo permanece en el mismo punto que antes del embarazo, en las tres cuartas partes de los casos; á partir del cuarto mes se va elevando siguiendo una curva ascendente bastante regular.

En una tercera serie de observaciones los autores han anotado la altura del ombligo en 326 embarazadas á término, al principio del trabajo. De ellas, 64, dieron la cifra de 19 centímetros, otras 64 la de 20, el resto, cifras variables entre 14 y 30 centímetros. De estas 1.343 mensuraciones los autores concluyen que el ombligo ocupa un lugar esencialmente variable por lo que constituye un punto de referencia mediocre y que, en particular, en el curso del embarazo, expone á errores frecuentes y, á veces, importantes. (Reunión obst. et gyn. de Montpellier.)—T. R. Y.

**2. Tratamiento eficaz y sencillo de las hemorragias del alumbramiento, por el Dr. P. Nathieu.**—Este procedimiento no es nuevo, pero el autor no le ha visto descrito en ninguna obra por lo que, publicándole, cree prestar un buen servicio á los médicos que no le conozcan, ya que, según dice, á él le ha proporcionado en múltiples ocasiones, y de un modo constante, resultados maravillosos.

Consiste sencillamente en colocar á la mujer, cabeza abajo, sobre un plano inclinado á 60 grados. En la práctica corriente basta deslizar entre el colchón y el somier una silla cualquiera, invertida, con el respaldo caído del lado de la cabeza.

La hemorragia se detiene *instantáneamente*. Cuando es producida por simple inercia uterina se puede comprobar inmediatamente, por palpación del abdomen, la reaparición de la tonicidad. Al cabo de veinte á treinta minutos de posición inclinada la paciente podrá ser ya restituida á la postura normal, habiendo perdido una mínima cantidad de sangre y sin necesidad de haberla sometido á ninguna intervención intrauterina.

Si hay retención placentaria total ó parcial, este tratamiento de espera, que aleja todo peligro de un modo inmediato, permitirá al médico hacer tranquila y sosegadamente los preparativos necesarios para practicar el alumbramiento artificial en las mejores condiciones.

En cuanto al mecanismo de acción parece ser que la posición inclinada, elevando la pelvis, disminuye la presión arterial. Por otra parte, y sobre todo, la columna de sangre que se acumula en el útero y en la vagina ejerce, sobre las venas uterinas abiertas, una contrapresión superior á la presión de la sangre en las venas del útero. Por último, es muy posible que el estiramiento de los ligamentos anchos facilite la circulación de retorno.

Cualquiera que sea la interpretación fisiológica de su modo de acción, la posición inclinada es el medio de espera mejor y más fácil y, muy frecuentemente, el recurso terapéutico más sencillo para detener las hemorragias del alumbramiento de un modo definitivo, por lo que debe reemplazar á los procedimientos violentos y á veces peligrosos que han sido propuestos, como la compresión de la aorta, ligadura elástica del tronco, compresión uterina y taponamiento intrauterino. (*Le Concours Médical*, núm. 33, 13 de Agosto de 1922).—T. R. Y.



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

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

#### Boletín de la semana.

Todo está igual...

Con efecto: «todo está igual; parece que fué ayer», podríamos decir reproduciendo la frase del protagonista de una conocida zarzuela.

Una semana va transcurrida desde la última visita á nuestros lectores, y si en ella les contamos que progresaba lentamente y á través de inverosímiles obstáculos la discusión de la ley de Profilaxia contra las enfermedades evitables, y si también les señalábamos la frialdad del acogimiento que había merecido por parte de los políticos y aun indicábamos personal responsabilidad en la gestión del presidente del Senado, hoy no tenemos por qué modificar lo entonces dicho: tres días de la semana parlamentaria anterior y dos de la actual, van transcurridos sin que la Alta Cámara se haya ocupado en el asunto que pareció adoptar con entusiasta convencimiento, y, sin embargo, sus sesiones han durado dos horas el día que más y alguno solamente media hora: el señor ministro de la Gobernación, autor putativo y patrocinador de un proyecto salido de su Departamento, no parece por el banco negro, por llamarle á la Cámara popular los calurosos debates que en ella se sostienen y porque, según él dice, el proyecto de Profilaxia es cosa llana y se aprobará con toda facilidad; pero entretanto, los días pasan, el horizonte político se muestra anubarrado y amenazador, la opinión se distrae hacia asuntos, si no más interesantes, más ruidosos y dados al escándalo y no han de ser los políticos más *papistas* que el *Papa*, dado el que los médicos mismos en quien debiera despertar calor la defensa de la salud pública, no se muestran tan solícitos como debieran ni aun en el hecho de la asistencia, argumentando como el Ministro que la cosa es corriente y que no habrá nadie que se oponga á lo que en la ley hay de fundamental y provechoso, pues en cuanto á los detalles, fácil será llegar á convenientes acuerdos y á hacer callar lo que pueda haber de egoísta é interesado en ciertos inconcebibles procedimientos.

Lo cierto es que el proyecto no marcha, y lo más triste está en que la detención no se debe á una franca, noble é ilustrada discusión, sino solamente á una inercia y dejación estólida por parte de todos.

De este fenómeno, no deja de ser también trágico lo que nos dicen ocurrido en la *Conferencia*

del Seguro recién celebrada en Barcelona. Allí, en medio de una representación numerosa y brillante de todos los elementos técnicos representativos de las entidades económicas, mercantiles, mutualistas y médicas, han resultado estas últimas casi anuladas por el concierto de los intereses que le son extraños, llegando en algún caso á esgrimirse contra ellas el argumento de que trataban de defender demasiado sus intereses.

¡Como si los demás no nos tuvieran avezados á la constante exhibición que en favor de los suyos hacen, y como si, en último caso, los intereses fundamentales de los médicos, aparte de estos detalles de organización respetables y respetados en las demás profesiones, no fuesen los intereses de todos, dado que son los de la vida nacional, al ser los de la salud pública!

Y vaya como muestra un botón, que no será el único que cuando organicemos los apuntes y notas que en gran número se nos han remitido, demos á nuestros lectores.

