

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

PROGRAMA CIENTIFICO:

Ulcera española.—*Archivo e 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 a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Homenaje a Jenner: Jenner y la vacunoterapia actual, por el Dr. G. Marañón.—Forma atípica de meningitis cerebroespinal epidémica, por el Dr. Gonzalo R. Lafora.—Tratamiento de la otitis media supurada crónica mediante la ionización del cine por electrolisis, por el Dr. José María Barajas y de Viches.—Investigaciones sobre la acción de la ventosa Barraquer en el cristalino durante la extracción total de la catarata, por el Dr. Leonardo Koeppe. Amaurosis de un ojo y ambliopía del congénere, producidas por la quinina, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

HOMENAJE A JENNER

JENNER Y LA VACUNOTERAPIA ACTUAL

POR EL

DR. G. MARAÑÓN

El valor de un hecho científico depende no tanto de su propia eficacia inicial como de la posibilidad de que sea el núcleo, si las circunstancias le favorecen, de otros descubrimientos secundarios cuya importancia pueda quizá eclipsar la del hecho primitivo. La historia está llena de ejemplos de hallazgos cuya resonancia llenó el mundo al nacer y que rápidamente se olvidaron; y á la vez, de ideas y de hechos que parecían sencillos y fueron más adelante el punto de partida de hallazgos transcendentales.

De este orden fué el descubrimiento de Jenner. Con ser en efecto la desaparición de la viruela de la superficie de la tierra un hecho magno, hoy podemos afirmar, sin embargo, que su transcendencia había de quedar oscurecida ante la importancia del nuevo método terapéutico que Jenner inauguraba con sus trabajos.

«Vacunación» fué durante casi un siglo sólo un remedio concreto para combatir una enfermedad.

Hoy esta palabra significa el arma más poderosa que poseemos para combatir las infecciones. De la vacunación de Jenner son ramas frondosas todas las vacunas actuales. La vacuna antirrábica, descubierta por Pasteur, que ha salvado de una muerte increíblemente dolorosa á millares de seres humanos; la vacuna antitífica, que después de la vasta y triste experiencia de la guerra europea nos da la casi certeza de evitar esta plaga de los ejércitos y de las grandes ciudades; las vacunas veterinarias, que inmunizan al cerdo contra el mal rojo y á la oveja contra el carbunco evitando la ruina de los países ganaderos. Todas ellas son ya realidades gloriosas de la higiene contemporánea y motivo de orgullo para cuantos, en regiones más ó menos modestas, nos ocupamos de la Medicina.

Otras vacunas son todavía promesas menos seguras de parecidos bienes; pero promesas cuya realidad vemos concretarse merced al trabajo abnegado de los sabios de todo el mundo. Y hoy, al hablar del mundo científico, hablamos también de España cuya producción todavía modesta en su conjunto pero rica ya en destellos geniales y en esperanzas venturosas, está incorporada á la corriente de la ciencia universal.

Entre las vacunas cuya sazón está á punto de

lograrse, mencionaremos en primer término la vacuna antituberculosa, que simplificará el mecanismo formidable, costosísimo y en gran parte inútil de la lucha actual contra la terrible enfermedad. La vacuna anticolérica, cuyo descubrimiento va unido al de un insigne español, el Dr. Ferrán, que tanto ha contribuido á la desaparición de las epidemias coléricas que todavía aterraron á nuestros padres. La vacuna antipestosa, uno de los recursos que nos permiten mirar sin pavor el peligro de la peste bubónica que de vez en cuando levanta su trágica amenaza desde las ciudades y los campamentos de Africa y á veces desde el mismo territorio español. La vacuna antigripal, con la que nuestros bacteriólogos contribuyeron en tan generosa medida á luchar hace tres años contra la gripe, injustamente llamada española. Las vacunas antimelitocócicas, antiestreptocócicas simples y compuestas y tantas más; porque en realidad no hay una sola enfermedad infecciosa cuya extinción no se haya intentado por esta vía anchurosa que nos abrió el genio de Jenner.

Este es, rápidamente dibujado, el árbol magnífico que ha brotado del descubrimiento del gran médico inglés. Los hombres de ciencia y muy especialmente los españoles debemos recoger de su meditación dos lecciones importantes: una lección de humildad y otra de optimismo.

La lección de humildad nos la da la consideración de los orígenes del problema de la vacunación. Estos orígenes fueron, en efecto, sencillos y empíricos. Jenner no sintió brotar en su mente la chispa del genio tras una noche de lucubración ideológica, ni tampoco al final de unos días de trabajo absorto en el ambiente riguroso de un laboratorio. Copió, simplemente, algo que hacían las gentes del campo instruídas por una tradición remota. El hombre de ciencia moderno propende á desdeñar estas lecciones que nos da el vulgo, en quien, sin embargo, existe, diluído y subterráneo, un caudal inapreciable de sabiduría. En ocasiones se nos llama empíricos casi con intención de ofendernos. Y estas grandes lecciones de la historia deben inducirnos á proclamar la excelencia del empirismo y á abrir la inteligencia á él, como una lluvia que fecundice los datos obtenidos con el auxilio de las técnicas.

* Todavía, ahora, para que no nos enorgullecamos demasiado, la realidad nos enseña que las dos únicas vacunas plenamente eficaces son precisamente aquellas dos que por referirse á enfermedades cuyo microbio no ha sido descubierto, tienen mucho de empíricas: la vacuna antivariolosa y la antirrábica, en las cuales manejamos á voluntad un veneno que, sin embargo, no alcanzamos á ver; en tanto que aquéllas otras compuestas con microbios que

conocemos y que por decirlo así hemos reducido á la domesticidad, como la anticolérica ó la antitífica, por ejemplo, nos responden frecuentemente con resultados inseguros.

El mismo método de la vacuna en su estructura científica tampoco responde á una concepción rigurosamente original. Es al fin y al cabo la reaparición de un principio tan antiguo y tan desprestigiado como la homeopatía, que nos hace sonreír con desdén cuando se nos presenta bajo la forma de los pequeños globulitos que el doctor homeópata disuelve misteriosamente á la cabecera del enfermo; y ante el cual nos inclinamos con acatamiento cuando aparece con la moderna vestidura de las ampollas de vacunas. Mas la teoría es la misma: la vacuna, cura provocando la enfermedad que quiere curar, es la realización perfecta del *similia similibus curantur*. Y en cuanto á la técnica, así como el homeópata lo fía todo á la dilución suprema de sus drogas, así también el vacunador diluye al máximo sus millones de gérmenes. Un gran bacteriólogo alemán, Much, llamaba por esto á la vacunoterapia, «homeopatía biológica» y es extraño cómo los homeópatas, ya casi á punto de morir heroicamente en sus últimas trincheras, asediados por el progreso científico, no se acogen á este interesante subterfugio y se convierten de un golpe en epidemiólogos ultramodernos.

La lección de optimismo nos la dá la visión del porvenir de la vacunoterapia. Es indudable que esta arma, todavía imperfecta, se ha de ir aguzando en nuestras manos, y al fin cada infección tendrá una vacuna que la hará inofensiva. El hombre entonces habrá conseguido una de sus victorias más admirables é ingeniosas sobre la naturaleza: esto es, utilizar cada microbio para anular á sus semejantes, dar la batalla á cada germen con pequeñas legiones organizadas de esos mismos gérmenes, como se emplearía una tropa de esclavos disciplinados para combatir las tribus de sus propios hermanos.

La desaparición de las enfermedades infecciosas es, gracias á todo esto, un ideal que ya se vislumbra en un horizonte no lejano. Muchas de las grandes plagas que en los siglos pasados asolaron al mundo —el cólera, la fiebre amarilla, la peste, la viruela, el tifus, la difteria—están vencidas ya ó á punto de rendirse. Las demás lo serán también, y yo estoy seguro que nuestros descendientes hablarán de todas ellas, en el próximo centenario de Jenner, como de simples recuerdos históricos.

Esperemos que así sea y que los médicos españoles contribuyamos á la gran victoria. A ello nos obligan, amigos míos, dos antecedentes memorables en la historia de la viruela: uno, el viaje fabuloso de Balmis, el gran médico valenciano, llevando la bue-

na nueva de la vacuna en una expedición romántica y á la vez rigurosamente científica, á los rincones más espesos de las selvas americanas. Otro, la hazaña de aquel humilde médico de Jadraque... pero esto requiere algunas palabras más.

Muchos de vosotros habréis pasado sin duda por ese pueblo, asentado sobre un desierto, en plena estepa ibérica, á la sombra de un castillo ruinoso que parece gravitar, como una pesadilla, sobre el caserío miserable. Ahora que tanto se discute la influencia del ambiente en la producción de la obra científica, pensad en ese ambiente hosco como el ejemplo más característico de cuanto puede oponerse á la serenidad y á la cordialidad que requiere el trabajo mental del investigador.

Pues bien, fué en ese ambiente y en pleno siglo XVIII, cuando las noticias del mundo llegaban á estos rincones con varios meses de retraso, ó no llegaban nunca; fué en este pueblo insignificante, donde un cirujano rural practicó por vez primera en nuestro país y una de las primeras en el mundo entero, las experiencias de variolización que precedieron al descubrimiento de la vacuna...

Imaginemos qué formidable energía la de este hombre para inculcar uno á uno, en aquellos cerebros á la vez simples y desconfiados, el convencimiento de un sacrificio peligroso hasta decidirles á prestar su brazo á la inoculación de una enfermedad repugnante. Aún ahora, cuando el problema de la vacuna se resuelve sin incidentes y tiene la sanción de millones de experiencias, las gentes de los pueblos—y muchos de los palacios—se obstinan todavía en resistirse á estas prácticas. ¡Qué no sería entonces, cuando la utilidad de la variolización era muy incierta y sus peligros realmente numerosos!

Este español insigne logró inocular á muchos individuos é hizo una estadística tan instructiva, que del propio Londres fué solicitada por conducto de nuestro embajador. Coloquémosle con el pensamiento en un medio propicio, engarzado en el gran mecanismo de uno de los centros culturales de la época moderna, y calculemos el rendimiento que hubiera podido dar á la ciencia biológica.

Este heroico trabajador, no sabemos cómo se llamó. La historia, aun no siendo en este caso muy vieja, ha perdido su nombre. Mas no dejemos por ello de aprovechar su ejemplo y de rendirle en esta ocasión en que, por raro azar, se incorpora España á un movimiento intelectual del mundo, un homenaje de admiración.

La guerra actual ha sustituido el culto de los héroes famosos, por el de los héroes innominados y desconocidos; sea esta noche nuestro héroe anónimo, el médico entusiasta y paciente de Jadraque...

Forma atípica de meningitis cerebroespinal epidémica

(HEMIPARESIA DERECHA CON MOVIMIENTOS
COREICO-ATETÓSICOS)

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

Recientemente hemos tenido ocasión de observar en Madrid un caso atípico de meningitis cerebroespinal epidémica en un adulto, que merece ser consignado por sus peculiaridades.

Se trataba de un señor de cuarenta años, que habiendo padecido sífilis hacía bastantes, se le había tratado insuficientemente. Una mañana sintió cefalalgia y al poco tiempo tuvo un ictus convulsivo, quedando afásico, con hemiparesia derecha y en un estado semicomatoso, en el que solo se conseguía que obedeciese algunos mandatos (enseñar la lengua).

Le vimos en consulta el Dr. Elizagaray y nosotros, quedándonos aquél día en duda sobre el diagnóstico, pues la exploración neurológica no ponía en claro el problema. Los reflejos patelares estaban iguales, no había signo de Babinski en el lado hemiparésico, no había parálisis flácida de los miembros afectos que el enfermo podía mover, especialmente la pierna. No se encontraron síntomas sensitivos marcados en cara ó tronco. Se observaba ligero estrabismo del ojo izquierdo.

El síntoma que más llamaba la atención era los movimientos involuntarios de tipo coreico-atetósico de los miembros hemiparésicos, que atribuimos á la localización peduncular de las lesiones (vías cerebello-rubrotalámico-extriadas). No había rigidez de nuca, pero los movimientos de la cabeza eran dolorosos y hacían gritar al enfermo en su estado semiconsciente. No había signo de Kernig, ni de Brudzinski. Había incontinencia de esfínteres. Fiebre ligera (38°). No se observaba herpes labial. El enfermo se quejaba á veces llevándose la mano á la cabeza. Las pupilas reaccionaban bien y no había miosis que pudiese hacer pensar en uremia.

El Dr. Elizagaray se inclinaba hacia el diagnóstico de una meningo-encefalitis, mientras que nosotros opinábamos como mecanismo probable un proceso meningo-vascular de origen específico, probablemente de localización basilar y exaltado por la gripe, la cual parecía haber empezado á tener el enfermo la tarde anterior (coriza). Hay el dato que dos días antes el enfermo estaba perfectamente normal y había presidido un duelo de un pariente suyo. Se tenía el antecedente de que recientemente había querido de nuevo tratarse su proceso sífilítico antiguo, por haber dado, al parecer, alguna reacción de Wassermann positiva más ó menos intensa. Después de examinado pensamos en hacer inmediatamente una punción lumbar que aclarase las dudas diagnósticas, pero por temor á que se tratase de un posible tumor cerebral ó de una hemorragia y que fuese perjudicial al enfermo la punción lumbar, consideramos conveniente aplazarla hasta observar más el curso de la enfermedad paquimeníngea.

En vista de los antecedentes específicos se le dió al enfermo una inyección intravenosa de cianuro de mercurio ($1\frac{1}{2}$ centigramos). Al día siguiente estaba peor, con la hemiparesia más marcada, sin movimientos coreico-atetósicos y ya totalmente inconsciente. El dolor de cabeza parecía marcarse más hacia el occipucio y se iniciaba cierta rigidez de nuca. Observábanse ya los síntomas de Kernig y Brudzinski. La fiebre había subido á 40°. No existían síntomas de lesión piramidal, y los reflejos tendinosos seguían iguales, aunque disminuidos.

En vista de los síntomas apuntados sospechamos, principalmente el Dr. Elizagaray, que se pudiese tratar de una meningitis cerebroespinal epidémica atípica, y se le puso inmediatamente una ampolla de suero antimeningocócico por vía hipodérmica y se practicó la punción lumbar á fin de poner una inyección intrarraquídea de suero antimeningocócico aquél mismo día, tan pronto como se confirmase el diagnóstico.

El líquido cefalorraquídeo era amarillento y grueso, sobre todo en las primeras gotas. El análisis del mismo (Dr. Mouriz) dió el siguiente resultado: fuerte leucocitosis de 5.500 células por milímetro cúbico (91 por 100 de polinucleares, 3 por 100 de linfocitos y 6 por 100 de mononucleares), la reacción de Nonne-Apelt y la de Pandy (globulinas) eran fuertemente positivas, había 7,20 por 1.000 de cloruros, 0,50 por 1.000 de glucosa, 0,33 por 1.000 de urea y 9 por 1.000 de albúmina, el Wassermann era positivo con 1,0 de líquido (los líquidos xantocrómicos suelen fijar el complemento), pero el Sachs-Georgi era negativo. La reacción del Mastix dió: precipitación=3332, y enturbiamiento=311, y la de benjui coloidal=222221. El examen bacteriológico demostró numerosos meningococos intra y extracelulares.

El curso clínico seguido por el enfermo fué de una gravedad tan rápida, que cuando se le fué á poner la inyección intrarraquídea del suero antimeningocócico aquél mismo día (que era el segundo de enfermedad) estaba en el estertor agónico, que terminó por la muerte pocos momentos después.

Se trata, pues, de un caso confirmado de meningitis cerebroespinal, de curso agudísimo, con un cuadro inicial de ictus convulsivo con hemiparesia derecha, movimientos coreico-atetósicos y estado comatoso, en el que faltaron los síntomas más importantes del período inicial de la meningitis cerebroespinal epidémica (rigidez de nuca, Kernig, herpes labialis, etc.), algunos de los cuales aparecieron al segundo día, en que el enfermo murió.