Discutíase la ponencia que por encargo del Instituto Nacional de Previsión habían redactado los Sres. Martín Salazar, Cortezo y Gascón y Marín acerca de la forma en que podrían, dado caso de la aceptación del sistema de Seguros, aprovecharse para la futura adaptación la consignación de los Municipios, incorporándola á los Seguros. Presentóse la ponencia en la forma de un dictamen escrito por Martín Salazar y por Cortezo, y según el cual se había de garantizar la permanencia é inamovilidad de los actuales titulares dentro del proyectado Seguro, y disenta de esto el Sr. Gascón y Marín, prefiriendo que se respetara la voluntad de los Ayuntamientos y su incorporación gradual en la constitución del sistema. Pues bien, todos los elementos extra-médicos y alguna parte de los médicos ó que se apellidan tales, votó contra la garantía del porvenir de los titulares, dándose el caso de que el autor del voto particular dijera públicamente en su discurso que opinaba como los autores del dictamen, pero que encontraba éste demasiado orientado en la preocupación de defender á los médicos rurales. ¡Nefando delito!; por él felicitamos á los Sres. Salazar y Cortezo, aunque á decir verdad, sin que tan honrosa preocupación les dominara, nos parece que era bien defendible, es más, indiscutible lo que ellos proponían en su ponencia, puesto que para la implantación de un Seguro, lo que los ase-



guradores han exigido, exigen y exigirán siempre, es que el número de los asegurados se les ofrezca en la mayor proporción posible, sin lo cual no hay seguro realizable, y si á los Ayuntamientos se les deja que ingresen voluntariamente en el sistema ó que continúen en el para ellos cómodo de la opresión caciquil, de la caprichosa indecisión en el pago y de la arbitrariedad en el nombramiento, serán muy pocos los Ayuntamientos que ingresen en el Seguro, y por lo tanto, el sistema que se representa sería aún más problemático en su aplicación, de lo que ya le encontramos en la realidad.

Por fortuna estas *Conferencias* á las que innegablemente acuden elementos bien informados y conocedores del asunto, pero también muchos otros que suponen que dominan las cuestiones por haber leído los epígrafes y por lo que les dicen en los pasillos los que brillan por su mutismo en los debates; estas Conferencias, decimos, no tienen carácter alguno legislativo y menos ejecutivo, limitándose, y no es poco, á una labor provechosa de información en que la Prensa, verdaderamente digna de ser estimada, debe secundarles sin desmayos ni vacilaciones, lo mismo para sus aspiraciones afirmativas que para sus convencimientos negativos.

Por hoy, mientras la opinión se forma, el Parlamento y los Gobiernos se deciden y el sistema se plantea, es decir, hasta las *Kalendas* griegas, nosotros continuamos defendiendo y pidiendo lo que hemos defendido y pedido siempre y lo que cada uno de nuestros números consigna en nuestro PROGRAMA PROFESIONAL; esto es, 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. UNIÓN Y SOLIDARIDAD DE LOS MÉDICOS. SEGUROS, PREVISIÓN Y SOCORROS.

Tal es lo que por el momento importa: si después de ello se nos demuestra que el Seguro es cosa aplicable en España, como parece que lo ha sido en otros países mejor preparados, bien venido será el Seguro; pero entretanto, continuemos trabajando en el sentido mismo en que ya hemos obtenido innegables ventajas, pese á los que fingen ignorarlas y no nos han ayudado en ellas, sino en lo que ayudan á la marcha de un carro las moscas que se posan en su lanza.

DECIO CARLAN

## PASEOS DE UN SOLITARIO

por

CARLOS MARÍA CORTEZO

HOSPITAL DE LA PRINCESA

I

Por ahora hace algunos años (nada menos que cuarenta y nueve), que hacía yo mis oposiciones para ingresar como médico de número en el Hospital de la Princesa. La vista á través de los árboles del bello Hospital del Niño Jesús, ha traído á mi memoria este recuerdo, en mi paseo matinal del Retiro.

Mis primeras oposiciones tuvieron por objetivo las plazas de médico de la Real Familia, que con motivo del cambio de dinastía quedaron vacantes y fueron anunciadas en el año 71, celebrándose los ejercicios á principios del 72. Concurrieron á ellas los médicos jóvenes de mayor reputación en Madrid, por aquél entonces, consagrados ya por estar en posesión de plazas en los Hospitales, en la Facultad de Medicina, en el Cuerpo de Baños y en otros escalafones. Acudía por aquella época á presenciar los ejercicios de todo este género de certámenes un público muy numeroso, que tomaba parte más ó menos apasionada en el curso de la lucha, y que estimaba que con su asistencia adquiría algunos conocimientos ó refrescaba los antes adquiridos. Esta concurrencia hizo necesario que las oposiciones para médicos de la Real Familia se celebraran en el Anfiteatro grande, entonces todavía no adornado á la guisa que hoy se encuentra. En el Tribunal, compuesto de siete jueces, figuraban los médicos de Cámara, Díaz Benito y Carretero, el decano de los de familia doctor Camisón, el popular catedrático Martínez Molina y no recuerdo qué personas más.

Mi suerte en los ejercicios fué esta vez mayor que nunca, habiendo sido siempre grande; pues, siendo completamente desconocido, imberbe é insignificante, tuve desde el primer acto á mi lado casi toda la parte bulliciosa y joven del público, que con las habituales exageraciones de estos casos celebraba mi triunfo como seguro y exaltaba mis merecimientos por encima de los de todos los demás.

Digo sin falsa modestia que tuve gran suerte, y lo explicaré diciendo que mi principal mérito consistió en que yo había, por entonces, leído, ó mejor dicho, estaba leyendo las obras de Vulpian, Charcot, Jaccoud y Niemeyer, y veía á diario enfermos del sistema nervioso en las clínicas de Martín de Pedro. Pues bien; en la designación del caso me cupo en suerte un enfermo que diagnosticué de *esclerosis en placas de los cordones medulares posteriores*, y aproveché la coyuntura para derramar todo lo que tenía en el cuerpo almacenado, sobre sistema nervioso, su fisiología, la sintomatología de las enfermedades medulares; en una palabra, todo cuanto entonces producía extremada novedad en un público educado en la férrea disciplina intelectual de las doctrinas de Santero, Sánchez Merino, Seco Baldor y en la ausencia absoluta de enseñanza de la Fisiolo-



gía y de la Histología, que entonces caracterizaba á la Facultad de Medicina de Madrid.

Como yo tenía hasta cierto punto ejercitada la palabra en las sociedades literarias y científicas de jóvenes, que á la sazón eran numerosas, no me faltó facilidad, ni desparpajo, para llenar mi cometido, y repito que el éxito fué exagerado, y sobre todo, por lo inesperado, ruidoso.

A pesar de los pesares, yo no obtuve plaza; me dieron el segundo lugar de la primera terna, alegando que yo no había firmado más solicitud que la de la primera plaza, habiendo descuidado hacerlo en las otras dos, que después se agregaron, por creer yo que era innecesaria semejante insistencia.

El caso es que decían que, como la primera plaza representaba el decanato del Cuerpo de la Real Familia y yo era un chicuelo y no tenía derecho más que á esa plaza, era lo más prudente dejarme sin ninguna. No me produjo gran dolor aquel primer fracaso, que tanto debió enseñarme y del que tan poco aprendí para lo futuro. ¿Qué más dá? Después de todo creo que, de los opositores triunfantes y del tribunal calificador, soy el único que queda vivo y puedo permitirme el lujo de contar el gatuperio.

Por cierto que entonces di una muestra de la extraña mezcla de mi carácter, que procuro que sea afable, modesto y cortés, y que algunas veces ha tenido desde mi niñez, salidas ó *boutades* (como ahora se dice) incongruentes. Creí yo en aquellos momentos, que á pesar del desaire recibido, debía visitar a los individuos del tribunal, así me lo aconsejaba mi vanidad (¿por qué no decirlo?), que quería no mostrarse ofendida, y lo que yo suponía mi conveniencia, porque desde los principios de mi carrera no quería hacerme enemigos.

Fuí, con efecto, visitando uno por uno á los jueces, y los tres primeros, después de mostrarme sus sentimientos por mi derrota efectiva, añadían que también ellos habían sido derrotados, dado que me habían honrado con su voto. Llegué al cuarto, que era el Sr. Carretero, hombre por extremo fino y cortés, y como he dicho, médico de cámara de D. Amadeo de Saboya; recibíome con cariño casi paternal, colmóme de elogios exagerados y verdaderamente agobiadores. Yo le escuchaba en silencio, ó á lo sumo interrumpiéndole con modestia más ó menos auténtica y protestando ante la exagerada bondad de sus juicios; pero llegó al punto de la repetida afirmación de sus compañeros, asegurándome que él me había dado su voto, y yo entonces con una frescura impropia de mi edad y de mi posición le dije: «Perdone usted, Sr. Carretero, ó usted miente, ó ha mentido alguno de sus tres compañeros de tribunal que me han asegurado, sin yo preguntárselo, que había obtenido sus votos. Ustedes eran siete; si cuatro me votaron, es indiscutible que hubiese obtenido la plaza; así pues, suspendo con la de usted mi visita á los otros jueces, pues si ellos me hacen la misma afirmación, tendré el disgusto de darles la misma respuesta».

Esta frescura insólita y aún insolente, que interrumpí á veces mi natural afable y contemporizador, me ha asaltado desde los años de mi niñez. Recuerdo á

este proposito varias anécdotas, pero sobre todo una en que corrí el riesgo de recibir algún traumatismo, y no en la cara, con la punta de un vigoroso pie: en la misma casa en que vivían mis padres en el piso tercero, habitaba el principal mi hermana Elisa, recién casada por la época en que ocurrió el caso. Yo entraba con mucha frecuencia á verla, y una mañana la encontré entre afligida é indignada, refiriéndome que un señor de algunas campanillas que vivía en el piso segundo había maltratado á su joven y virtuosa esposa la noche anterior, hasta el punto de oírse los golpes y los lamentos á través del suelo de la casa, techo de la de mi hermana. Conmovido yo por el relato, subía la escalera cuando al pasar por la puerta del piso segundo vi salir al señor en cuestión. Yo no sé qué cosa refunfuñé entre dientes de «tío bruto, pobre señora» ó palabras análogas, es lo cierto que el hombre aquel parándose y volviéndose hacia mí me dijo: «Chiquillo, si subo vas á rodar las escaleras». «Lo creo, dije yo sereno y provocativo: lo que le falta á usted para tener fama de valiente, es pegar á un niño, después de haber pegado esta noche á su mujer»... Y aquel hombre se contentó con decir que pediría á mis padres que castigasen mi desfachatez.

Prosigo: Rió el buen Carretero la gracia, aunque yo creo que no se la hizo muy grande; despedíme, y con efecto, no visité ya á los demás señores.

Cuento esto, para que se comprenda que, dado los comentarios del anterior certamen, y las exageradas afirmaciones de los que por amistad verdadera ó por molestar á otros me ensalzaban, tuvo que costarme muy poco trabajo el salir airoso de mis oposiciones para el Hospital de la Princesa.

Fuí propuesto por unanimidad para el primer lugar de la primera terna, y ocuparon los respectivos en las otras tres mi fraternal amigo Pepe Ustáriz, Mariano Salazar y Antonio Morales, único de los supervivientes, recientemente jubilado de su cátedra de Operaciones en la Facultad de Barcelona, por la brutal medida ministerial en que se expresa el estorbo de los viejos para la enseñanza.

¡Pobres viejos! Contra ellos cierra la juventud vana y presuntuosa, que en nada tiene la experiencia, ni el trabajo asiduo, ni la diaria manifestación de una laboriosidad perseverante y de una capacidad no desmentida, y como si eso no bastara, la sabiduría del Gobierno entra en complicidad con la petulancia y la codicia juvenil, y jubila á sus mejores servidores. ¡Fuera Cajal, viejo chochol! ¡Fuera Gimeno, que sirve para ministro, para orador extraordinario y para representante de nuestro país en las Comisiones más difíciles! ¡Fuera, fuera; para la cátedra no sirve, tiene ya setenta años y es necesario que se corra el escalafón! ¡Fuera Rodríguez Méndez, fuera Barraquer, fuera Antonio Morales: en Barcelona sobran jóvenes incipientes, que serán seguramente una gloria mañana, pero que necesitan que se les quiten de en medio, los que fueron sus maestros!

Pero, ¿de qué iba yo hablando? Ah, sí, de mi entrada en el Hospital de la Princesa. Jamás, ni la medalla de catedrático, ni las Direcciones generales, ni la carte-



ra de ministro, ni las más altas condecoraciones del reino, jamás, digo, me ha satisfecho nada como aquella placita, dotada con seis ó siete mil reales (y el descuento del 15 por 100). ¡Ya tenía una sala mía! Ya podía estudiar con independencia mis enfermos y comunicar mis impresiones á numerosos alumnos y médicos jóvenes, que luego se matricularon en mi clínica antes de tomar yo de ella posesión. Este era mi ideal completo; esta fué mi satisfacción durante siete años, hasta que vino á dar con todo al traste, en mi carácter impresionable y altivo, un suceso al que después he de referirme.

Por ahora diré que la vida en aquel hospital no podía ser más grata para los médicos que en él estaban.

Era decano del mismo D. Juan de Dios Almansa, de quien he hecho ya cariñosa mención, al hablar de Emilio Castelar, y no es inútil repetir que en él no tuvimos nunca un jefe sino un compañero, compañero complaciente, cariñoso, que se identificaba con nuestras aspiraciones, y las comunicaba á la superioridad, procurando de ella, como consiguió, que fijase su atención en aquel hospital, casi abandonado, medio derruido, á pesar de su edificación moderna, y miserablemente dotado de consignaciones aun para las necesidades más elementales.