Dada la variedad de cuadros clínicos que puede presentar la meningitis cerebroespinal epidémica, y que han sido recogidos por tantos trabajos clínicos, nos ha parecido de interés publicar el de este caso peculiar observado por nosotros.

12 Abril, 1923.

Tratamiento de la otitis media supurada crónica mediante la ionización del cinc por electrolisis,

FOR EL

DR. JOSÉ MARÍA BARAJAS Y DE VILCHES,

Director fundador del Instituto Otorrinolaringológico de las Siervas de María.

Verdaderamente impresionado por las alentadoras estadísticas de Friel, tan optimistas como numerosas, no dudé en ensayar el procedimiento que encabeza estas líneas en aquellos enfermos de procesos supurativos crónicos, cuya infección estuviese limitada á la caja y, sobre todo, con amplias perforaciones timpánicas que permitieran poner á nuestra vista la mayor extensión de mucosa que tapiza dicha cavidad, empezando inmediatamente á experimentar dicho tratamiento, toda vez que la simplicidad de su técnica está al alcance de todos los especialistas por muy pocos avezados que estén en el empleo de la electricidad médica dentro de nuestra esfera de acción.

Desde un principio he seguido atenta y escrupulosamente la técnica de Friel, descrita por el Dr. Trivas de Nevers; así, pues, empezaba por hacer un gran lavado del oído con la solución caliente de cinc:

Sulfato de cinc.....	3,75 gramos.
Glicerina.....	60,00 —
Agua.....	C. s. p. 2 litros.

Inmediatamente acostaba al enfermo sobre el lado sano, introduciendo en el conducto auditivo del oído enfermo 2 ó 3 c. c. de la solución de cinc á unos 37°, sumergiendo en dicho conducto el electrodo positivo constituido por un hilo de cinc que sobresale del extremo de un espéculum de caucho, teniendo gran cuidado de no lesionar las paredes del conducto y de la caja, siendo lo más conveniente su mayor proximidad á esta cavidad. El polo negativo es un mango metálico que sostiene el mismo enfermo en su mano.

Previo la comprobación de la polaridad, se dá paso á la corriente lentamente observando el miliamperímetro, y oscilando la intensidad entre 2 y 3 m. a. sin deber pasar de esta cifra, durando cada ampliación de diez á quince minutos, al cabo de los cuales se va disminuyendo paulatinamente la corriente para evitar el vértigo y vaciando el oído sin secarlo, poniéndole un algodón que se cambiará el mismo enfermo cuando se humedezca.

El aparato que yo he utilizado es un multostato de conexión universal sin derivación á tierra, pudiendo utilizarse cualquier otro.

Más tarde, cuando los enfermos ya tenían suficientemente limpio el oído y sólo restaba alguna pequeña exudación, sustituí el amplio lavatorio de la solución de cinc caliente por un sencillo baño, previo secado con el estilete y gasa ó algodón de los exudados, procediendo en seguida á la aplicación en la forma descrita.

Inmediatamente después de la ionización he observado en la mayoría de los casos que la mucosa de la caja

se recubría de una ligera cutícula amarillenta que al principio quitaba, pero más tarde he visto la conveniencia de respetar. El autor del método aprecia en ocasiones la presencia macroscópica de granulaciones en la mucosa de la cavidad timpánica, en cuyo caso aconseja espolvorearla ligerísimamente con ácido bórico; yo por mi parte no he tenido ocasión de observarlas en ninguno de mis enfermos.

Los resultados obtenidos han sido muy halagüeños, pues hasta el día de la fecha llevo así tratados, con este único remedio, á enfermos los cuales han sido dados de alta á los pocos días con sus oídos completamente secos, aunque, claro es, con persistencia de las lesiones destructivas é irreparables por las supuraciones inveteradas en algunos de ellos.

He aquí algunas historias clínicas abreviadas de varios enfermos por mí tratados en la forma indicada:

Observación 1.^a—Concepción Fernández, veintidós años, padece supuración y sordera desde hace diez años. Diagnóstico: otitis media supurada con perforación del cuadrante anteroinferior. Tratamiento: ionización de cinc 2 m. a. trece minutos; á las cuarenta y ocho horas el oído estaba totalmente seco.

Observación 2.^a—Rosa López, trece años. Hace ocho que la supura el oído izquierdo consecutivamente al sarampión, con dolor y sordera acentuada desde hacía un mes. Diagnóstico: otitis media supurada con destrucción total del tímpano, quedando libre el martillo sostenido por sus ligamentos externos maleolares. Tratamiento: á esta enferma la hemos hecho tres aplicaciones de 2 m. a. de diez minutos de duración cada una, cada tres días, quedando totalmente curada.

Observación 3.^a—Rafaelito García, de cinco años. Hace años que tuvo el sarampión, quedándole supuración del oído izquierdo. Diagnóstico: otitis media supurada crónica con perforación del tímpano en el cuadrante anteroinferior. Tratamiento: ante el fracaso de lavatorios é instilaciones le hice una aplicación de 2 m. a. durante doce minutos, dándole de alta á los seis días por curación.

Observación 4.^a—Victoria Ramos, de quince años, tuvo escarlatina con infartos ganglionares cervicales que supuraron, quedándola desde entonces otorrea bilateral con fetidez y sordera. Diagnóstico: en el oído izquierdo padece una otitis media supurada crónica, con total destrucción del tímpano y de la cadena de huesecillos, encontrándose la caja supurante con gran tumefacción de la mucosa. En el oído derecho se observó supuración proveniente de la caja á través de una perforación inferior timpánica. Tratamiento: en el lado izquierdo se emplearon dos aplicaciones de 2 m. a. quince minutos en un período de ocho días, curándose. En el lado derecho bastó una sola aplicación de 2 $\frac{1}{2}$ m. a. durante quince minutos para curarse totalmente.

Observación 5.^a—Señorita A. G., de veintiún años. A la edad de cinco años tuvo la viruela, supurándola desde entonces el oído derecho. Posteriormente padeció fiebre tifoidea, supurándola siempre dicho oído. Se trataba de una enferma escrofulosa con gran tume-

facción del conducto auditivo que impedía observar el fondo de la caja, la cual supuraba abundantemente. Diagnóstico: linfangitis del conducto con otitis media supurada y destrucción inferior timpánica, según pude apreciar haciendo dilatación mecánica con gasa. Tratamiento: ionización de cinc de 2 m. a. durante diez minutos; á las veinticuatro horas desaparición de la tumefacción del conducto pudiendo distinguir la caja con el tímpano perforado; durante dos días consecutivos cura seca y al cuarto día otra nueva aplicación electrolítica ya más próxima á la caja durante diez minutos y de 3 m. a. de intensidad, no volviendo á supurar, por lo que fué dada de alta provisional, pues las malas condiciones de la enferma, tanto las referentes á su estado general como las locales por la atresia del conducto, hacen temer una recidiva, que después de un mes, al ser observada no puede apreciarse.

Observación 6.^a—Josefina Méndez, de veintiséis años, de Madrid. Hace veinte años tuvo sarampión y escarlatina, sufriendo desde hace nueve supuración del oído derecho con mareos frecuentes. Diagnóstico: otitis media supurada con amplia perforación timpánica central. Tratamiento: ionización de cinc diez minutos de 2 m. a. de intensidad, disminuye la supuración notablemente, y á los cuatro días se le hace nueva aplicación en igual forma, dándola de alta por curación á los quince días.

Para darnos cuenta de la evolución de este proceso biológico de tan interesante acción terapéutica, deberemos recordar en primer lugar algunos datos anatomo-patológicos de la mucosa de la cavidad timpánica (figura 1.^a) que es por decirlo así el campo de batalla donde se verifica la lucha entre las alteraciones patológicas y la terapéutica. Esta fina cubierta de revestimiento cuyas características han sido admirablemente estudiadas por Trölsch, Voltolini, Toynbee, Zaufal, Politzer, etc., como, por ejemplo, la ausencia de glándulas mucosas que Preysing ha confirmado en 200 observaciones, la aproximan á la estructura de las membranas serosas, destruyendo las antiguas creencias de Luschka y Sappey que englobaban á estas membranas con las mucosas de la boca, nariz é intestino.

Normalmente se halla recubierta por un epitelio vibrátil extendido desde la desembocadura de la trompa hasta las células mastoideas (fig. 1.^a a) siendo cilíndrico en la entrada tubárica, cara interna del tímpano y en la porción correspondiente á la platina del estribo y cadena de huesecillos; al llegar á la dilatación del antro las células epiteliales se hacen planas, manifestando Gorke que debajo de esta capa existe una zona de tejido adenoideo (fig. 1.^a b) no muy conocido, constituida por finos fascículos de tejido conjuntivo en cuyos espacios se encuentra gran cantidad de linfocitos, sangre y vasos linfáticos de diversos calibres, que alcanzan en ocasiones todo el espesor de la membrana ó sea desde el epitelio hasta el hueso, haciendo á veces relieve en la superficie de la mucosa. La capa submucosa y la perióstica (fig. 1.^a c) están solamente diferenciadas en algunos sitios; en otros, en cambio, es imposible distinguir las, como sucede, por ejemplo, al recu-



brir a la cadena ósea. También es imposible su diferenciación en el antro y células mastoideas. Siebemann ha estudiado detenidamente la delicada estructura del epitelio de toda la zona y de sus diversas capas que revis-

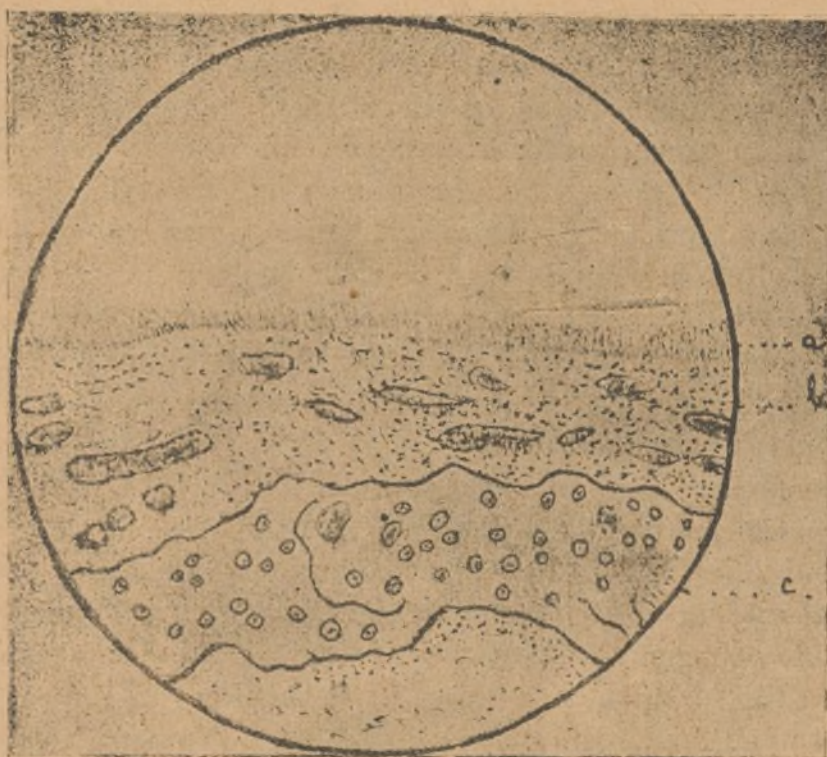


Fig. 1.^a

ten la cavidad timpánica, demostrando, finalmente, las razones histológicas de la formación en este territorio de metaplasias epiteliales, y afirma este autor que así como en el promontorio sus células son cúbicas y de una sola capa, no sucede lo mismo en el suelo de la caja y ostium tubárico, donde son cilíndricas según he indicado anteriormente, del mismo modo que en el techo de la caja, aditus, antro y células mastoideas, su epitelio es pavimentoso liso de una ó varias capas (figura 2.^a).

Si importante es para el otólogo el conocimiento de esta mucosa de revestimiento en estado fisiológico,



Fig. 2.^a

mucho más interesa para nuestro estudio las alteraciones que experimenta por la enfermedad, puesto que es así como nos la hemos de encontrar y que tan brillan-

temente estudian Panse, Manasse y Preysing entre otros, empezando por describir las alteraciones que experimenta la cavidad timpánica en relación con la magnitud de la infección, iniciándose en primer término una intensa infiltración de pequeñas células en la capa subepitelial, ó sea en la zona descrita por Goerke, antes citada y constituida á su vez por varias capas, una yuxtapuesta directamente bajo el epitelio, otra perióstica ya degenerada y luego otra tercera constituida por el periostio todavía no degenerado.

Al empezar el proceso inflamatorio los vasos sanguíneos se hacen abultados y distendidos, empezando el proceso incipiente por un aumento y eliminación del epitelio, no encontrándose en esta situación todavía ninguna segregación macroscópica de la caja, originándose en seguida la infiltración leucocitaria de las capas subepitelial y periostal, aumentando notablemente su grosor y contribuyendo á fomentar dicha tumefacción la rigidez é inextensibilidad de las paredes de la cavidad ósea donde el proceso se desenvuelve, destruyéndose el epitelio vibrátil, por compresión, pero sin apreciar todavía la presencia del pus.

Poco á poco esta infiltración inflamatoria va originando formaciones polipoideas en pequeñas masas, que suelen desarrollarse sobre la cara interna del tímpano y caja, parecidas (fig. 3.^a a) á las vellosidades intestinales y que Goerke denomina «Buckelartigen, zirkumskrip-



Fig. 3.^a

ten Infiltrationsherden», constituidas por un estroma lleno de exudado, con las paredes infiltradas de leucocitos, apreciándose ya entonces pus y exudado mucopurulento, cuya retención origina los trastornos sintomáticos conocidos, y viéndose de igual modo que al co-

mienzo del proceso una nueva infiltración celular con vacuolas irregulares llenas de una masa de aspecto vítreo sobre la capa perióstica (fig. 3.^a b).

En tal estado de cosas, el epitelio ya destruido totalmente, la infiltración inflamatoria ha logrado diferenciar las diversas capas, hallándose entre ellas los pequeños elementos celulares ya descritos y pudiendo en esta situación presentarse las complicaciones óseas, si la virulencia del pus es grande, sobre todo en las células mastoideas, cuya mucosa es más delicada.

Todavía no paran en esto las alteraciones anatómicas patológicas de la mucosa, pues en los estadios más avanzados no tardarán en presentarse los llamados nódulos de la granulación, «granulationsknöpfe», en aquellos sitios donde la infiltración es más extraordinaria, es decir, en donde se acumula el suero y corpúsculos sanguíneos, que dependerá, claro es, del tamaño de la cavidad (caja, antro ó células), aumentando progresivamente su presión sobre las paredes del recinto y excitando la infiltración linfática y destructiva del tejido subepitelial, desarrollándose numerosos vasos neoformados y produciendo al fin tan continuada excitación, en los sitios no recubiertos de epitelio, los citados nódulos, constituidos en su interior por vasos neoformados dentro de un estroma unido á la mucosa por un fino pedículo (fig. 3.^a c).

El otro factor esencial imaginario de las supuraciones y que es necesario tener en cuenta para explicarnos el fenómeno biológico en cuestión, está constituido por la flora microbiana existente en el oído medio. Ya en el año 1880 pensó Zaufal en la extraordinaria importancia que tenía el averiguar si en el estado normal existían gérmenes en la cavidad del oído, y en efecto, después de numerosas investigaciones con paracentesis y sospechando que á semejanza de la cavidad bucal de la nariz y faringe, podían encontrarse gérmenes habituales de la caja, encaminó en este sentido sus investigaciones, obteniendo las conclusiones siguientes:

1.^a La caja del tímpano normal en los animales (conejos), no se encuentra libre de gérmenes, conteniendo microbios en pleno desarrollo.