D. Ricardo Egea era el médico primero y llevaba en el hospital algunos años desempeñando en propiedad la plaza que por oposición había ganado. Era hermano político de D. José Echegaray, ministro de Fomento en aquél entonces, y había sido uno de mis contrincantes afortunados en las oposiciones á Palacio. En ellas entablamos amistoso conocimiento y él fué quien me avisó de las vacantes de la Princesa, y de su provisión inmediata.

De los otros tres médicos nada digo, sostuvimos siempre una cordial amistad: cada caso difícil era consultado entre todos; á cada operación de Ustáriz, ó de Morales, acudíamos en cuerpo, dando yo el cloroformo, atendiendo Salazar á la respiración y el pulso, y ayudándose entre sí los dos cirujanos. La concurrencia de los alumnos, que buscaban en el Hospital general y en el nuestro una enseñanza clínica, que en la Facultad de Medicina no existía, por falta de local, de enfermos, de catedráticos y de presupuesto; esta concurrencia, digo, y las referencias que ella daba de nuestra laboriosidad y nuestro celo, llevaron pronto á nuestro hospital una consideración y hasta un renombre que despertó en los unos deseos de ingerencia, y en no pocos hostilidad nada caritativa.

(Continuará.)

## Academias y Sociedades.

### Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión celebrada el 3 de Noviembre de 1922, en el Colegio de Médicos, bajo la presidencia del Dr. Covisa.

#### Acné y suero glucosado.

El Dr. Portilla relata un hecho de observación clínica, el cual no tiene explicación aparente, acaecido á un joven,

afecto de un acné, muy tratado y rebelde, de elementos voluminosos, en los que abundan estafilococos, sobre fondo seborréico. Se le había hecho tratamientos locales, lámpara de cuarzo, vacunas, proteínoterapia (caseosan venoso), y no sabiendo que hacer ya, le empezó á tratar con suero glucosado al 50 por 100, empezando por 3 c. c. y subiendo paulatinamente hasta 15 c. c. Tuvo reacciones molestas con fiebre alta en todas las inyecciones, pero en cambio, á partir de las primeras y coincidiendo con ellas, mejoró notablemente, hasta el extremo de llegar á una completa curación el enfermo.

Hay que advertir, que no se puede achacar la curación á las reacciones que le produjeron las inyecciones, por cuanto en tratamientos anteriores también las tuvo y nada se consiguió, así como la extrañeza que causa el resultado de este caso clínico, cuando en los diabéticos todos sabemos lo rebeldes que son los forúnculos y todo lo relacionado con estafilococos, que estos enfermos presentan.

#### Discusión.

Dr. Barrio de Medina.—Gracias á la amabilidad de mi buen amigo el Dr. Portilla, que ya hace algunos días me puso en conocimiento de su comunicación y me ilustró respecto á dosis á emplear, etc., etc., he podido empezar á tratar á una señorita afecta también de un acné, de tipo pustuloso aunque no de grandes elementos, que no asienta sobre fondo seborréico. A esta enferma la llevo puestas cuatro inyecciones de 3, 5, 8 y 10 c. c., todas con reacción general y fiebre de  $38^{\circ}\frac{1}{2}$ , no habiendo observado hasta ahora la menor modificación en ningún sentido de sus elementos de acné. Ruego al Dr. Portilla que en su rectificación nos diga cuántas inyecciones puso á su enfermo, para que yo pueda formarme una idea de la marcha de mi enferma, prometiendo comunicar á la Academia el resultado final.

Dr. Sicilia.—Interesante es el estudio relatado y caso clínico, pero más aún es que nos diga el Dr. Portilla si la mejoría fué á la lesión en sí, ó si el suero glucosado actuó sobre lo infectivo ó secretorio únicamente, ya que el caso relatado en la intervención del Dr. Barrio de Medina no se ha modificado en nada, y si el suero actúa únicamente sobre el estado flogístico, el mérito de la medicación será mucho menor.

Dr. Bejarano.—En unión del Dr. Covisa tiene hechos trabajos que demuestran la positividad de acción del suero glucosado sobre la infiltración y exudación de diversas lesiones cutáneas; los éxitos, aunque relativos, son bastante frecuentes, predominando la mejoría rápida de las manifestaciones parestésicas; por ello no le extraña el caso relatado por el Dr. Portilla. Únicamente quiere indicar (aunque no ha oído la comunicación completa del Dr. Portilla) por la intervención del Dr. Barrio de Medina, que las dosis empleadas por éste en su enferma son insignificantes, ya que ellos han puesto de 15 á 30 c. c., así como su extrañeza por las reacciones habidas, ya que en sus enfermos no se han producido. Aconseja que la medicación se pida en ampollas sueltas ya que en una sola solución para varias inyecciones se puede alterar.

Dr. Portilla.—Rectifica. Contesta al Dr. Barrio de Medina diciendo que su enfermo tardó unos dos meses en curarse, habiéndole puesto unas 20 inyecciones, pero cuando llevaba las cantidades que tiene ya puestas la enferma del doctor Barrio de Medina, la mejoría ya era grande.

A su juicio actuó la medicación sobre todo, es decir, desinfiltrando y secando la lesión y por consiguiente curándola, con lo que queda contestado el Dr. Sicilia y al Dr. Bejarano le dice que en su enfermo empezó también con dosis pequeñas porque aun con éstas tuvo el enfermo grandes reacciones.