2.^a El mecanismo de la trompa de Eustaquio no impide en circunstancias normales el paso de los gérmenes al oído.

3.^a La cavidad rino-faríngea, y, sobre todo en el ostium tubárico, contiene un número de gérmenes considerable, estando dicha cifra reducida al minimum en el interior de la cavidad timpánica.

Posteriormente, las investigaciones de Citeili, Cohn, Lannois, Preysing, etc., llegaron al conocimiento de que normalmente la cavidad del oído del hombre estaba exenta de gérmenes, en contra de la opinión de Hasslauer y otros investigadores, los cuales demostraron que no siempre dicha cavidad está libre de microbios, viniendo con sus teorías á fortalecer las ideas de Zaufal y demostrando que no siempre se trata de una flora determinada, como en la boca y faringe, sino que se trata de gérmenes aislados, tal vez desarrollados durante el período de la muerte, ó quizás durante el estado de caquexia del individuo antes de morir, pero desde

el punto de vista clínico y práctico, debe aceptarse que la cavidad timpánica se encuentra libre de gérmenes.

Veamos ahora cuáles son los más comunmente encontrados en los estados supuratorios de la misma. Constituiría un extenso capítulo la relación de cuantas investigaciones se han practicado por los distintos bacteriólogos y otólogos, hallándolos de opiniones tan contradictorias que harían cada vez mayor el grado de confusión, para establecer un criterio fijo; así por ejemplo, tenemos que Zaufal encontraba como el agente más frecuente productor de la otitis al diplococo lanceolado, como igualmente Preysing pudo hallarlo en el 92½ por 100 de los lactantes, mientras que Denker manifiesta no haberlo encontrado ni una sola vez.

Por lo cual prescindimos de estadísticas y nos contentaremos con recordar que entre las diferentes bacterias encontradas, figuran como más frecuentes el neumococo, el estreptococo mucosus, el pneumobacilo de Friedlander, el estreptococo piógeno, el estafilococo piógeno (albus y citreus), el estafilococo cereus albus de Neumann, el bacilo piocianico y el micrococo tetrágeno de Levy, pudiendo toda la diversa gama de microbios patógenos dar lugar al cuadro clínico de la otitis, pero considerándose como los más habituales responsables de las inflamaciones de la caja, al estreptococo y al estafilococo y seguidamente al neumococo y al estreptococo mucosus, según Urbantschitsch. En algunas formas primitivas puede aparecer como predominante el neumococo, mientras que en las secundarias se encuentra al estafilococo, bien en cultivo puro, lo cual es muy difícil, ó asociado al estreptococo, que es más frecuente.

Las condiciones del pus no cambian extraordinariamente de unos gérmenes á otros, únicamente parece ser más filamentosos cuando predomina el bacilo de Friedlander con el neumococo ó con el estreptococo mucosus, pudiendo todos los gérmenes patógenos de la otitis bajo las distintas circunstancias de virulencia y condiciones individuales del enfermo, acarrear las más complicadas situaciones de la caja, conviniendo con Zaufal en que todos los conocidos gérmenes de la otitis en diferentes tiempos y bajo diferentes circunstancias, originan con su diferente virulencia consecuencias y resultados también distintos, encontrándose generalmente los cultivos puros de los gérmenes mencionados en los comienzos del proceso, puesto que á la larga se mezclan con aquellos otros que como el estafilococo y el estreptococo, penetraron á través de la trompa pudiéndolo comprobar en los perros Calamida y Bertarelli.

Vemos por todo lo expuesto que en los enfermos de otitis media supurada, la infección de la caja producida por la acción de los diversos gérmenes, actuando sobre la mucosa inflamada, constituye el primer peldaño de la cronicidad de la otorrea, y contra ella es de todo punto interesante la acción del cinc ionizado, pues, como es sabido, todos aquellos detritus que se encuentran en la caja, leucocitos, etc., constituidos por materias albuminoideas, sufrirán un efecto coagulante al ponerse en contacto con el cinc, sin producir la

irritación de los cáusticos, y en esta forma sucumbirán los gérmenes, por muy escondidos que estén en los repliegues del epitelio, aunque no siempre, desgraciadamente, podremos utilizar tan precioso remedio, por no consentirlo las condiciones de las lesiones, y así, pues, será estéril este tratamiento cuando la perforación timpánica sea insuficiente, ó cuando existan grandes masas polipoides; en una palabra, cuando la solución electrolítica no pueda ponerse en contacto con toda la mucosa enferma. Yo, por mi parte, todavía no he tenido lugar de experimentarlo con la amplitud de Friel, habiéndolo utilizado en enfermos con otitis media supurada crónica, con amplias perforaciones, y como los resultados obtenidos son muy alentadores, me permito someter este tratamiento al juicio de los especialistas, considerando que siempre que se elijan los casos adecuados observando una técnica rigurosa, podremos esgrimir un arma poderosa contra las otorreas crónicas.

Investigaciones sobre la acción de la ventosa Barraquer en el cristalino durante la extracción total de la catarata

POR EL

PROFESOR DR. LEONHARD KOEPPE

I.—INTRODUCCIÓN Y DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

El genial método de operación de Ignacio Barraquer, de Barcelona, que consiste en quitar el cristalino vivo, atacado de catarata, después de haber practicado una incisión (á colgajos) y después de iridectomía periférica, por medio del vacío, empleando una especie de cuchara hueca «ventosa», ha llegado á conocerse en todo el mundo después de unos seis años de empleo y continuas mejoras por parte del inventor.

A esto ha contribuido principalmente la introducción del vacío vibratorio, el cual se obtiene en manera ingeniosa, por medio de una corriente de aire introducida en la succión producida por una pequeña máquina neumática.

Bastante conocido es el actual procedimiento Barraquer; después de incisión é iridectomía periférica, colocar exactamente en la superficie anterior de cristalino la ventosa en forma de huevo alargado, unida al generador vibratorio del vacío por medio de un tubo de goma; la abertura de la ventosa es de unos 4 por 5 milímetros en su diámetro mayor, por un milímetro de profundidad, desunir luego la catarata, sirviéndose del vacío vibratorio, y girarla alrededor del diámetro ecuatorial del cristalino, de manera que el borde inferior del mismo aparezca en la cámara anterior y se coloque hacia arriba y detrás de la superficie posterior de la córnea, saliendo primero de la herida.

Se da, pues, una vuelta lenta en el ojo vivo al cristalino afectado de catarata y se extirpa de esta manera.

Por este camino se alcanzan excelentes resultados operatorios, de los cuales quiero mencionar aquí solamente la pupila redonda, zona pupilar absolutamente

negra y permanentemente libre de postcatarata, la falta de astigmatismo esencialmente postoperatorio; además, el curso rápido sin irritación de la curación, á consecuencia de la falta de restos corticales, y curación definitiva, que se verifica generalmente dentro de cinco días, conservándose intactas las capas lindantes anteriores del cuerpo vítreo. A pesar de esto, fueron observadas en un limitado número de casos durante la extracción por vacío del cristalino ciertas posibilidades de complicación.

Estas complicaciones queremos nosotros dividir en puramente técnicas y puramente clínicas, y considerar en este lugar solamente las primeras, que dependen de la forma y de la esencia del instrumental empleado hasta ahora.

Bajo esta suposición eliminaremos en lo siguiente las complicaciones exclusivamente clínicas, entre las cuales comprendemos los casos raros de irritaciones postoperatorias, hemorragias, lesiones del iris, ablatio retinae, prolapso del cuerpo vítreo y parecidos.

Las complicaciones puramente técnicas durante la extracción por vacío vibratorio del cristalino afectado de catarata practicada por el Dr. Barraquer, consisten en los siguientes casos, que analizaremos luego:

1.º Puede suceder un resbalamiento de la ventosa sobre el cristalino durante ésta ó aquella fase de la extracción.

2.º Otra complicación posible y muy desagradable es la ruptura de la cápsula, la cual puede sobrevenir igualmente en cualquier momento de la extracción, principalmente en la propia extirpación del cristalino.

3.º En lo siguiente examinaremos sólo las causas esenciales de estas complicaciones para encontrar un camino de evitar en lo posible los accidentes técnicos durante la aplicación de la ventosa de Barraquer y reducirlos á un mínimo, disminuyendo así en lo sucesivo los peligros de la operación.

II.—LOS PRINCIPALES DEFECTOS TÉCNICOS DE LA ACCIÓN DE LA VENTOSA EN EL PROCEDIMIENTO HASTA AHORA EMPLEADO.

Si empezamos la investigación de los principales defectos técnicos de la acción de la ventosa en el procedimiento hasta ahora empleado con la observación del resbalamiento de la ventosa sobre la superficie del cristalino, durante ésta ó aquella fase de la operación, entonces este resbalamiento se presentará unas veces cuando hay sinequias posteriores entre el iris y el cristalino, y la fuerza de la ventosa no es suficiente para romper estas adhesiones y tener sujeto el cristalino durante la extracción, además cuando se trata de una zónula demasiado rígida y la cápsula no tiene suficiente elasticidad, ó cuando la ventosa no fué colocada con precisión, así que pudo entrar un poco de aire entre la ventosa y el cristalino.

Cuando sucede el resbalamiento existe ciertamente una desproporción entre la fuerza y la resistencia, especialmente entre la rigidez de la zónula y la elasticidad de la cápsula por un lado y el grado de la presión negativa por otro lado.

Este caso se puede presentar también en circunstancias favorables, herida muy abierta de la córnea, zónula defectuosa y cápsula firme. Entonces debemos buscar la causa del resbalamiento en la forma del hueco de la ventosa ó en la consistencia de la substancia del cristalino ó de la cápsula.

La ruptura de la cápsula es siempre debida á la desproporción entre la elasticidad de la cápsula, ó sea de la substancia del cristalino y la fuerza empleada ó sea del hueco de la ventosa misma. La ruptura de la cápsula demuestra entonces que se ha pasado el límite de su elasticidad.

Para evitar estos dos defectos de la extracción debe intentarse asegurar el equilibrio mecánico entre la acción del vacío y la elasticidad del cristalino, entre la forma de la ventosa y la forma de la substancia de la cápsula ó del cristalino, esto es, entre la fuerza y la resistencia, lo que solamente es factible á base de análisis teórico de los factores de que se trata.

Respecto al tercero é importante defecto técnico de la acción de la ventosa hasta ahora practicada, á saber: la formación del llamado «espacio muerto» en la ventosa, compárese lo que por motivos didácticos vamos á decir sobre ello más adelante.

III.—LA TEORÍA DE LA ACCIÓN DE LA VENTOSA BARRAQUER, ASÍ COMO SU EFECTO MÁXIMO SOBRE LA SUPERFICIE ANTERIOR DEL CRISTALINO VIVO EN LA EXTRACCIÓN DE LA CATARATA.

Podemos descomponer en componentes mecánicos los efectos de las fuerzas que intervienen en el deseado máximo efecto de la acción de la ventosa para la extracción del cristalino; estos componentes están representados por los siguientes factores:

- 1.º Efecto exclusivo del vacío.
- 2.º Efecto de adhesión ó de capilaridad.
- 3.º Efecto de tracción lateral.
- 4.º Efecto de deformación.
- 5.º Efecto de presión.

Empecemos por la observación del efecto exclusivo del vacío, que aquí es el factor principal y que más nos interesa:

1.º EFECTO EXCLUSIVO DEL VACÍO

En el efecto exclusivo del vacío de la ventosa Barraquer obran dos fuerzas opuestas, las cuales están representadas por el vacío propiamente dicho, por un lado, y por la fuerza elástica del cristalino, ó sea de la cápsula del cristalino, por otro lado.

El efecto del vacío como tal, depende, aparte de la substancia de la cápsula y del cristalino, del tamaño y de la forma de la superficie que ha de deformar; y, por otro lado, depende también del grado de fuerza de la presión negativa.

La superficie hueca de la ventosa Barraquer que se emplea actualmente y que se coloca sobre el cristalino, tiene en general una forma algo irregular elíptico-ovalada, siendo una parte de la circunferencia, es decir, la que en el ojo vivo viene á colocarse hacia arriba, algo más aplanada, horizontalmente, mientras que la otra,

al lado opuesto, forma una elipse más elevada, verticalmente. La primera parte lleva el enchufe para el tubo de vacío; como se ve en el dibujo núm. 1, el vacío se efectúa lateralmente. El dibujo representa la ventosa en sección esquemática longitudinal, ó sea el corte principal.

La superficie de la base de la ventosa se parece á una elipse deformada ovalmente con un diámetro de 4 por 5 mm. escasos, sin calcular la anchura del borde de la ventosa que es de escaso $\frac{1}{2}$ mm. El diámetro menor de la elipse está desplazado 1 mm. escaso hacia la parte opuesta al enchufe del tubo de succión, lo que dá á la ventosa la mencionada forma ovalada.



Fig. 1.ª

Corte longitudinal de la ventosa actualmente en uso.

Nos interesa, en primer lugar, la forma, ó sea la encorvadura de la superficie de la substancia del cristalino atacado de catarata y su elasticidad.

Es sabido (véase von Helmholtz y otros) que la superficie anterior pupilar que corresponde á la zona ópticorneal, puede considerarse como encorvada esféricamente, siendo su radio de curvatura de unos 10 mm. Tendremos, pues, para los cortes principales de la figura cortada por la ventosa en la superficie anterior del cristalino, círculos de 10 mm. de radio de curvatura, suponiendo que el cristalino se encuentre en su estado natural no acomodado. Sin embargo, vamos á suponer por el momento, para nuestras investigaciones, que las partes de la cápsula del cristalino, cuyos ejes se encuentran cercanos, sean casi planas.

Además, debemos dar un cierto valor medio al valor numérico de la substancia de la cápsula, ó sea del cristalino, puesto que el grado de elasticidad de la substancia de la cápsula, ó sea del cristalino, varía en límites muy anchos según la edad, tipo de la catarata é individualmente. De este punto tendremos que ocuparnos más detalladamente.

La acción de la ventosa Barraquer está en función de la superficie y de la presión negativa. Cuanto mayor es la superficie, con igual vacío, tanto más fuerte es el efecto total. A pesar de que el círculo, que de todas las figuras con igual circunferencia tiene el mayor contenido numérico, teóricamente sería la figura más conveniente para la ventosa, mientras que con ella no hay una deformación sensible de la substancia de éste. Pero en vista de la deformación del cristalino necesaria para su extirpación, nos vemos obligados á renunciar á la base circular de la ventosa.

En el proceso de deformación del cristalino vivo durante la extracción por medio de la ventosa se origina por la presión atmosférica y por las rápidas vibraciones de la corriente de aire producido, el desgarró de las fibras de la zónula y la consiguiente luxación del cristalino. Luego, al dar una vuelta y levantar el cris-

talino, se aplana la mitad inferior del mismo, mientras que la mitad superior se estrecha algo. Sucesivamente la mitad superior del cristalino se estrecha todavía más durante su paso por la herida de la córnea, mientras que la parte inferior vuelve á tomar su forma anterior ó aumenta de tamaño. Durante el paso de la mitad inferior del cristalino á través de la herida de la córnea se estrechará esta parte del cristalino, mientras que la parte superior vuelve á tomar su forma primitiva. En las partes situadas entre la mitad superior y la inferior del cristalino, tendremos que buscar los pasajes de la deformación.

Especialmente las partes laterales del cristalino tomarán forma cilíndrica por el estrechamiento del cristalino en la córnea, quedando los ejes del cilindro en sentido vertical.

De esto resulta que las deformaciones no se podrán obtener con una ventosa circular, ó sea esférica ahuecada. Pero tampoco puede alcanzar el efecto máximo con la ventosa *Barraquer* que tiene en su base una figura elíptica más estrecha para las partes superiores del cristalino y una elipse más ancha para las partes inferiores, decreciendo el hueco rápidamente hacia el borde inferior de la ventosa (véase fig. 1.^a). Pues en primer lugar, la ventosa no puede garantizar la adaptación constante y perfecta de la substancia del cristalino, ó sea de la cápsula en el hueco (de la ventosa), porque no puede seguir á cualquier deformación del cristalino que tiene que extirpar, y, en segundo lugar, porque un solo hueco grande no puede conducir al efecto máximo. Esto se demostrará más adelante.

De importancia capital para la teoría del efecto de la ventosa, son los hechos de la teoría de la elasticidad.

Estos nos enseñan, ante todo, que la extensión elástica de un cuerpo está en proporción directa á la fuerza de extensión. Al mismo tiempo, la extensión elástica es directamente proporcional al largo del cuerpo, especialmente, dentro del llamado límite de proporción. Asimismo, la extensión producida por la mencionada fuerza está en proporción inversa respecto á la sección transversal del cuerpo. Una fracción de la variación del largo por extensión elástica se llama coeficiente de elasticidad y su valor recíproco el módulo de extensión ó de elasticidad. Este último factor que tiene por cada cuerpo elástico, dentro de los límites de la proporción, un determinado valor ó varios valores, según el grado de la carga, indica cuántos kilogramos se necesitan para extender hasta su doble largo un cilindro de 1 mm² de sección.

Así, por ejemplo, el caucho tiene como módulo de elasticidad valores muy variados, según que la carga sea grande ó pequeña, variando estos valores entre 0,05 y 350.

Si la fuerza que produce la deformación pasa los límites de la elasticidad, ó sea de la proporción, entonces el cuerpo elástico suele conservar la deformación en cierta medida, es decir, no vuelve á su figura primitiva.

Faltando hasta ahora datos exactos referentes al valor del módulo de elasticidad, tanto del cristalino

normal, como del cristalino afectado de catarata, ó sea de la cápsula elástica, nos vemos obligados á establecer un valor medio de comparación que nos pueda servir de punto de apoyo para nuestras investigaciones. Vamos, pues, á colocar en relación, la elasticidad de la cápsula, ó sea del cristalino, con la del caucho expuesto á una carga moderada y estableceremos el módulo de elasticidad media 0,1. Es claro que debemos tener presente que este valor oscilará, según edad, clase y rigidez de la catarata.

Pero puesto que no es posible obtener datos exactos referentes á la elasticidad de la catarata en cada caso, no nos queda más remedio que servirnos del valor medio indicado. A pesar de esto, es de suponer que las variaciones de los valores entre las cifras efectivas de la elasticidad de los cristalinos afectados de catarata, son mínimas y se mueven dentro de los límites de las diferencias admisibles, puesto que de todos los cuerpos conocidos, el caucho es el que más se acerca á la elasticidad del cristalino afectado de catarata.

Suponiendo, pues, el módulo de elasticidad 0,1 para el cristalino, obtendremos el coeficiente de elasticidad 10. Dentro de los límites de proporción la cápsula del cristalino no debe, pues, extenderse elásticamente á más de $\frac{1}{10}$ de su longitud.

Para la investigación debemos calcular con trozos cilíndricos de la cápsula, ó sea del cristalino, cuya dirección sigue las líneas geodésicas de la superficie del cristalino. Con esto el alargamiento máximo admisible queda sujeto á la misma ley, arriba expuesta, que pone en relación directa la fuerza de extensión con el alargamiento elástico resultante, mientras que para la sección transversal, vale la proporción opuesta.

Llegamos ahora á la cuestión de la figura que han de trazar los cortes principales de la ventosa sobre la substancia de la cápsula ó sea del cristalino, elásticamente extendido para garantizar el efecto mejor y máximo, con una determinada cantidad de fuerza sobre el cristalino que se ha de sujetar firme durante su extracción.

Como más arriba ya hemos mencionado brevemente, en vista de la deformación cilíndrica del cristalino durante la extracción, el trazado de la base de la ventosa debe tener forma elíptica, y si fuera circular debería ser muy pequeño. Para las aberturas mayores que las de una ventosa relativamente pequeña provista de efecto de adhesión y de capilaridad, la elipse representa precisamente el mejor trazado de las curvas de la base á pesar de que en vista de la deformación variable este trazado no ha de ser precisamente el de una elipse matemáticamente exacta, lo que se ha tenido presente en la construcción de la ventosa actual. Esta tiene, como también ya hemos mencionado, en el lado que se coloca sobre las partes inferiores del cristalino un arco aplanado de elipse.

Este trazado de las curvas de la base, importante para nuestras deducciones y que sirve también para definir el hueco de la ventosa, depende de los cortes principales de la masa y su relación con el hueco de la ventosa.

Para encontrar esta curva hay que tener en cuenta

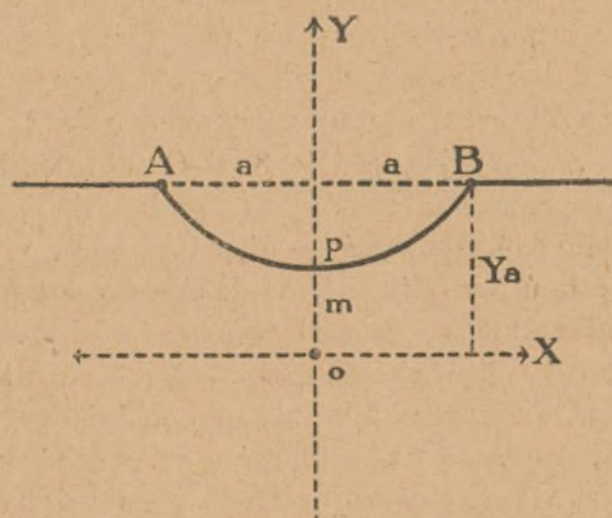
que la fuerza del vacío y la elasticidad de la cápsula, ó sea del cristalino, son factores opuestos.

Podemos comparar la fuerza del vacío con la fuerza de gravedad ú otras fuerzas cualesquiera que obran uniformemente y en la misma dirección sobre todos los puntos de un cuerpo elástico. Si miramos un trozo de la cápsula, elástico y en forma de cilindro, de 1 mm.² de sección transversal, cortado en dirección geodésica, especialmente en una sección principal, éste seguirá á las fuerzas mencionadas en la misma medida como una cuerda ó una cadena flexible uniformemente hacia todas partes. Estas se colocan, bajo la influencia del campo de gravedad, en una curva bien definida que en el análisis superior se conoce como línea de cuerda ó catenaria y que tiene la siguiente igualdad paramétrica explícita:

$$y = \frac{m}{2} \left(e^{\frac{x}{m}} + e^{-\frac{x}{m}} \right)$$

En esta igualdad m significa un parámetro bien definido por la distancia del vértice de la catenaria de los puntos de origen de la coordenada O ó del eje X , teniendo la curva el eje Y como eje de simetría.

En la fig. 2.^a se ve la curva de la catenaria. P significa el vértice de la catenaria, de modo que PO es igual

Fig. 2.^a

La catenaria y su parámetro.

á m . A y B son los puntos de suspensión de la catenaria situados simétricamente respecto al eje Y ; su abscisa está marcada a .

En sentido rigurosamente matemático la catenaria está representada por un hilo flexible, no elástico. Pero como las partes de la cápsula que se adaptan á los cortes principales de la ventosa han de estar bajo la elasticidad máxima admisible, y se supone que la cápsula es extendida correspondientemente, en nuestro caso tiene que resultar respecto á la cápsula que se encuentra bajo la influencia de la aspiración, una catenaria modificada, en la cual cada coordenada de la curva está algo acortada según el valor máximo de elasticidad. Analíticamente se acorta cada diferencial de ordenada d y por el elemento d correspondiente al elemento de la fuerza del vacío S , el cual, con la máxima tensión de la cápsula, dentro del límite de la proporción, equilibra al elemento de desplazamiento de la cápsula, $d u$, existente entonces, respecto de la línea AB .

De estas relaciones se hablará todavía más adelante.

En la práctica, las variaciones de la curva de la cápsula, ó sea del hueco más favorable de la ventosa, serán idénticas con la catenaria que se forma entre A y B , si la tensión de la cápsula y el alargamiento de la misma pueden considerarse como valores constantes. Pues, entonces sería

$$d \delta = 0$$

(Continuará.)

Amaurosis de un ojo y ambliopía del congénere, producidas por la quinina

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Académico C. y laureado de la Real y Nacional de Medicina.

Entre las múltiples sustancias que más corrientemente producen ambliopías ó amaurosis (tabaco, alcohol etílico, y especialmente el metílico, sulfuro de carbono, tiroidina, helecho macho, plomo, iodoformo, atoxil, optoquina, etc.), hay una de uso diario en Medicina interna, que es la quinina.

Son muchísimos los casos publicados de pérdida parcial ó total de la visión, consecutivamente á la ingestión de sales de quinina, ya sea por medio de una fuerte dosis, de varios gramos (8, 10, 20, 30), tomada por equivocación (caso del profesor Márquez), ó con un fin abortivo (Bollack) y hasta suicida, ya por dosis usuales repetidas durante varios días seguidos, como es el que vamos á describir. Y si se consulta la literatura sobre el particular, se observará que gran parte de los casos publicados han sobrevenido después de la administración de dosis relativamente cortas del medicamento, tomadas en varios días (4, 6 ú 8 gramos).

Estas comprobaciones son muy dignas de tener en cuenta por los médicos generales, quienes suelen usar más de lo debido la quinina, que ya parece no tener más indicación que á dos ó tres afecciones especiales (paludismo y alguna más).

Y habiendo ocurrido en estos últimos tiempos, con motivo de la introducción de la optoquina en la Terapéutica, el hallazgo de irremediables cegueras, y sabiendo que esta sustancia impurifica frecuentemente la quinina, sería conveniente el que se legislara en el sentido de analizar oficialmente las sales de quinina del comercio, para rechazar las que contengan optoquina, evitando, ó al menos disminuyendo, los efectos desagradables á que hacemos referencia.

Solamente este doble punto de vista nos guía al publicar esta observación personal: llamar la atención de los médicos y de la Sanidad oficial sobre ambos extremos.

Por lo demás, no hemos de entrar en disquisiciones científicas, y sólo recordaremos que la amaurosis quinica, si bien suele mejorar ó curar totalmente, siempre queda como lesión oftalmoscópica apreciable una palidez acentuada de la papila, que indica, al menos, la disminución de su riego sanguíneo por efecto de la

isquemia continuada á que ha estado sometida, de una parte, y de la otra, la segura alteración anatómica de las células ganglionares de la retina y de los cilindros ejes que de ellas arrancan.

Observación.—Felipe L. B., de veinticinco años, soltero, labrador, de Lucainena (Alpujarra), se presentó á consultarnos el día 10 de Septiembre de 1917.

Antecedentes.—Este sujeto ha gozado siempre de buena salud y no ha padecido ninguna afección ocular. La única enfermedad que había sufrido era de actualidad: paludismo. La contrajo en Larache siendo soldado, habiendo tenido el primer acceso febril hacía cincuenta días (el 20 de Julio del mismo año) y precisamente en el momento de ser licenciado. En los días siguientes (21, 22, 23, 24 y 25 de Julio) se repitieron los accesos febriles típicos de la infección palúdica; desapareciendo en esta última fecha con el uso de tres sellos diarios de 25 centigramos de clorhidrato de quinina, tomados durante dos ó tres días. Ya estando licenciado, y en su pueblo, precisamente al mes de haber sufrido el primer acceso palúdico, el día 20 de Agosto siguiente tuvo otro acceso febril, que le repitió durante los días consecutivos, hasta el 26 del mismo mes, que comenzó á tomar cuatro sellos diarios de clorhidrato de quinina de 25 centigramos cada uno, desapareciendo con ellos los accesos febriles. Durante cuatro días tomó igual cantidad de quinina (1 gramo diario).

El día 30 de Agosto, y después de haber ingerido 5 gramos de clorhidrato de quinina, en cinco días, observó que veía poco, como si hubiese tenido una niebla delante de los ojos, á lo que no dió importancia hasta el día 1.º de Septiembre, que ya no veía nada con el ojo derecho y casi nada con el izquierdo, y entonces, ya alarmado, se lo comunicó á su médico, quien dispuso (ya había suspendido la medicación) que consultase á un oculista.

Reconocimiento.—Pupilas á medio dilatar, reaccionando apenas, y muy perezosamente, á la luz, tanto al reflejo directo como al sinérgico. Visión ojo derecho = 0. Visión ojo izquierdo = dedos á 4 metros.

Por oftalmoscopia se observa en el ojo izquierdo un enturbiamiento blanquecino muy acentuado en toda la papila y retina circundante, en una extensión como de dos diámetros papilares, quedando un pequeño rodete periférico de retina medianamente perceptible (el enturbiamiento era menor en la zona marginal). Los contornos de la papila han desaparecido, las arterias no se perciben y solamente, á trozos, se ven las venas retinianas. El aspecto oftalmoscópico recuerda el de la embolia de la arteria central de la retina, si bien falta la mancha roja de la región foveal, que muy prolijamente reconocemos. En el ojo derecho, nos encontramos un anillo pigmentario, del diámetro de la pupila semidilatada, es decir, de unos 4 ó 5 milímetros de diámetro, sobre la cristaloides anterior; trozos del epitelio del iris, por iritis poco intensa, quizá de origen palúdico. El fondo del ojo estaba completamente turbio é imposible de iluminar, aun empleando un buen foco luminoso.

El diagnóstico que hicimos fué el que lleva por título esta nota clínica.

Tratamiento.—Tres cucharaditas al día de la siguiente poción vasodilatadora, recomendada en casos análogos por el profesor Márquez: ioduro sódico, 5 gramos; nitrito potásico, 3 gramos; agua, 120 gramos; jarabe de éter, 30 gramos.

Al día siguiente: O. I. visión = $\frac{1}{6}$ fácil. Por oftalmoscopia se comprueba que el enturbiamiento retiniano ha disminuído y son visibles en todo su trayecto las venas y apenas perceptibles y como filiformes las arterias; O. D. visión = dedos á $\frac{1}{2}$ metro, el fondo del ojo comienza á iluminarse, percibiéndose bien el resplandor oftalmoscópico, aunque no se puede apreciar ningún detalle.

Día 12 de Septiembre.—El fondo del ojo derecho ya es reconocible con el oftalmoscopio y visibles la papila y los vasos, siendo el aspecto de conjunto completamente igual al que presentaba el ojo izquierdo en el primer reconocimiento.

Día 16 de Septiembre.—O. I. visión = $\frac{1}{5}$; O. D. visión = $\frac{1}{10}$. Las pupilas en ambos ojos, y especialmente la del izquierdo, están contraídas y reaccionan á la luz. El fondo del ojo izquierdo es casi normal, quedando solamente un ligero enturbiamiento alrededor de la papila. En el ojo derecho los vasos de la retina son ya muy perceptibles. Se le suspende la poción vasodilatadora.

En los días sucesivos se le ponen inyecciones de sulfato de estricnina en dosis crecientes y la agudeza visual va aumentando progresivamente hasta alcanzar $\frac{1}{2}$ en ambos ojos, el día 8 de Octubre de 1917; si bien el aspecto oftalmoscópico en ambos ojos apenas si ha variado con relación á los días anteriores.

En este último día se le da de alta conservando un aspecto blanquecino en ambas papilas ópticas.

Este caso clínico viene á aumentar la casuística y á reforzar la opinión ya bastante extendida de que la quinina, aun á la dosis terapéutica, puede ocasionar trastornos visuales de importancia y hasta dejar tras sí una disminución más ó menos grande de la agudeza visual.