### Polladenopatias inguinales abiertas y supuradas tratadas con lámpara de cuarzo.

Dr. Barrio de Medina.—Todos sabemos la pesadilla que para médicos y enfermos son esas poliadenopatías inguinales, consecutivas unas veces á blenorragias, otras y frecuentemente á chancros venéreos, que forman un conglomerado, con multitud de ganglios y trayectos fistulosos, que es indispensable abrir ampliamente y extirpar los ganglios si se quiere curar. Pues bien, en un enfermo que padecía dicho conglomerado y al que hice primero un amplio desbridamiento, poniendo en comunicación unos trayectos con otros, pero sin extirpar ganglio alguno, convencido de que con esta sencilla operación no conseguiría la curación completa, ya que aparecían ganglios profundos infectados é infiltrados, á través de los cuales salían á una pequeña expresión gotas de pus, decidí aplicarle sesiones de luz ultravioleta con la lámpara de cuarzo tipo Bach. Ha llevado el enfermo cinco sesiones de diez á treinta minutos cada una y á una distancia focal de 20 á 30 centímetros, habiéndose influenciado tan favorablemente desde la primera sesión, que con ellas se ha evitado una segunda intervención al enfermo y la extirpación de sus ganglios, que por estos casos sabemos que no deja de tener sus inconvenientes. Como el objeto principal era curar al enfermo, evitándole una nueva intervención, ya más cruenta, asocié á dicho tratamiento de luz, inyecciones de vacuna, empezando por 1.000 millones y subiendo de 1.000 en 1.000 hasta 5.000, y de leche empezando por 5 c. c. y subiendo hasta la quinta inyección que fué de 10 c. c. No dudo que mi primer desbridamiento así como la vacunoterapia y proteinoterapia, habrán contribuido en parte al éxito obtenido, pero yo que he seguido atentamente la observación del enfermo, no dudo en afirmar que su mayor parte la tiene la luz, por lo que considero un deber comunicar esta acción beneficiosa, para si se confirma en otros casos, poderlo comunicar así á los cirujanos, que es á quien más interesa estos asuntos, por ser ellos los que ven mayor número de enfermos de esta clase.

#### Discusión.

Dr. Sicilia.—Hace resaltar el interés tan grande que prestan los aparatos físicos, evitando como en el caso que se acaba de relatar, intervenciones serias. Dado que ha habido politratamientos, no se puede afirmar en absoluto el éxito completo de la lámpara de cuarzo; pero es su opinión que la vacuna como la proteinoterapia han influido poco en el éxito.

Dr. Sáinz de Aja.—Hace ya mucho tiempo que en las clínicas alemanas emplean con éxito la lámpara de cuarzo en toda clase de cicatrización de heridas, por lo que no le extraña que el caso del Dr. Barrio de Medina se haya influenciado bien por la luz; no obstante, su opinión es que la lámpara tiene acción superficial, no actuando sobre lo profundo, por lo que quizá haya tardado más tiempo de lo debido en curarse el enfermo, lo que se hubiera conseguido también, si las sesiones se hubieran dado con más frecuencia, cosa que impidió la dermatitis post luz, que se hubiese evitado cubriendo bien los alrededores de la lesión.

Dr. Barrio de Medina, rectifica.—Conforme con el doctor Sicilia, de que la mayor parte del éxito corresponde á la lámpara, sólo diré al Dr. Sáinz de Aja, que las dermatitis, en efecto, se producían en bordes de lesión, á pesar de tapar con paños negros la piel, menos dichos bordes, lo que no me permitía dar las sesiones todo lo frecuentemente que yo hubiese querido, á pesar de lo cual, quizá tardé menos en la curación total que si se hubiese operado.

### Pústula maligna.

Dr. Portilla.—Nos presenta un enfermo que ha sido curado de su pústula de la barba y edema submaxilar con cuatro inyecciones de neo de 15, 30, 45 y 60, pero que á la primera se modificó notablemente.

#### Discusión.

Dr. Barrio de Medina.—Únicamente para referir la opinión que en esta materia me dió un compañero, el Dr. Ortega Corrochano, de Talavera de la Reina, región donde existe gran cantidad de pústulas malignas, el cual dice, que aunque ha obtenido éxitos con neo, en algunos casos le ha fracasado, habiendo observado que desde que empleó el neo asociado al mercurio (sublimado) los éxitos le son más constantes.

Dr. Sicilia.—Dos medicaciones son excelentes en el tratamiento de esta lesión, en la mayor parte de los casos, el neo y el suero carbuncoso, pero no duda de los buenos resultados que del sublimado unido al neo preconiza el doctor Ortega Corrochano.

Dr. Sáinz de Aja.—Considera el asunto de interés. Dice que de más de 40 observaciones recogidas entre los médicos del Hospital general, deduce que sólo con las inyecciones de 15 y 30 centigramos, responde bien la curación de la lesión pustulosa, siendo innecesario, y á veces puede ser perjudicial las dosis de 45 y 60.

Dr. Portilla.—Pone algo en duda los fracasos del neo en la pústula maligna, aunque es posible, puesto que medicación específica es, en la sífilis, y á veces fracasa también. Las orinas de este enfermo estaban normales y por eso le ha puesto 45 y 60 centigramos, pero reconoce que si son suficientes 15 y 30 centigramos, así lo hará en lo sucesivo.

### Iodo y sus derivados en sus aplicaciones á la dermatosifilografía.

El Dr. Sicilia.—Ha hecho un estudio bien detallado de estas medicaciones y por él deduce, que por vía venosa son mejor toleradas y no producen iodismo, considerándolas indicadas en toda clase de procesos linfáticos, estado de hipotiroidismo, micosis, hidroceles y sarcocelos, heredosifilis, adenopatías generalizadas, etc., etc.

#### ¿Elección de medicación específica?

Dr. Casal.—Con motivo de dos enfermos de sífilis, uno afecto de lesiones papulosas húmedas y otro de unas sífilis des palmares y plantares á los cuales había tratado con neo y novasurol (5 de cada clase á uno, y 7 de neo y 4 de novasurol, á otro), sin conseguir la curación, les puse bismuto, y á la tercera las lesiones estaban curadas; nos da su impresión sobre el bismuto, diciendo que aunque son dolorosas, más quizá que el aceite gris, tienen la ventaja de no producir estomatitis, y dados los éxitos que con él se tienen, precisa hacerse elección de medicación específica.

#### Discusión.

Dr. Sáinz de Aja.—Su impresión es que el bismuto no llega al silbersalvarsán. En el caso tratado con siete de neo pregunta si era el controlado. El bismuto tiene dos limitaciones, el dolor y los accidentes locales, que los silvarsane, no tienen; en cambio, como ya tiene dicho, cree que sustituye al mercurio, por lo que él lo pone asociado al neo, en lugar del mercurio.

Dr. Portilla.—Por haber puesto sólo cinco inyecciones de neo no estamos autorizados á decir que ha fracasado; el tratamiento ha sido en realidad interrumpido. Considera,



por ser en sus enfermos al menos muy doloroso, que no se les puede poner dos inyecciones semanales.

Dr. Bejarano.—Nos dice que todos deben dar su opinión para poder comparar los salvarsanes con el bismuto; hoy por hoy considera no se puede dar juicios definitivos sobre el bismuto, ya que al lado de éxitos grandes tendrá también fracasos, como los ha tenido el arsénico, entre los compuestos de éste sigue creyendo que el silbersalvarsán es el más activo. Respecto al dolor del bismuto, apunta la idea que quizá una mala técnica, no poniéndolas bien intramusculares, sea la causa de que á unos enfermos les duela y á otros no. Él también asocia el neo al bismuto cuando quiere hacer un tratamiento intensivo.