En todo caso debe procederse siempre, al menor indicio de trastorno visual, á suspender la medicación y á emplear sustancias vasodilatadoras (nitritos, nitroglicerina) y hasta digital y después inyecciones de estricnina que estimulen la vitalidad de las fibras ópticas.

Madrid, Diciembre, 1922.

Bibliografía.

LE CANCER, por Joseph Thomas.—Un volumen: librería A. Quillet; precio, 9,50 francos.

El número de cancerosos aumenta de un año para otro. Todas las clases de la sociedad son atacadas indistintamente. Pasada la edad de cuarenta años, el cáncer es una de las causas de muerte más frecuente.

En treinta años, la mortalidad por cáncer ha doblado en la mayor parte de los países de Europa. En Francia el número de muertos se eleva anualmente á 30.000 y en París solamente, muere un canceroso cada dos horas.

En presencia de un flajelo tan espantoso, el público tiene

el derecho y el deber de ser instruido. Es preciso que conozca los primeros síntomas de esta enfermedad, que sepa que el cáncer no es doloroso en su principio, que, el médico es por lo tanto consultado demasiado tarde y que sin embargo, las probabilidades de éxito de un tratamiento quirúrgico ó de otra naturaleza, son tanto más elevadas cuanto que éste se instituya lo más pronto posible.

El libro del Dr. Thomas llega muy á tiempo. El autor ha suprimido voluntariamente las expresiones demasiado técnicas susceptibles de perjudicar á la claridad del conjunto. Trata sucesivamente de las principales cuestiones que se relacionan con el individuo, la naturaleza del mal, los caracteres clínicos, el diagnóstico precoz, las influencias de la edad, del sexo, de la raza, de la herencia, del contagio, del traumatismo, el cáncer de los animales y los vegetales, los diversos modos actuales del tratamiento, etc.

La lectura es al mismo tiempo instructiva é interesante; es un volumen que todo espíritu consciente del peligro al que cada uno de nosotros está expuesto, debe poseer en su biblioteca. No dudamos que esta nueva obra obtendrá del público todo el éxito que merecen á la vez la importancia de la materia tratada y la competencia del autor que la ha escrito.

Periódicos médicos.

DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Un caso de induración osteoide de los cuerpos cavernosos.**—El Dr. Reynaldo Irigoyen ha presentado á la Sociedad Médico-Quirúrgica del Guayas el siguiente caso clínico:

Antecedentes personales.—El enfermo responde al nombre de M. C. C., natural de Machachi, provincia del Pichincha, de cincuenta y dos años de edad; fué militar durante cinco años; hoy se ocupa de empleos particulares; es casado y tiene cuatro hijos. Sin antecedentes familiares. Nuestro enfermo ha gozado hasta esta edad, cosa rara en el trópico, de la más completa salud. Su pasado genital es el siguiente: en 1902 sufre de una uretritis que le dura tres días; fué tratado con inyecciones de permanganato potásico; hace cinco años sufrió de adenitis del lado izquierdo, sin tener ninguna lesión en sus genitales á que atribuir esta dolencia; cura también en pocos días. No ha tenido nunca chanero ni traumatismos sobre sus genitales que justifiquen su afección actual.

Enfermedad actual.—Hace un año más ó menos que el enfermo nota sobre la parte dorsal del miembro una bolita dura completamente indolora, que comienza á tratársela con masaje y saliva en ayunas, y que esta pequeña bolita le ha ido creciendo poco á poco hasta tener las dimensiones y forma actuales. Hace cinco meses, poco más ó menos, que comenzó á sentir dificultad para el coito, teniendo el enfermo que hacer uso de los dedos para la introducción, porque el miembro, á más de estar algo flácido durante la erección, se lo notaba más torcido.

En el examen compruebo lo siguiente: una induración que comienza en la base del glande por un cordón redondeado y duro, que sigue una extensión de un centímetro la línea media del dorso del pene, para ir á confundirse en una lámina delgada y dura de 2 centímetros más ó menos de extensión, que asienta en la misma cara dorsal; esta lámina presenta una cara lisa, de bordes casi romos y de espesor de algunos milímetros; la lámina es inflexible, va de uno

á otro borde de los cuerpos cavernosos, y terminando por la parte superior del miembro, en otro cordón semiduro que ocupa la línea media, y se pierde insensiblemente en los tegumentos de la vaina. La lámina es sumamente móvil; se desplaza á derecha é izquierda.

La uretra está intacta; no hay ninguna induración en el cuerpo esponjoso; la próstata está normal; el estado general del enfermo es bueno. No hay azúcar en la orina; no padece de gota ni tiene sífilis; no hay signos marcados de arterioesclerosis.

He tratado de completar esta observación con una radiografía de la lesión, cuyo resultado está á la vista en sus placas. Y en esta parte debo de agradecer la gentileza de los Sres. Dres. Juan Verdesoto y Luis Romo Rosales, que me han ayudado a completar este estudio, aun cuando los esfuerzos de dichos colegas han sido casi vanos, por lo difícil que es radiografiar estas induraciones conforme lo dicen ellos, expertos en la materia, y el profesor Brohl, citado por Legueu. Sin embargo, con el intento de hacer constar la buena voluntad y el trabajo, presento á ustedes dichas radiografías que el Sr. Dr. Rosales pudo obtener en su gabinete.

Hasta aquí mi observación. Veamos ahora el caso del profesor Legueu, que tiene mucho de parecido con el que tenemos á la vista, puesto que de él vamos á tomar la terapéutica.

«Un hombre, P., de cincuenta y cinco años de edad, se presenta el 15 de Noviembre de 1915 en la sala de Terrasse, por una induración en la cara superior de los cuerpos cavernosos.

Hace un año más ó menos que se nota una afección de a verga, y es por este trastorno funcional, que es indoloro, por lo que se presenta á su consulta.

En la cara dorsal de la verga se comprueba una placa de induración, que comienza inmediatamente en la base del glande y se extiende de un borde á otro de los cuerpos cavernosos, y hacia atrás remonta hasta la raíz de la verga.

Toda la cara dorsal del pene es absolutamente dura: la placa, espesa de algunos milímetros, se confunde con los cuerpos cavernosos, de los cuales parece ser una transformación.

La superior es lisa; sus bordes, muy regulares; sus ángulos, ligeramente redondos; no hay depresión en la línea media.

Parece que esta placa, dado su volumen, su longitud y su consistencia, debe existir de largo tiempo atrás.

En los antecedentes del enfermo no hay ninguna enfermedad venérea. El ha sufrido, por otra parte, de roséola simple.

Su uretra está intacta; la próstata, ligeramente adenomatosa; el estado general es bueno: no hay arterioesclerosis, ni gota, ni diabetes, ni sífilis.

El 17 de Febrero opera al enfermo, según su método propuesto, por autoplastia con la aponeurosis de la fasciálata.

El examen histológico de esta induración plástica demuestra ser un «osteoma desarrollado en la parte profunda de la albugínea».

Apoyado en esta observación, creo estar en presencia de una induración osteoide de los cuerpos cavernosos; basándome en la configuración de la placa, en su consistencia, en su inflexibilidad y en el lugar que ocupa que es la albugínea de los cuerpos cavernosos. No quiero llamarle induración fibrosa, que tales induraciones tienen casi todas ellas cuando reposan en los cuerpos cavernosos, una forma redondeada, ruedan bajo el dedo, y la consistencia es más blanda; y

cuando residen en el cuerpo esponjoso de la uretra, dependen de una infección blenorragica ó un traumatismo; y aquí la consistencia es más blanda y su forma sigue la conformación de la uretra (me refiero á las estrecheces) y nuestro enfermo no ha sufrido nunca ni traumatismo, ni blenorragia, ni la lesión esta asentada en las vecindades de la uretra.

No puede ser un goma sifilítica, porque la forma del goma es redondeada, su consistencia blanda, y su situación es siempre superficial cuando asienta en las partes blandas, y no tiene tampoco una evolución tan larga, de un año, que es el tiempo que data la lesión de este enfermo; por otra parte, el goma es una afección necrosante cuya evolución es más corta.

Tampoco podemos llamarlo una nudosidad cancerosa, porque no es esa la forma que adopta tal lesión en su comienzo, y son mucho más profundos atacando el cuerpo mismo de los cuerpos cavernosos y siempre son propagaciones de cáncer del glande.

Los depósitos calcáreos son siempre flexibles y largos.

Hecha esta diferenciación nos queda tan sólo que hablar del pronóstico y del tratamiento.

El pronóstico de esta dolencia, si bien no compromete directamente la vida del enfermo, lo condena á vivir mártir, privado del placer de cumplir sus funciones de hombre; se vuelven neurasténicos, apáticos y al fin suicidas.

Tratamiento.—Antes del último método adoptado por el profesor Leguen, el tratamiento se reducía á la aplicación de rayos X con el que al decir de algunos autores se conseguía algún éxito, pero nunca su curación radical. Los enfermos tratados quirúrgicamente no aliviaban casi en nada á los pacientes, los dejaba tan impotentes como antes de la operación; en virtud de esto el profesor Leguen en Febrero de 1915 modifica la operación completándola con la autoplastia de la aponeurosis de la fascia-lata colocada sobre la insinuación hecha para la enucleación de la induración ósea.

Después de verificada la operación daré cuenta del examen histológico de la induración que se extraiga del órgano de este hombre. (Anales de la Sociedad Médico Quirúrgica del Guayas, Diciembre de 1922.)

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Neumolito ó Broncolito.—El Dr. Herbert Tox comunica el siguiente caso clínico:

Un individuo de sesenta años, fué sano hasta la edad de treinta años en que contrajo tuberculosis. Se abortó ésta, pasando tres años en la meseta de las Montañas Rocosas, después de lo cual regresó á vivir en la ciudad, dedicándose desde entonces á trabajos activos. Siempre había sido muy amigo de la vida al aire libre, como labrador y cazador, atribuyendo á esto el aborto de la tuberculosis. Hace unos diez á doce años, comenzó á sufrir ataques repetidos de «gripe», con intervalos irregulares, especialmente cuando pasaba el invierno en Filadelfia. Se acompañaron estos ataques, de bronquitis, esta lo éste que se hizo crónico al cabo de pocos años. Durante los últimos cuatro ó cinco años, había tenido tos casi constante con excesiva expectoración mucopurulenta, presentándose el esputo en masas adheridas. Ha habido, á veces, alguna hemoptisis, á veces en forma de estrías sanguinolentas en el esputo, pero más á menudo en coágulos de sangre fresca que ascendían hasta 3 onzas (90 c. c.). Las hemorragias se presentaban con paroxismos de tos por la mañana. En el invierno de 1920 analicé el esputo y no encontré bacilos tuberculosos, pero sí grandes cantidades de neumococos y de estafilococos equinos. De éstos se preparó

una vacuna, administrándose ocho tratamientos, y produciéndose después de las primeras dosis un alivio marcado de la tos y disminución de la expectoración. La mejoría no continuó y se suspendió el tratamiento. La exploración reveló señales de bronquiectasia, confirmando el diagnóstico por los rayos X. El roentgenograma reveló bronquiectasia en ambos lados, pero mayor en el bronquio del lóbulo superior derecho. Había varias sombras gruesas en ambos pulmones, que podían ser, bien áreas calcificadas ó fibrosas, ó probablemente algunos ganglios calcificados en el hilio. Desde esa fecha, el estado pulmonar no ha mejorado marcadamente, aunque con su permanencia en el Sur durante el invierno, y en el Oeste durante el verano, se ha aliviado la gravedad de la tos y mejorado la salud en general. Durante los dos últimos años, la respiración se ha vuelto más y más penosa, consistiendo en un asma indudable, al hacer algún esfuerzo extraordinario; el último rasgo mejoró este otoño, debido á la vida cuidadosa del enfermo y por permitir mayor sosiego su mejor situación económica.

Las exploraciones físicas, verificadas á intervalos repetidos, durante los últimos quince años, han arrojado hallazgos casi idénticos. Por debajo de la clavícula derecha, hasta el tercer espacio intercostal, ha habido una ligera retracción del tórax, disminución de la resonancia y á veces señales de una nota timpánica. Los ruidos respiratorios allí son ásperos, pero la espiración no es del tipo claramente tubular. Atrás se obtuvieron hallazgos semejantes hasta el nivel mesoescapular, pero más distantes del oído. Los signos anormales fueron siempre más marcados en el tercer espacio intercostal que en el extremo del vértice. Fundándonos en la exploración física, no pudo hacerse un diagnóstico preciso de bronquiectasia, aunque se sospechó ésta.

En Septiembre de 1922 estudiamos de nuevo el esputo, bacteriológicamente, con objeto de determinar si algunos de los microorganismos provocarían susceptibilidad á la cutirreacción. El microorganismo predominante resultó un miembro del grupo de la septicemia hemorrágica, y éste acusó una reacción moderada, pero precisa, cuando se inyectó, además de un testigo, en la piel. Se comenzó el tratamiento con inyecciones de 25 millones, cantidad ésta que no produjo ninguna reacción local, pero sí un malestar marcado, elevándose la temperatura á 99° 2 F. (37° 3 C., los registros termométricos de este individuo eran siempre normales ó inferiores á lo normal), ligero aumento de la tos, que no era muy molesta, y expectoración más fácil. Debido á la hipertermia, se continuó la dosis anterior tres veces, con intervalos de cinco días, obteniéndose siempre el mismo resultado, aunque disminuyó la intensidad. Los esfuerzos para aumentar la dosis no dieron buen resultado. Después de la segunda reacción, el paciente nos trajo dos fragmentos de material calcáreo que había expulsado al toser durante la noche, con mucosidad, pero no del todo envuelta en ésta. No se necesitó ningún esfuerzo especial para expulsar el cálculo. El paciente opina que, probablemente, representa un cálculo destruido por los dientes. El retenido como ejemplar para el museo mide 4 por 3 por 2 milímetros, es bastante irregular, áspero y no tiene ni facetas ni cápsulas. El pedazo más pequeño, al ser analizado, reveló indicios de carbonato de calcio, oxalato de calcio y fosfato de magnesio además de algún material orgánico. Es interesante observar que este individuo había asegurado, durante varios años, que tenía algún cuerpo extraño en el pulmón, dándose cuenta de una sensación peculiar que indicaba la existencia de algo que no debería hallarse allí. (Edición Española de *The Journal A. M. A.*, 1.º de Marzo de 1923.)

2. Sobre un caso de aspergilosis del pulmón.—El

Dr. Francisco Gardey comunica el siguiente interesante caso clínico:

C. A. M., quince años, argentino, estudiante.

Antecedentes hereditarios y personales.—Sin importancia.

Enfermedad actual.—Hace dos meses y medio empezó á toser con escasa expectoración, especialmente por las mañanas, al levantarse. Además, se notaba cansado, con poco apetito y cefaleas. Los síntomas fueron aumentando de intensidad, tuvo fiebre por las tardes (dice hasta 39°), la tos y expectoración se acentuaron, aparecieron dolores de espaldas y adelgazó notablemente; y el médico que lo asistía lo hizo enviar á su casa del colegio en el cual estaba internado.

Ahora la fiebre alcanza á 38°,6 por las tardes; la tos es quintosa y provoca dolores intensos que el enfermo localiza en el costado derecho; la expectoración es purulenta, á veces hemoptoica y de olor fétido. El apetito ha desaparecido. Ha disminuído 10 kilos en su peso. Constipado. Orina bien.

Estado actual.—Esqueleto bien desarrollado y grande (mide 1,81 metros de altura); masas musculares emaciadas; panículo adiposo escaso; piel húmeda; se notan las rayas de Liebermeister y Bouchard. Decúbito indiferente. Reflejos tendinosos y pupilares, normales.

Tórax: simétrico; diámetros normales; tipo respiratorio costoabdominal; ligera disnea objetiva.

Pulmón: en la base del pulmón derecho se nota una zona submate de 3 ½ traveses de dedo; vibraciones vocales disminuídas; murmullo vesicular y resonancia de la voz, alejados; rales subcrepitantes finos y frotos pleurales en la auscultación. Por delante sólo se observan aquéllos mismos fenómenos propagados. Demás del parénquima, bien.

Corazón: límites y tonos, normales.

Pulso: regular, igual, tensión disminuída, dícroto. Pulsaciones, 88 por minuto.

Abdomen, hígado, bazo y estómago: sin novedad.

Lengua: húmeda, saburral.

Orina: escasa, amarillorrojiza.

Análisis de esputos, practicado por el Dr. Carlos Lloveras, dió el siguiente resultado:

«A las investigaciones microscópicas y bacterioscópicas se nota: expectoración de aspecto particular, de color blanco ligeramente verdoso, y formada por una cantidad de pequeños corpúsculos redondeados que le dan cierta semejanza con granos de arroz.

Coloración Gram: se ven neumococos, diplococcus catharralis, neumobacilos y unos filamentos largos parecidos á los micelios del aspergillus fumigatus.

Investigación Koch; coloración Ziehl-Nielsen: resultado negativo.»

Nuestro jefe de laboratorio del servicio, el aventajado estudiante Sr. Obdulio S. Pereyra, pudo confirmar aquellos datos en diversas preparaciones, é investigar además las reacciones propias del germen.

La radioscopia del tórax, efectuada por el distinguido radiólogo Dr. A. de Nucci, reveló: una obscuridad de la antedicha zona y ausencia de excursión respiratoria de la base derecha. El resto del parénquima, claro.

Creo oportuno transcribir, aunque sumariamente, los conocimientos clásicos de esta enfermedad no común.

Entre las micosis del pulmón, la más conocida es aquella debida al *Aspergillus fumigatus* y designada con el nombre de *aspergilosis*. Han sido descritas otras especies de hongos, especialmente un cladotrix hallado por Eppinger en un hombre muerto de meningitis cerebroespinal, con absceso del cerebro, granulaciones miliare de la pleura y pulmón y adenitis brónquica sin bacilos de Koch.

La aspergilosis fué observada en el hombre el año 1856

por Virchow; después, por Friedreich, Furbringer, etc. En el Congreso de Berlín (1890), Dieulafoy, Chantemesse y Vidal presentaron nuevas observaciones, confirmadas por Rénon, Laulanié, etc.

Se conoce una aspergilosis espontánea en los equinos bovinos y en las aves, particularmente en las palomas. En éstas se observa una lesión nodular bucal de apariencia caseosa, que puede generalizarse y dar lugar á la formación de granulaciones tuberculosas atípicas en el pulmón, hígado, esófago, intestino, riñón y otros órganos.

La infección experimental ha sido realizada en las aves, cobayo y conejo. La inoculación provoca la formación de un pseudotubérculo debido al desarrollo *in situ* de filamentos de micelios y de un aflujo de leucocitos que los engloban. El todo está envuelto por el tejido pulmonar congestionado, que puede en algunos casos hacerse un proceso activo de esclerosis.

El aspergillus fumigatus es más virulento que el aspergillus niger.

La pseudotuberculosis aspergilar ha sido observada en el hombre, sea al estado puro (aspergilosis primitiva), sea asociada á la tuberculosis pulmonar vulgar (aspergilosis secundaria). Se la encuentra en los individuos expuestos al contacto de animales enfermos y contaminados por ellos, ó en aquellos que viven en una atmósfera con polvos vegetales que pueden contener el aspergillus (criadores de palomas, caballerizos, molineros, etc.). Los esporos penetran en el pulmón por inhalación y determinan la producción de pseudotubérculos que provocan en el pulmón sea un proceso de esclerosis pura ó una esclerosis combinada á la supuración, que puede evolucionar hacia la formación de cavernas.

Los síntomas de la aspergilosis son muy semejantes á los de la tuberculosis pulmonar. Puede iniciarse con una hemoptisis. Los enfermos acusan anorexia, postración y adelgazamiento. Los síntomas funcionales pulmonares no tardan en aparecer: la tos es quintosa, seca primeramente, y después acompañada de una expectoración verdosa, purulenta, á menudo sanguinolenta. Los signos físicos son, al principio, los de una congestión permanente ó de una inducción del parénquima pulmonar. Los signos pueden localizarse en los vértices. Los síntomas generales son: la fiebre, que generalmente no pasa de 38°,5; pérdida de fuerzas, etc.

De manera, pues, que el enfermo, sin los oportunos auxilios de una quimioterapia activa, hubiera probablemente evolucionado hacia una verdadera tisis aspergilar con sus excavaciones del parénquima pulmonar y caquexia consecutiva. Con higiene, helioterapia, alimentación razonada, ioduro de potasio *per os* y arrhenal por vía hipodérmica, á los quince días desaparecía la fiebre y los demás síntomas se atenuaban gradualmente, de modo que á los sesenta días de iniciado el tratamiento estaba repuesto del todo, con un aumento de 12 kilos en su peso.

Llama la atención en este caso que nunca vivió el enfermo en un ambiente contaminado ni en contacto con animales afectados. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 1.º de Marzo de 1923.)

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Caso de tumor maligno que simulaba demencia paralítica, con operación y reposición mental y neurológica.**—El Dr. Charles Rosenheck comunica el siguiente caso clínico:

Anamnesis.—Un varón, de cincuenta años de edad, carnívor, dió historia de haber sido sano hasta quince años

atrás, cuando recibió un golpe en el lado derecho de la cabeza, propinado con un recipiente de cristal. No perdió el conocimiento, y cicatrizó pronto la herida del cuero cabelludo. Al parecer, no hubo síntomas, sino al cabo de algunos meses de haber recibido la lesión, cuando se le produjo una jaqueca insidiosa, que, á medida que transcurría el tiempo, iba empeorando. La ingestión de grandes cantidades de remedios, durante un período de catorce años, produjo muy poco efecto sobre la jaqueca. Esta era más ó menos continua y empeoraba de noche. A pesar de que existía alguna remisión en la intensidad, nunca faltaba por completo. Para aliviarse de su triste situación, pensó á veces en suicidarse. Hace dos años reveló por primera vez un cambio notable de la personalidad. Descuidaba sus negocios, pensaba en fantásticas operaciones financieras, se volvió en extremo generoso para sus amigos y aun para los desconocidos, hasta que perdió su dinero y negocio. También se manifestó notable irritabilidad del carácter, así como defectos de la memoria, en especial para los hechos recientes. No se observaron anomalías de conducta en el cuadro clínico, pero sus parientes en especial, observaron una extraordinaria sensación de bienestar. Entonces, se manifestaron los defectos psíquicos y emotivos, desarrollándose períodos alternativos de depresión y satisfacción dedicándose á contar historietas cómicas sin gracia—el «Witzelsucht» de los alemanes—y pequeñas alteraciones de conducta. En esta época, sus médicos creyeron que era muy posible el diagnóstico de demencia parálitica. Hace cosa de un año se alteró la vista, y con frecuencia se quejaba de diplopia. No hubo vómitos, vértigos, ni trastornos de la deambulación en todo el curso de la enfermedad. El estado orgánico era excelente y el aparato digestivo funcionaba en condiciones normales. A pesar de su estado, se observó un aumento constante en el peso. Las jaquecas le impedían dormir. Hubo fenómenos convulsivos, dos veces, unas seis semanas antes de la operación. En ambos casos, hubo pérdida completa del conocimiento, y después de reponerse no se observaron fenómenos residuales de ninguna clase.

Exploración.—No había actitud anormal del sistema motor voluntario. El paso y la actitud eran por completo normales. Practicó á satisfacción todas las pruebas de coordinación. Ninguna de las pruebas de actos delicados, reveló desviación alguna de lo normal. No existía dismetría ni otros trastornos de disineria.

Los reflejos profundos de las extremidades inferiores y superiores demostraban mayor actividad en el lado izquierdo que en el derecho.

Los reflejos superficiales revelaron reacciones normales, exceptuando el abdominal izquierdo que se produjo con dificultad y reaccionó más débilmente. En el lado izquierdo había una extensión patológica del dedo gordo. No había movimientos involuntarios anormales, ni movimientos asociados anormales. El aparato nervioso periférico no presentaba alteraciones patológicas ni alteraciones en su funcionamiento.

La exploración sensorial general no reveló desviación de lo normal.

Nervios craneales: Las pupilas reaccionaron con rapidez á la luz y á la acomodación. Los fondos oculares presentaban estenosis profunda de las arterias, dilatación y tortuosidad de las venas, hemorragias retinianas, y edema alrededor de la terminación de los nervios, con aumento de cuatro dioptrías en el ojo derecho y de seis en el izquierdo. El séptimo par del lado izquierdo reveló el tipo central de parálisis, manifestado en los esfuerzos voluntarios y emocionales. El resto de los nervios craneales reveló completa integridad funcional.

Fué por completo negativo el análisis serológico de la sangre y del líquido cefalorraquídeo.

Comentarios.—Así, pues, tenemos una historia de traumatismo (un factor provocativo no raro de los tumores cerebrales), jaquecas en un período de varios años, graves alteraciones psíquicas, que semejaban con fidelidad la demencia parálitica, y, finalmente, desarrollo de fenómenos hemipléjicos en el lado izquierdo, además de papilitis doble muy manifiesta.

Diagnóstico.—En vista de estos hallazgos, se hizo el diagnóstico de tumor del lóbulo frontal en el lado derecho y se envió al paciente al Dr. Elsberg, para que lo operara.

Operación y resultados.—Un gran tumor ocupaba la región frontoparietal, extendiéndose desde la duramadre hasta la base de la fosa frontal, y desalojando el tejido cerebral en todas direcciones, á una distancia considerable. Se extirpó con facilidad, se encontró que era un endotelioma, originado con seguridad de la duramadre.

El paciente no reveló secuelas de la operación, ni tampoco hubo incidentes en su convalecencia. No sufrió más de jaquecas; al poco tiempo de la operación desapareció el estado mental de una manera sorprendente, y la inflamación de las papilas retrocedió á lo normal, á pesar de que todavía hay alguna opacidad del extremo nervioso, con alguna inflamación de los bordes, como residuo del papiledema preexistente. Han desaparecido los fenómenos hemipléjicos, y aún se observa un ligero aumento de los reflejos, como indicio de una afección anterior.

En la actualidad, hace algo más de seis meses de la extirpación del tumor, el paciente se dedica con actividad á su negocio y, al parecer, se encuentra en un excelente estado físico y mental. (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 1 de Marzo de 1923.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Procedimiento de defensa contra los accidentes bulbares de la raquíanestesia, por R. Bloch y Hertz.—A los accidentes sincopales raros, pero dramáticos, de la raquíanestesia, los autores han opuesto en cinco casos una terapéutica heroica: la inyección *intrarraquídea* de cafeína. En los cinco casos obtuvieron cuatro éxitos. La técnica del procedimiento es la siguiente: desde que se producen los accidentes amenazadores respirando el enfermo cada vez menos, ó habiendo dejado de respirar, al mismo tiempo que su pulso se debilita y que sus pupilas se dilatan, será preciso: poner al enfermo en decúbito lateral; puncionar el raquis lumbar; dejar salir líquido, si tiene una presión suficiente todavía para sustraer, si es posible, el anestésico no aún fijado; inyectar la cafeína; poner al enfermo en posición declive con la cabeza baja. La dosis inyectada por los autores ha sido una vez de 25 centigramos de cafeína y tres veces de 12 centigramos. Proponen una dosis media de 20 centigramos. Han tratado de determinar *experimentalmente* la naturaleza de esta acción de la cafeína sobre el síncope; no se trata de un efecto antidótico, y una dosis mortal de estovaina ó de sincaína, sigue siendo mortal cualquiera que sea la cantidad de cafeína inyectada en el raquis. Parece que la cafeína no obra más que como excitante de los centros bulbares. (*Presse Medicale*, núm. 53, 2 de Julio de 1921.)—E. LUENGO.

Excipiente inerte.

El español, de ordinario carece de memoria para la Historia y de paladar para la manteca; por eso es raro que acierte en política y que haga buenas digestiones.

(Ich.)

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.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La equivocación de un antiabolucionista, por el doctor César Juarros.—Cuerpo de Médicos del Registro civil, por F. J. C. y C.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesáreo.—Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, por el Dr. Barrio de Medina.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Real Academia Nacional de Medicina.—Real orden incomprensible.—Los médicos de la Dirección de Seguridad.

La última sesión de la Real Academia Nacional de Medicina fué tan interesante ó más que sus antecedentes en este afortunado curso académico. El Sr. Tapia presentó en ella dos casos por él operados de *laringoectomía* que aunque parece que significan poco en relación con la notable estadística del centenar de los operados que con brillante éxito reúne el Sr. Tapia, y aun comparativamente con los veintuno que en sólo un año y también con excelente suceso ha operado, tenían, sin embargo, un extraordinario interés, que se dedujo de las breves pero atinadas consideraciones que el ilustre laringólogo hizo acerca de los efectos de la aplicación previa de los rayos X en la cicatrización ulterior de la herida que sufre por su acción retrasos y modificaciones inconvenientes para el éxito definitivo. La comunicación resultó un verdadero modelo en su género por el carácter sobrio, conciso y práctico que supo darle el orador.

Continuando el debate á que ha dado lugar un caso de tuberculosis tratado por el Sr. Codina y por él llevado á la Academia, intervinieron con acierto los Sres. Espina y Huertas, y, por último, el joven académico correspondiente, médico del Cuerpo de Sanidad Militar, Sr. Crespo, quien mostró condiciones poco comunes de orador fácil y correcto, al propio tiempo que poseedor de conocimientos doctrinales, de que continuará haciendo exposición en la sesión inmediata.

Pasadas las elecciones de diputados, en las que parece que los médicos tendrán juntamente con el Sr. Van Baumberghen un insigne representante en nuestro querido compañero de redacción el doctor Pittaluga, debía prepararse la Academia á la elección de su representante en el Senado.

Como es sabido, por una costumbre, de que nosotros nunca hemos sido partidarios, ha venido esta Corporación estableciendo un turno de sucesión automática para la concesión de un cargo que por

su naturaleza debiera ser objeto de una selección detenida; pero es el caso, que en esta vez corresponde la *herencia* á un académico que al propio tiempo aspira á representar á la Universidad Central, como lo ha hecho en Cortes anteriores. Esta duplicidad de representación, con daño evidente de un compañero y sin gran prestigio para una de las dos Corporaciones representadas, hacía molesta la situación y el Sr. Ortega Morejón, que es el candidato aludido, la ha aclarado retirando su aspiración por la Academia y luchando solamente por la Universidad.

Por nuestra parte nos limitamos á desear un completo restablecimiento en su salud al Sr. Ortega para que pueda dirigir por sí mismo los trabajos electorales universitarios.

La *Gaceta* nos ha sorprendido con una Real orden (que en otro lugar de este número leerán nuestros favorecedores) convocando, ó mejor dicho, disponiendo que se convoque á la elección de los vocales á que corresponde cesar en la Junta de Patronato y defensa de titulares.

Decimos que nos ha sorprendido, porque en la situación en que la tal Junta se encuentra, habiéndose constituido como obligatorio los Colegios después de las disposiciones referentes á ella que se invocan; habiéndose consultado la voluntad de los interesados por un intempestivo plebiscito, *intempestivo*, pero plebiscito al fin, del cual resultó manifiesta la voluntad del Cuerpo hostil á dicha Junta; después de las manifestaciones y rozamientos con los Colegios obligatorios, y sobre todo después de la demostración experimental de la absoluta ineficacia del tal Patronato en la gestión de los intereses generales, después de todo esto es incomprensible que se complique artificialmente el conflicto bajo la protección que significa el renovar los cargos creando nuevos derechos y aspiraciones, en caso de que llegue legalmente á realizarse tal elección.