Dr. Criado.—No cree, como el Dr. Sáinz de Aja, que el dolor sea una limitación para el bismuto; él lo pone combinado con el neo dos veces por semana, ya que éste duele mucho menos que las preparaciones primeras.

Dr. Covisa.—Rechaza la teoría del Dr. Casal, fundándose en su criterio personal y no atendiendo el de los demás. Está seguro de que el bismuto ha sustituido ya á los mercuriales y sustituirá á veces á los salvarsanes.

Dice es la primera vez en su vida profesional que ve que con siete inyecciones de neo no se curan unas lesiones específicas húmedas, por lo que hay que admitir que ese neo podía estar falsificado. Reconoce que son dolorosas, pero que las toleran los enfermos mejor que el gris, produciendo á veces estomatitis bruscas, sin previo aviso, que suelen desaparecer fácilmente, poniéndolas con arreglo á la técnica de Fournier dos veces semanales y suponiéndole, clínicamente también, como el arsénico y serológicamente mejor que éste.

Dr. Barrio de Medina.—Para dar la opinión todos, como pedía el Dr. Bejarano, diré que con arreglo á mi manera de pensar, no se puede decir hoy por hoy qué medicación es la preferida entre las varias de primer orden de que disponemos, así como tampoco podemos decir qué método ó combinación entre ellas es el mejor.

Considero que cada uno de ellos está indicado sobre los demás según las circunstancias y los casos, y así unas veces serán los salvarsanes los preferidos, otras el bismuto y en muchas aunque no tantas como antes los mercuriales, lo cual no quiere decir que éstas queden relegadas al olvido, toda vez que yo estoy seguro de que todos hemos de tener enfermos en los que mandaremos como medicación principal el cianuro de mercurio, por ejemplo.

Deseo recoger la alusión que hacía el Dr. Covisa al doctor Casal, de que es preciso tener en cuenta lo dicho por los demás, para decir que la aparición de las estomatitis bruscas, sin previo aviso, en bocas bien conservadas y sanas que produce el bismuto, lo anuncié yo el primero, hace ya mucho tiempo en la publicación de mi primer trabajo sobre el tratamiento de la sífilis por las sales de bismuto.

Dr. Casal.—Rectifica diciendo al Dr. Aja que no cree sea inconvenientes para el bismuto los que ha señalado, ya que los salvarsanes también los tienen; no cree se deben asociar por ahora al menos, para ver bien aislados los efectos que produce. Opina como el Dr. Covisa en que la técnica debe ser la orientada por Fournier.

Acto seguido y después de elegir para vicepresidente de la Sociedad al Dr. Sáinz de Aja, es levantada la sesión.

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

#### Dirección general de Sanidad.

#### *Reglamento para las oposiciones á oficiales del Cuerpo médico de Sanidad exterior (1).*

Art. 8.º Diariamente se expondrá al público una lista autorizada por el secretario y con el visto bueno del presidente, con el nombre de los opositores que hubiesen actuado y obtenido los 25 puntos, por lo menos, á que se refiere al artículo anterior.

Art. 9.º El primer ejercicio de oposición consistirá en la contestación oral por cada opositor, durante un espacio de tiempo no mayor de una hora, á cinco preguntas sacadas á la suerte, dos de cada grupo de los dos primeros de que consta el programa y una del tercero. La práctica de este ejercicio se atenderá á las siguientes reglas:

1.ª Constituido el Tribunal en el día y hora señalados se dispondrán tres bombos, introduciendo en cada uno de ellos tantas bolas numeradas como preguntas tiene el programa, de la manera siguiente:

En el primer bombo: Materias de Higiene general y naval y defensa sanitaria; en el segundo: Epidemiología, Microbiología, Parasitología y Patología de las enfermedades infecciosas, comunes y exóticas, y en el tercero: de Legislación y Administración sanitarias.

2.ª Cada opositor sacará, cuando le corresponda actuar, cinco bolas, según se dispone en el artículo 9.º.

3.ª Las bolas ó preguntas que cada día saquen los opositores no volverán á entrar en suerte hasta el día siguiente.

4.ª El Tribunal no hará observación alguna á los opositores cuando éstos actúen. Sólo el presidente podrá indicar el tiempo que va invertido en los temas y llamar la atención del opositor cuando esté fuera del que le hubiera tocado en suerte.

Art. 10. El segundo ejercicio consistirá en la resolución práctica de un problema de laboratorio sobre Microbiología ó Parasitología aplicada á la higiene, y otro sobre reconocimiento y análisis de sustancias alimenticias, ajustándose ambos á las reglas siguientes:

1.ª El Tribunal dividirá á los opositores en grupos por orden correlativo del número que les haya correspondido en el sorteo celebrado al empezar las oposiciones, ó actuarán todos á la vez si fuera posible á juicio del Tribunal, el cual anunciará con veinticuatro horas de anticipación el día, hora y local en que haya de celebrarse este ejercicio.

2.ª Constituido el Tribunal, procederá éste á determinar los puntos que han de ser objeto del ejercicio práctico de Laboratorio, y que se ha de referir á la resolución de un problema de Microbiología ó Parasitología, con aplicación á la higiene, principalmente relacionado, si es posible, con el diagnóstico bacteriológico del cólera ó de la peste, investigando al efecto el microorganismo específico en un cultivo, en un animal inoculado ó en un producto patológico cualquiera, donde pueda encontrarse el microorganismo de que se trata, y al reconocimiento y análisis de sustancias alimenticias.

3.ª Acordados los problemas que han de ser objeto de este ejercicio, y que han de ser los mismos para los individuos de un grupo ó para todos los opositores, según actúen todos á la vez ó en grupo, se entregará á cada opositor la

(1) Véase el número 2.597.



primera materia sobre la que habrá de efectuar su trabajo, indicándoles el local en que han de ejecutar éstos, y en el cual se les suministrarán por el jefe del mismo todos los medios, aparatos y productos que necesiten, bajo la vigilancia que el Tribunal acuerde.

El actuante podrá consultar cuantos libros, asuntos y datos necesite, ya sean de su propiedad particular, ya procedan de la biblioteca del establecimiento donde actúen.

El Tribunal fijará el plazo máximo que considere necesario para la completa resolución del problema, haciéndolo saber a los opositores al principiar éstos sus investigaciones.

4.ª Cada opositor expresará por escrito el resultado de las investigaciones practicadas, la marcha seguida y la conclusión final obtenida, con cuantas consideraciones estime procedentes sobre la materia.

(Se continuará.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 701,1; ídem mínima 695,4; temperatura máxima, 21°,3; ídem mínima, 0°,1; vientos dominantes, SO. S.