Estas vacilaciones de conducta é indecisiones de criterio en los directores de nuestra Sanidad, no pueden contribuir sino á una exacerbación de tendencias, que tendrán como definitivo resultado que

nadie nos haga caso, que nada de provecho se consiga, á no ser que se considere como cosa de provecho el que se renueven discusiones casi olvidadas y se aliente de nuevo las aspiraciones de la poco acreditada Junta, cuyas facultades debieran entenderse definitivamente absorbidas en los Colegios provinciales médicos, que ya han tenido que ser invocadas en ocasión bien crítica para la salud pública, con objeto de reparar las deficiencias y descuidos de la referida Junta.

¿Qué se propone el señor ministro de la Gobernación, creyéndose obligado al respeto de unas fechas que podían considerarse como caducadas desde el momento de la creación de los Colegios obligatorios? ¿Qué provecho podrá lograrse de una dualidad de prestigios y facultades que ya la experiencia y la costumbre hacía desaparecer?

Por de pronto nosotros no vemos en esto más que una medida irreflexiva, y nos limitamos á esperar (porque lo último que se pierde es la esperanza) que siquiera esta vez tendrán alguna legalidad las anunciadas elecciones, y que el Consejo de Sanidad que debe dictaminar sobre ellas y la Dirección general que ha de aprobarlas, cuidarán más que otras veces de que no sean un simulacro de sufragio manipulado por sus aprovechados fautores.

Y á propósito, ¿no se puede todavía quitar el carácter de reelegibles, á los miembros salientes, dando por su renovación siquiera algún aspecto de libertad á lo que se creó para ser garantía de los intereses de los titulares? La disposición oficial que autorizaba esta extraña inamovilidad en el oficio, no tiene más que el carácter de una Real orden y eso puede mejorarse de una de dos maneras: ó por el señor ministro con otra Real orden que aclare el punto, ó por el Cuerpo electoral no eligiendo á los que lo fueron (ó aparecieron serlo) la vez anterior.

¡Qué cosa tan amarga es el tener que reconocer que lo ideado con la mejor voluntad y propósito de acierto, resulta cosa que por la acción nefasta de las pequeñas pasiones tiene que reconocerse como perjudicial y combatirse con lealtad!

Cumpliendo lo ofrecido damos cabida á un comunicado de los señores médicos del Cuerpo de Seguridad, de cuyo descontento, así como del de sus adversarios, nos hicimos eco el sábado último. Sin entrar ni salir en la cuestión, debemos, sin embargo, atraer la mirada de nuestros lectores sobre un punto verdaderamente curioso, cual es el empleo dado á las consignaciones *votadas por las Cortes* con el preciso destino de la organización y sostenimiento de este Cuerpo y aplicadas por el famoso Sr. Mi-

llán de Priego á lo que en el comunicado se dice. Demuéstrase con esto lo cierto que es que en cada Ministerio ó Centro gubernativo existe siempre ó un espíritu dictatorial *inamovible* ó una *Junta parada* que puede más que los ministros, que las Cortes y que las sanciones del Rey.

Por de pronto, ya sabemos algo de lo que se pudo guisar en la famosa cocina de orden público.

DECIO CARLAN

La equivocación de un antiabolucionista.

Para el Dr. Curieses.

Los abolucionistas teníamos contraída deuda de gratitud con el Dr. Curieses, por un artículo dedicado en estas columnas á nuestro programa, y vimos considerablemente acrecentados estos motivos de reconocimiento al leer su segundo trabajo, donde con simpática gentileza nos hace la merced de copiar las cuatro razones fundamentales del credo que defendemos.

Y de aquí no hubiéramos pasado á no incurrir nuestro amable contradictor en el error, inexplicable en tan discreto compañero, de atribuirnos algo que *JAMAS* hemos dicho ni escrito.

No pensamos los abolucionistas acabar con la prostitución, pues no somos ejército de exaltados megalomaniacos, sino legión de modestos sentimentales, y como no lo pensamos, ni lo hemos pregonado, ni lo hemos dado á las cajas. Sin otra justificación que la defensa contra el peligro venéreo, se promulgó cruel ley de excepción que mantiene á millares de infelices mujeres en un régimen de inferioridad social, inhumano y embrutecedor.

Demostrado por los *HECHOS* que la reglamentación origina efectos contraproducentes, ¿cómo no pedir que tal esclavitud cese? Eso es lo que demandamos los abolucionistas. *Exclusivamente eso*. Esto y no otra cosa constituye el *tuétano* de nuestra doctrina.

Tan considerable error de documentación nos hace esperar que si el Dr. Curieses se propone algún día conocer á fondo nuestra campaña, acaso se decida á figurar en el grupo abolucionista. Su buena intención y lo noble de la causa nos autorizan á ilusionarnos con tal conversión.

DR. CÉSAR JUÁRROS.

Cuerpo de Médicos del Registro Civil.

El sábado 28 de Abril se celebró una reunión de esta colectividad en casa de su presidente, el Dr. Masip y Budesca, convocada para dar á conocer el estado actual del expediente de las conclusiones votadas en la Asamblea general celebrada en Mayo del pasado año.

Asistieron la casi totalidad de los médicos de servicio en Madrid y fueron recibidos y agasajados esplén-

didamente por el Dr. Masip, que une á su acendrado amor por el mejoramiento de esta importante entidad médica, el difícil don de un trato amable y una próspera hospitalidad.

El Dr. Figueredo puso en conocimiento del presidente y compañeros del Cuerpo su actitud en el caso de una desenfadada suplantación en el ejercicio profesional médico inteligentemente corregida por él y en la que el Colegio de Médicos de Madrid entenderá en adelante; siendo felicitado y apoyado el Dr. Figueredo por tan digno servicio prestado á la clase médica desde su puesto de médico del Registro Civil.

El señor secretario Dr. San Pedro Anchochuri propuso se tomara un acuerdo para ayudar á los compañeros en casos de enfermedad, y quedó adoptado por unanimidad el de que sea fijado por el señor presidente y secretario en cada caso particular que se presente, que será informado por ellos, la cuantía que habrá de percibir el impedido, de los derechos correspondientes á su servicio prestado por un supernumerario.

El Dr. Loraque intervino en nombre de los médicos del Registro civil supernumerarios, señalando acertadamente las necesidades del servicio y ofreciendo noble y desinteresadamente su prestación en las condiciones que sean fijadas para tales casos por el informe del Cuerpo.

Ultimamente el Dr. Masip Budesca comunicó á los asistentes la importante nueva de haber sido elevado al señor ministro de Gracia y Justicia el informe técnico pedido por dicha Superioridad al Claustro de Profesores de la Facultad de Medicina de Madrid. Dicho informe, debido á la esclarecida competencia de los ilustres maestros Dres. D. Tomás Maestre, catedrático de Medicina legal; D. Rafael Forns, catedrático de Higiene, y D. Teófilo Hernando, catedrático de Terapéutica, fué calificado por el Dr. Masip como la *piedra básica é incommovible*, sobre la que descansará en adelante toda labor de mejoramiento y toda reglamentación del Cuerpo de Médicos del Registro Civil de España.

Aunque un poco en el secreto del contenido de dicho informe, nosotros no podemos hoy dar más clara cuenta de él, pues tenemos solicitada audiencia del Dr. Maestre para que nos comunique su íntimo pensamiento sobre este asunto de tan grande importancia, y esperamos en próximo número dar detallada cuenta de nuestra conversación con el Dr. Maestre, limitándonos ahora á decir, como lo hizo el señor presidente, Dr. Masip, que el Cuerpo de Médicos del Registro Civil está de enhorabuena, más de lo que supone y esperaba, y que es de justicia reconocer que el fruto ha sido espléndido, como corresponde á los desvelos y amarguras que para su logro ha costado á los que por él trabajaron y trabajan.

Terminada la reunión se dió un voto de gracias al presidente por la impropia labor realizada por él, y se dispuso que una Comisión visite al Dr. Maestre para expresarle la satisfacción del Cuerpo de Médicos del Registro Civil por su notable informe, del que guardará un perenne y agradecido recuerdo.

F. J. C. Y C.

Sociedades científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN DEL DÍA 3 DE MARZO DE 1923.

Reumatismo de origen dentario.

El Dr. PULIDO MARTÍN, al tomar parte en la discusión sobre este tema, dice que da la casualidad que puede añadir un caso á los aportados por el Dr. Marañón. Se trata de un joven alumno, interno de su sala, de veintiséis años, bien constituido, sin antecedente reumático ni gonocócico; después de una impresión moral y una ligera angina, en Noviembre de 1916, tuvo un primer ataque de reumatismo agudo poliarticular con endocarditis; en la primavera de 1917 fué tratado de una fístula dentaria; en el verano de 1917 se exacerbaron las artralgiás; en Octubre de 1920, segundo ataque agudo con endo y miocarditis; se extrae el diente fistulado; no encuentra mejoría. Se extraen siete dientes más; persisten los dolores cinco meses más y desaparecen poco á poco sin tratamiento. El Dr. Pulido comenta el hecho y se fija en la contienda desarrollada en los Estados Unidos entre cirujanos y odontólogos. Habla de las inyecciones de sublimado corrosivo preconizadas por el Sr. Huertas, método de Baccelli, que resulta eficaz en los reumatismos gonocócicos; del caso indicado por el Dr. Márquez de reumatismo blenorragico por una infección gonocócica de la conjuntiva, y dice que el gonococo se encuentra casi siempre en las vesículas seminales. De todo lo cual deduce el Dr. Pulido Martín la necesidad de colaborar el bacteriólogo con el médico como una sola persona, como una sola dirección. La observación del caso, el estudio completo del enfermo, el análisis de los síntomas que ofrece, la exploración minuciosa de todos sus órganos, serán los elementos que guíen el diagnóstico y orienten la terapéutica.

El Dr. VALLE ALDABALDE dice que el estudio de los focos locales no se refiere tan sólo á los dientes, pues hay otras puertas de entrada, como la de la conjuntiva, como ha dicho el Dr. Márquez. Habla de un enfermo que trató en el Hospital General de cistitis, que cuando ésta se exacerbaba, le acompañaban manifestaciones articulares; cita otro caso de una señora con reumatismo poliarticular crónico, que mejoró mucho con un tratamiento vegetariano. Se ocupa de las manifestaciones articulares procedentes de angina, en las que casi nunca ha hallado relación entre sí.

El Dr. Valle condensa su intervención en los siguientes términos: Considera muy conveniente y acertada la comunicación del Dr. Marañón en el sentido de llamar la atención sobre la puerta de entrada de los agentes infecciosos del reumatismo articular crónico; pero cree que antes de decidirse á cualquier intervención quirúrgica se debe estudiar bien el caso, y utilizar todos los medios que se vienen empleando, de los cuales algunos dan buenos resultados sin necesidad de esas intervenciones, y sólo cuando se vea que estos tratamientos no dan resultado, es cuando procede buscar la puerta de entrada, dientes, conjuntiva, vesículas seminales, vejiga, etc., y tratarla en consecuencia.

El Dr. VITAL AZA interviene en la discusión en la parte que corresponde al tratamiento de las infecciones, una de ellas la septicemia, que es de las más terribles de la Patología obstétrica. Se ocupa del tratamiento de Baccelli, por el sublimado corrosivo y su manera de obrar; de los sueros antiestreptocócicos y de los fundamentos de la proteínoterapia. Al hablar de las septicemias, recuerda los trabajos de Warnekros, de Berlín; y que hace poco se hablaba de *septicemias*, ó sea, la presencia de los productos de los microbios,

de las toxinas, en la sangre, y de las *pioemias*, cuando los mismos microbios se encontraban en la sangre. Que desde dichos trabajos ya no sucedía eso, y sólo se hablaba de *bacteriemias*: siendo éstas, ó *transitorias*, es decir, que los microbios llegaban á la sangre vivos, y permanecían hasta que el organismo se defendía y los destruía, y era éste el caso en que no resultan positivos los hemocultivos, como no se hagan en el momento del escalofrío, ó *bacteriemias permanentes*, en que los microbios permanecían en la sangre que se había hecho un medio de cultivo para ellos, no siendo capaz de aniquilarlos, y resultando positivo el hemocultivo con escalofrío ó sin él. Termina diciendo que los alemanes en asuntos puerperales tienen una opinión fatalista y hacen muy poco para combatir aquellas infecciones, pues creen que desde el momento en que se presente la bacteriemia ya no se puede hacer nada, si es de las llamadas permanentes.

El DR. PULIDO MARTÍN interviene de nuevo para indicar lo dicho por el Dr. Valle, de que á pesar de su gran experiencia no había podido observar ninguna relación entre las anginas y el reumatismo poliarticular agudo, y que él que tiene menos experiencia, sobre todo en estos procesos generales, se acuerda de un caso que le pareció interesante. Se trataba de una señorita que procedía de Gibraltar, cuya familia tenía cierta relación de amistad con el padre del dicente, y en una ocasión en que éste hallábase fuera de Madrid enfermo, le avisaron y fué á verla. Padecía una angina catarral y le aseguró que se pondría buena muy pronto; pero á los pocos días tuvo un acceso de reumatismo poliarticular agudo intensísimo. Esta joven, de raza judía, no podía decirse que lo fuera de raza inglesa, que parece tiene el monopolio del reumatismo poliarticular agudo después de una angina, pero, en cambio, se puede decir que había vivido en Inglaterra ó en un medio inglés, puesto que procedía de Gibraltar, donde vivía entre ingleses, y por eso tal vez, aun cuando no se trate de una acción orgánica de razas, se puede tratar de una acción en cuanto á germen, por proceder ó haber sido engendrado en unos países en donde tiene esa predisposición á determinadas infecciones reumáticas, después de una infección local, pudiendo ser puerto de entrada las anginas.

El DR. MARAÑÓN pensaba rectificar, pero al ser aludido el Dr. D. Florestán Aguilar competentísimo en el asunto de que se trata, lo deja para después de oír á tan notable profesor en Odontología, y entonces contestará á todos los señores que han intervenido en la comunicación que se discute.

Estudio crítico y comparativo entre la fórmula ó receta antigua y los llamados específicos ó especialidades farmacéuticas modernas.

El DR. ESPINA dice que es un asunto de una gran trascendencia, sobre todo en lo que se puede reflejar en la enseñanza moral, para que las cátedras de Terapéutica y de Farmacología de las Facultades de Medicina y de Farmacia vuelvan un poco la vista atrás, y vean la necesidad absoluta é indispensable de que la Terapéutica recobre un poco sus fueros, perdido en medio de este mar confuso que se agita, de líquidos que representan específicos, y que pasan de millares cuantos se registran en todos los países.

La Medicina en sus formas de conocimiento abstracto tiene una asignatura que se titula de Patología general, y de lo general de la Patología, y tiene otras asignaturas, las Patologías Médicas, que hacen aplicación de estos conocimientos al estudio y evolución concreta de algún grupo de enfermedades, y también debe de tener una asignatura corriente en lo que se refiere al tratamiento, porque los casos clínicos,

los hechos clínicos, se parecen muy poco á las descripciones generales que de ellos se hacen.