Sigue ofreciendo muy pocas variaciones el estado de salud pública en Madrid, observándose tan solo las ordinarias exacerbaciones estacionales en número e intensidad de los afectos agudos de los órganos respiratorios, principalmente de la bronquitis, pleuresías y pleurodinias. Algo han aumentado las congestiones y hemorragias activas de los centros nerviosos, los reumatismos musculares y la agudización de las manifestaciones articulares en los crónicos.

En los niños se observan traqueo-bronquitis y catarros bronquiales de los tubos gruesos.

## Crónicas.

**El Cinematógrafo y la Cirugía.**—El día 25 dió en la Facultad de Medicina una conferencia interesantísima el profesor Alexander von Rothe, sobre aplicaciones de la cinematografía en la enseñanza de la Cirugía.

El Dr. von Rothe, cirujano del Hospital de la Charité, de Berlín, es inventor de un aparato de cinematografía que permite impresionar películas que reproducen todos los detalles de las intervenciones quirúrgicas.

El cirujano dió en San Carlos una exhibición cinematográfica, exponiendo, no sólo su procedimiento, sino enseñando métodos operatorios de otros cirujanos, que han impresionado estas cintas, que resultaron a más de un gran interés, de un eficaz valor pedagógico.

**Cesión para un Sanatorio.**—El Ayuntamiento de Sanlúcar de Barrameda ha acordado conceder al Sindicato de Actores Españoles la extensión de terrenos que solicita en la playa para la construcción de un Sanatorio para artistas enfermos.

**Primer Congreso de Reorganización Sanitaria.**—El día 24 puso el presidente del Consejo de Ministros a la firma del Rey un Real decreto, en virtud del cual se declara oficial el primer Congreso de Reorganización Sanitaria y cuya parte dispositiva es como sigue:

«Artículo 1.º Queda declarado oficial el primer Congreso de Reorganización Sanitaria y la Exposición Iberoamericana de Material de Sanidad e Higiene, que han de celebrarse en Madrid en Mayo próximo, y cuya representación llevará la Comisión organizadora de aquél.

Art. 2.º Por el Ministerio de Estado se dirigirán las oportunas invitaciones a los países iberoamericanos para que concurran a dicha Exposición.

Art. 3.º El Ministerio de la Gobernación, por medio de sus organismos oficiales de Sanidad pública, se cuidará de dictar todas las disposiciones que sean convenientes para el mayor éxito del Congreso.»

## VI Congreso de Fisioterapia y educación física.—

Temas propuestos por el Comité español:

Sección novena.—Educación física.

Subsección primera.—Educación física preescolar.

Tema primero. «Cómo debe educar físicamente la madre al niño.»

Tema segundo. «Juegos de la primera infancia.»

Tema tercero. «Organización de jardines y campos de juego para los niños.»

Tema cuarto. «El modo de reacción de los niños en los primeros juegos como factor importante en la orientación pedagógica.»

Subsección segunda.—Educación física escolar.

Tema primero. «Ejercicios de educación física que con preferencia deben practicarse habitualmente en todos los colegios y escuelas de primera enseñanza, según su clase y organización. Normas científicas y advertencias prácticas.»

Tema segundo. «Los juegos corporales y la evolución física del niño escolar.»

Tema tercero. «La gimnasia como medio de educación física del niño. Tendencias diversas y solución más conveniente.»

Tema cuarto. «¿Qué deportes conviene practicar con los niños de las escuelas y colegios de instrucción primaria? Consideraciones sobre los deportes convenientes para las niñas.»

Tema quinto. «La música y el canto como medio de educación física. El dibujo como medio de educación física.»

Subsección tercera.—Educación física post-escolar.

Tema primero. «Valor higiénico de los deportes.»

Tema segundo. «Bases para la organización de las Sociedades deportivas.»

Subsección cuarta.—Educación física de la mujer.

Tema primero. «Características de la educación física de la mujer.»

Tema segundo. «El ritmo en la educación física de la mujer.»

Tema tercero. «La educación física como profilaxis de las neurosis femeninas.»

Tema cuarto. «Educación física y maternidad.»

Subsección quinta.—Educación física militar.

**Academia Médico-Quirúrgica Española.**—Programa de premios para 1923. Premio Rodríguez Abaytúa.—1.500 pesetas; tema, «La regulación de la glucemia».

Premio de la Academia.—500 pesetas; tema de libre elección.

Los trabajos deberán ser inéditos y originales de autor español, y se entregarán bajo sobre al presidente de la Academia, Gran Vía, núm. 8, Madrid, antes del 1.º de Octubre de 1923, con otro sobre cerrado señalado con el lema que figura en la Memoria, y dentro del mismo el nombre y residencia del autor.

Del premio de la Academia quedan excluidos los socios de la Corporación.

Los trabajos presentados quedarán propiedad de la Academia, que podrá publicarlos a sus expensas, y en caso contrario, autorizar a sus autores a hacerlo.

**Un profesor de Zaragoza a París.**—En la mañana del 25 de Noviembre ha salido de Zaragoza para París el doctor D. Ricardo Lozano, que ha sido invitado por la Facultad de Medicina de aquella capital para dar una conferencia. El tema elegido por el médico español es «Hechos insólitos de Medicina».

El Dr. Lozano fué despedido por todos los catedráticos de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

**La lucha contra el carbunco.**—El día 5 de Diciembre próximo se reunirá en Londres, bajo la presidencia de sir William Middelbroock, miembro de la Cámara de los Comunes, la Comisión consultativa del carbunco, a la que asistirá un representante oficioso del Gobierno de los Estados Unidos.

Toda observación que, referente a la cuestión del carbunco, sea expuesta a la Comisión, tanto por las Asociaciones patronales como por las obreras, recibirá por parte de aquélla la mejor acogida, pues se desea que el trabajo de la Comisión sea lo más completo posible y se evite así cualquier reclamación relativa a la omisión del estudio de algún punto relacionado con materia tan importante para la higiene social.

**El tifus en Chiclana.**—Desde hace algunos días se vienen presentando numerosos casos de tifus en Chiclana.



El inspector provincial de Sanidad de Cádiz, Dr. Rodrigo Lavín, ha manifestado que el foco de infección tífica de Chiclana obedece á la contaminación de las aguas potables del río que cruza el pueblo; añade que confía en las medidas de sanidad adoptadas para desterrar por completo la epidemia.

**Colegio de Huérfanos del Príncipe de Asturias.**—Recientemente se han recibido en esta secretaría tres expedientes de huérfanos de padre y madre, menores; los huérfanos son: Teodoro Marcos Andrés, de Segovia, nació el 17 de Marzo de 1922; Rita Capdevila Albarrán, de Ciudad Real, nació el 7 de Enero de 1910; Concepción Capdevila Albarrán, de Ciudad Real, nació el 27 de Diciembre de 1911; Pedro Carmona Gómez Cepeda, de Badajoz, de once años; Luz Carmona Gómez Cepeda, de Badajoz, de ocho años.

El nombre de las huérfanas acordadas por el Patronato para ingresar en las tres vacantes de niñas que existían en el Colegio, son: María de los Dolores Herrera Balmas (de Almería); Agustina Fernández Vázquez (de Huelva); Amelia Murciano Sedeño (de Málaga).

De las dos primeras provincias no hay huérfanos en el Colegio y de la tercera sólo hay uno.

**Conferencia de Seguros.**—Sobre la Conferencia de Seguros de enfermedad, invalidez y maternidad, celebrada en Barcelona, hemos recibido los siguientes folletos, cuyos temas son:

—Si conviene implantar los Seguros de enfermedad, invalidez y maternidad, y cómo hacerlo. Ponentes: Severino Aznar, Tomás Balbás, Adolfo A. Buyla, Vicente Duarte, Luis Jordana, Enrique O. Raduá. (Tema 1.º)

—Si conviene utilizar los servicios y fondos de la Beneficencia pública sanitaria para los seguros obligatorios de enfermedad, invalidez y maternidad y procedimientos de utilización. Ponentes: Carlos María Cortezo, Manuel M. Salazar, José Gascón y Marín. (Tema 3.º)

—Reivindicaciones legales y económicas de las sociedades de Socorros mutuos. Ponentes: Juan Salas Antón, Eduardo Alvarez, Emilio Viñoly, Francisco Gorzález Rojas y Joaquín Cunillera. (Temas 4.º y 5.º)

—Informe de la Quinta de Salud «La Alianza». (Documento de información, núm. 5.)

—Procedimientos preventivos para disminuir con la morbilidad el coste de los riesgos. Ponentes: Manuel Martín Salazar, Angel Pulido, Francisco Esquerdo y Rafael García Duarte. (Tema 6.º)

—Proyecto de ley francés sobre el seguro obligatorio contra la enfermedad y la invalidez. (Documento de información, núm. 7.)

—Colaboración de la clase médica y farmacéutica en la organización administrativa de los seguros, por D. Antonio Espina y Capo. (Tema 7.º)

—Bases técnicas del Seguro de enfermedad, invalidez y maternidad, por Graciano Silván. (Tema 8.º)

—Criterio profesional del Sindicato Médico de Madrid y su provincia y del Comité de delegados de médicos de Sociedades de Madrid, sobre el Seguro de enfermedad. (Documento de información, núm. 8.)

—Contribución á los temas del artículo 9.º, por el doctor Murillo. (Documento de información, núm. 9.)

—Sobre beneficiarios del Seguro de enfermedad, beneficios y quiénes deberán pagarlos. Ponentes: los mismos que los del tema 1.º. (Temas 9, 10 y 11.)

—Apéndice de informaciones sobre el tema sexto. (Documento de información, núm. 10.)

—Nota sobre el Seguro obligatorio de enfermedad, invalidez, maternidad y defunción, presentada por Mutual Salus. (Documento de información, núm. 11.)

Como decimos en otro lugar, estos y otros trabajos más serán objeto de una exposición crítica y ordenada.

**Curso de Ortopedia de M. Calot, en París, 69, Quai d'Orsay.**—Del 22 al 28 de Enero de 1923, 13.º año.—Durará una semana; desde las dos á las siete de la tarde.—Enseñanza de la Ortopedia indispensable para los prácticos (luxación congénita de la cadera, pie zambo, parálisis infantil, escoliosis, etc...) y del tratamiento de las tuberculosis externas (coxaigia, mal de Pott, tumores blancos, adenitis, epididimitis, etc.), y tratamiento práctico de las fracturas, con ejercicios prácticos individuales, para médicos y estudiantes franceses y extranjeros. Explicaciones en español y en inglés; derechos de inscripción, 150 francos.

Escribir desde esta fecha al Dr. Fouchet, Institut Calot, en Berck-Plage, ó al Dr. Collet, Clinique-Calot, 69, Quai d'Orsay, París.

El programa detallado será enviado á quien lo solicite.

**Real Colegio Farmacéutico de Madrid.**—Para festejar el 185.º aniversario de su fundación, el Real Colegio Farmacéutico de Madrid celebró, en su domicilio social, calle de Santa Clara, núm. 4, una solemne sesión en la que tomaron parte los elementos más prestigiosos de la corporación.

**Comité italiano pro intelectuales rusos.**—Comunican de Ginebra (Suiza), que después de la Asamblea celebrada en Roma, y á la cual asistieron gran número de profesores, artistas y médicos, así como importantes representaciones de las profesiones más diversas, ha sido creado un Comité italiano, cuyo fin es el de remediar la miseria que sufren las clases intelectuales en Petrogrado y Moscu.

En Venecia, Milán y Florencia se celebrarán otras reuniones con el fin de examinar la desastrosa situación de los intelectuales rusos el envío de socorros para atender á su subsistencia.

**Oposiciones.**—La *Gaceta* del día 25 del actual publica el anuncio de oposición á una plaza de médico auxiliar de familia vacante en la Real casa.

El profesor en quien recaiga el nombramiento ingresará en el escalafón de médicos de familia de la Real casa, con derecho al ascenso á médico de número.

El plazo de admisión de solicitudes terminará el día 20 de Diciembre de 1922, debiendo los señores opositores presentar las suyas debidamente documentadas, en el domicilio del secretario del tribunal, Marqués de Cubas, 9, todos los días laborables, de doce á dos de la tarde ó de cuatro á seis.

**Excipiente inerte.**—La crítica científica se justifica solamente entregando, á cambio de un error, una verdad.

(Cajal.)

—  
Todo el que no hace una cosa que su conciencia le dice que debiera hacer, odia instintivamente al que la ejecuta y más si no tiene obligación precisa de ello. Este debía ser un síntoma del perro del hortelano cuando se volvió hidrofobo por mordedura de la envidia.

(Ich.)

**Oposiciones á médicos de Sanidad Exterior.**—Convocatoria para 21 plazas, instancias hasta 31 de Marzo, ejercicios 16 de Abril. Obra única por el Dr. Calvin, 70 pesetas. Programa 1,50; dirigirse á la Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**Bioplastina Serono.**—Al presente número acompaña mos una delicada tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), productos Serono y Ergon; agente para España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona.

# SIL-AL

**SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO**  
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus 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, caquexias, 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.

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