El Dr. Espina entra en apreciaciones clínicas sobre pulmonías y pulmonía, sobre el modo de estimar una hemoptisis en que hay que conocer muy bien la causa para administrar un medicamento vasoconstrictor ó un vasodilatador. Añade que la receta del médico es una cosa artística, pero fundamentada en los conocimientos básicos de la Patología general, y de ese conjunto nace la receta, que parece sale espontánea, pero se necesita una serie de cultivos anteriores, en terreno abonado, para que se realice eso que parece espontáneo. Esa receta es lo que en Medicina es menos de generación espontánea; necesita tal vez la garantía bisexual, el desarrollo en el claustro materno y un parto feliz, para que se realice el hecho de una receta, y, sin embargo, ¡con qué facilidad parece que se extiende, con qué seguridad cree el vulgo al ver recetar! Ignora que por dentro se realiza, al extenderla, una gran batalla. Es posible que el médico ordene una medicación ó medicamento, que tal vez al día siguiente ó á las tres horas tenga que modificar, y ello demuestra que tal vez pudiera realizarse la aplicación de específicos en aquellos casos clínicos de desarrollo lento, en que un error inicial es corregible á través del tiempo; pero en aquellos otros casos en que el tiempo apremia, en que se sabe que son distintos los momentos de la enfermedad, entonces lo ordenado por la mañana, tal vez tenga que modificarse por la tarde.

El Dr. Espina expone gráficamente lo que es una receta y lo que es un específico. Dice que la primera es como una prenda de vestir hecha exactamente á la medida por una buena tijera, y bien acoplada al cuerpo, y que el específico es una prenda de ropería, de almacén de trajes hechos, en que aquél que encuentra su medida entre las ropas del bazar, probablemente no podrá encontrar otra prenda mejor. Pero ¡cuán difícil es encontrarla! Es lo mismo que el calzado que se hace sobre la horma especial del pie, y el que se encuentra en un bazar de calzado.

Continúa diciendo que casi todas las medicaciones que se dan y que se anuncian como especialidades dentro de la más proba honradez de los que las expenden y hacen, dentro de la más exacta dosificación química, se envasan y se recogen en cantidades tales que no pueden expendirse en el mismo día, sin saber lo que va á sucederle á aquel contenido dentro de aquel continente, pasando por estaciones distintas, por climas diferentes, por diferentes regiones de las en que está hecho el específico y en las cuales obra verdaderamente, como, por ejemplo, los específicos alemanes traídos á España, ó los españoles llevados á Alemania, y con todo esto, hay la dificultad de saber si en el momento en que se manda se acierta bien y se tiene la indicación concreta para combatir aquel síntoma, síndrome ó momento peligroso. Así, pues, para el Dr. Espina, la receta es la única salvación, la única manera de tener una indicación concreta; hay que cerrar la puerta á los específicos y abrirla muy ancha á la restauración del arte de recetar, á fin de que á cada enfermo se le haga su receta, á cada enfermedad su tratamiento y á cada momento clínico se le sirva cual debe.

Manifiesta que el arte de formular es casi desconocido para los alumnos, y recuerda que formando parte de un tribunal de exámenes de Terapéutica, se le ocurrió que un alumno saliese á la pizarra, y la primera víctima, sufrió el castigo; el segundo no supo hacer una receta de tártaro emético. Añade, que la cátedra de Terapéutica debía tener su clínica, y que debía enseñarse lo que son los antimoniales, los digitalinos, las solaneas, la belladona, el acónito, pero que nunca se podrá aprender esa terapéutica, basando las

indicaciones concretas en las especialidades. Además, tienen éstas un gravísimo inconveniente, y es que se manejan por el vulgo, mientras las recetas, no. Son los farmacéuticos los más interesados en que esto no ocurra, á fin de no convertirse en simples expendedores, perdiendo el carácter de hombres científicos. Por esto debía de pedirse á la Dirección de Sanidad que no se diera permiso de entrada á millares de específicos.

Dice el Dr. Espina que no deben recetarse fórmulas que tarden en hacerse cinco ó seis horas, y se ha de procurar que aquéllas sean en cantidad para limitados días, que la receta es muy difícil de acierto por los inconvenientes que resultan de la absorción, eliminación y acumulación, por lo que debe sujetarse y volver al campo de las indicaciones y del tratamiento, tal y como ordenan los cánones antiguos, modernos y futuros.

Al hablar el Dr. Espina de los específicos dice, que si bien su importancia supone un ingreso en las aduanas de nuestro país, debe tenerse en cuenta que va en perjuicio de la ciencia médica, y convendría que desapareciera lenta y sucesivamente, y que respecto á la exportación, sería preferible dedicar los esfuerzos de ingenio á otras industrias nacionales de tintes, de tejidos, de metales, carbones, etc. Que no duda de la honradez de las especialidades, respecto á la verdad de lo que dicen sus fabricantes á que estén bien hechas, á que no contengan substancia de una pureza extraordinaria; pero que después de todo resultan medicinas de bazar y no prendas de sastrería, y menos que las conviertan en panacea universal; que sea el médico el que diga para qué sirven, pues la ciencia médica es la de las indicaciones, de la farmacia y de las recetas.

DR. CESALDO

Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión correspondiente al mes de Marzo del corriente año, bajo la presidencia del Dr. Covisa.

Las dermatosis más frecuentes objetivas y subjetivas de los artríticos.

Dr. Sicilia.—En un razonado discurso el Dr. Sicilia, emite su opinión de que gran parte de dermatitis como el eczema, alopecias, psoriasis y otras, son debidas á producto de las autointoxicaciones, por padecer dichos enfermos un fondo artrítico al cual es preciso atender y, sobre todo, explorar en toda esta clase de enfermos, ya que los tratamientos locales no responden, muchas veces, á estas clases de lesiones por ser debidas á un fondo general que es preciso combatir con modificaciones internas.

Acné y suero glucosado.

Dr. Barrio de Medina.—Cumpliendo lo prometido en la sesión en que el Dr. Portilla dió á conocer un caso de acné que, tratado por múltiples procedimientos, á todos ellos rebelde, se había curado con inyecciones venosas de suero glucosado al 50 por 100, voy á referir el resultado que con él he obtenido yo en la enferma que ya hice mención en la misma sesión.

Recordaré que dije se trataba de un acné vulgar, persistente en brotes sucesivos hace ya muchos años, que no asentaba casi sobre fondo seborreico y que era de elementos pustulosos no muy grandes (se presenta la fotografía). La enferma, que es una señorita, por su profesión, se había negado siempre, desde que me consultó por primera vez, á tratarse con nada que fuese local y únicamente la había

puesto vacuna antiacnéica Ibis y me fracasó por completo.

Había terminado de hacerla esta medicación cuando el doctor Portilla me comunicó los buenos resultados que él había obtenido con el suero glucosado en su enfermo, y la empecé á tratar también, poniéndola inyecciones venosas en número de 20, de 3, 5 y 8 c. c. y de 10, 15 y 20 tres de cada dosis y de 25 y 30 c. c., cuatro inyecciones.

Ya dije que con las dosis de 3, 5, 8 y 10 c. c. no había obtenido mejoría alguna, y atendiendo á las indicaciones que en su intervención hizo el Dr. Bejarano, de que ellos habían puesto dosis mucho mayores, puse las dosis repetidas varias veces de 15, 20, 25 y 30 c. c.; pues bien; con estas dosis también me fracasó por completo, ya que el acné de la enferma sigue aún tal como está en la fotografía.

Conste que no hago más que mencionar el resultado que en mi enferma he obtenido conforme prometí, ya que el fracaso en ella no mengua lo más mínimo el éxito que tuvo el Dr. Portilla; ahora, que en mi opinión al menos, se afianza más la idea de que el acné vulgar, debido á diversas causas, precisa averiguar éstas en cada enfermo.

No quiero terminar sin dar la razón, en parte, á una advertencia que hizo el Dr. Bejarano, con motivo de las reacciones que producía el suero glucosado diciendo, que éstas eran debidas á una alteración de éste cuando se empleaba una misma cantidad para varias inyecciones y, en efecto, las dosis siguientes que las pedía en ampollas sueltas, á pesar de ser dosis mucho mayores, las reacciones han sido más pequeñas, es decir, que las dosis de 15, 25 y 30 me han producido menos reacción que las de 3, 5 y 10, sin duda por la causa que indicaba el Dr. Bejarano.

Dr. Bejarano.—No extraña el fracaso de la medicación glucosada en el caso del Dr. Barrio de Medina, porque ya dijo anteriormente que las dosis empleadas eran escasas; por otra parte, considera que el suero glucosado dará buenos resultados en lesiones cutáneas con exudaciones difusas de tipo generalizado y no circunscrito, como suelen ser los acnés. Le felicito de que se haya comprobado que las reacciones son debidas á alteraciones de las soluciones.

Dr. Portilla.—Interviene para aclarar que en su enfermo se trataba de un acné con verdadero encharcamiento por múltiples tratamientos hechos anteriormente por el enfermo, cosa que no sucedía con el enfermo del Dr. Barrio de Medina, y que él también tuvo ocasión de verlo, y al cual le impresionó más como unas tuberculides arneiformes, por lo que auguró que fracasaría el suero en él. Hace hincapié en que al presentar el éxito de un enfermo que como un caso aislado y sin que él crea ni mucho menos que el suero glucosado curó una medicación específica contra el acné.

Dr. Sicilia.—Coincidiendo con su comunicación anterior, entra este caso, en el cual es preciso tener en cuenta las causas internas á que puede ser debido.

Dr. Covisa.—Está tratando en la actualidad dos casos de acnés con suero glucosado, aunque sin grandes esperanzas en los resultados; considera que por hoy no hay más tratamiento del acné que el local; pero siempre teniendo en cuenta las múltiples causas internas á que pueden ser debidos.

Dr. Barrio de Medina.—Rectifica. No ha sido mi objeto más que dar cuenta á la Academia del resultado del tratamiento, conforme prometí; pero ya que se le ha dado esta amplitud, mostraré mi conformidad con los Dres. Sicilia y Covisa, creyendo que hoy por hoy el acné debido á múltiples causas precisa averiguar en cada caso éstas para poder ser bien tratado; al Dr. Portilla le diré que si hubiese visto más detenidamente al enfermo (ya sabe el Dr. Portilla que le vió rápidamente y con escasas condiciones de luz), tengo

a seguridad de que le hubiese diagnosticado, como yo, de un acné vulgar y corriente, porque no otra cosa es. Agradece la intervención de los demás compañeros.

Serpiginismo venéreo.

Dr. Casal.—Es el mismo enfermo presentado con el anterior diagnóstico en la sesión de Diciembre pasado, al cual le han tratado con vacuna estafilocócica y proteinoterapia, sin ningún resultado, y con tuberculina antigua de Koch después, con un éxito tan completo, que el enfermo puede considerarse como curado.

Este resultado de tratamiento, así como el examen anatomopatológico, que mostró pequeñas masas de células redondas del tipo de los cinoblastos y células gigantes, aunque no se vieron bacilos de Koch, indican que probablemente se trata de una tuberculosis cutánea atípica.

Dr. Sáiz de Aja.—El caso es interesante, aunque ciertas dudas no lo aclaren suficientemente. El hecho de que la biopsia hecha y que él aconsejó se hiciese, sea de textura tuberculosa, según Arcaute, le hace inclinarse en el sentido de si la lesión será tuberculosa pura; por otra parte, no concede gran importancia a la autoinoculación positiva en el sentido clínico, puesto que en este caso no se ha encontrado el bacilo de Dauden, ya que de una lesión cualquiera sucia siempre se obtienen resultados de autoinoculación positivos, lo que se afirma más aquí, puesto que el Dr. Casal nos dice que los bordes de la autoinoculación eran cortados a pico y el chancro venéreo nunca los tiene así; la misma falta de reulceración de las lesiones cicatrizadas es un motivo más, puesto que los lupus serpiginosos que se van curando tampoco se reulceran, en unión del interesantísimo hecho clínico de que el enfermo no haya logrado la curación con vacuna y leche, y sí con tuberculina, para que él siga creyendo que las lesiones de estos enfermos son lupus serpiginosos.

Dr. Sicilia.—Su opinión se reduce a considerar que no habiendo respondido a distintas terapéuticas y sí a tuberculina, el factor tuberculoso tiene en este caso gran importancia.

Dr. Criado.—Es la tercera vez que se repite el caso en esta Academia de que un enfermo al que todos coincidimos en diagnosticarle o llamarle serpiginismo venéreo, se cura con tuberculina y esta es la parte interesante para el enfermo, aparte lo científico. Recuerda un caso idéntico que vió en la clínica del Dr. Peyrt, en Barcelona, al cual aconsejó le tratase con tuberculina, lo que no cree haya hecho ya que posteriormente, en el Congreso celebrado últimamente en París, lo presenta como granuloma venéreo.

Dr. Covisa.—Considera que el informe leído del doctor Arcaute no es suficiente para afirmar la naturaleza tuberculosa de la lesión; ahora bien, dado que estos enfermos se curan con tuberculina, ¿se trata de una lesión tuberculosa atípica?

Visto la acción realmente específica que en estas lesiones tiene la tuberculina, debemos tratarlas siempre con ella, aun cuando quede en el misterio todavía el diagnóstico real de la lesión.

El Dr. Casal.—Rectifica brevemente.

Tratamiento de la sarna.

Dr. Sáiz de Aja.—Considera conveniente rectificar, según su parecer, creencias clásicas que existen en el tratamiento de la sarna; así, por ejemplo, los baños, cree que son más perjudiciales en la mayoría de los casos, considerando que la excepción debe ser bañarse, ya que el agua contribuye a que se extiendan las lesiones piógenas que siempre acompañan a la sarna, al mismo tiempo que intensifica las eczematizaciones consecutivas a las fricciones.

Otro punto interesante es el de resolver si conviene usar las medicaciones clásicas en fricciones como hasta ahora se viene haciendo, ó si, por el contrario, es suficiente la sencilla untura, dejando depositada la pomada sobre la piel. En su parecer, sobre todo en los sitios de piel fina y en los niños es suficiente con la untura, la cual dejándola sobre la piel y no bañándose, cura igualmente evitando la serie de eczematizaciones que siempre tememos. Por último, notifica un hecho de observación raro que él ensayó sin esperanza de confirmación alguna, y que, sin embargo, ha comprobado en diez casos, en los cuales usando un preparado antiséptico, solamente en untura en manos y antebrazos, es decir, sin darle en el resto de la piel, los diez casos se le han curado todos, admitiendo que ha elegido casos de invasión de lesiones muy generalizadas; piensa si algún mecanismo endógeno pueda ser la clase de este hecho al parecer insólito.

Dr. Sicilia.—No cree se pueda prescindir del baño en el tratamiento de la sarna. La fricción es fundamental también.

Dr. Bejarano.—Ha necesitado oírlo por labios del doctor Sáiz de Aja para dar crédito al hecho de que una medicación puesta solamente en manos y antebrazos puede curar una sarna generalizada, ya que esto significaría tanto como una verdadera revolución en la fisiología de la piel.

Respecto a los baños y fricciones considera que ambos son imprescindibles en el tratamiento de toda sarna y así piensa seguir prescribiéndolos a sus enfermos.

Dr. Covisa.—Hace análogas manifestaciones a las del Dr. Bejarano, considerando que ni el baño ni las fricciones pueden dejar de ser el fundamento científico de todo tratamiento de la sarna y creyendo que por ahora las fricciones parciales las debemos considerar como anticientíficas.

En igual ó parecidos términos se pronuncian los doctores Criado, Casal y Bertoloty, rectificando el Dr. Sáiz de Aja, el cual dice no ha pretendido más que dar a conocer la nueva medicación (Barachol) para que todos puedan ó no confirmar sus 10 observaciones, y respetando la manera de pensar de todos, él insiste en sus manifestaciones anteriores.

DR. BARRIO DE MEDINA

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Debiendo procederse, según ha propuesto la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos titulares para su renovación parcial reglamentaria, a elegir seis vocales propietarios y seis vocales suplentes en la forma que determinan los artículos 97 al 99 de la Instrucción general de Sanidad de 12 de Enero de 1904 y las Ordenanzas aprobadas por Real orden de 10 de Noviembre de 1906, *Gaceta* del 13,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con el dictamen de la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, se ha servido disponer:

1.º Que se convoque al Cuerpo de Médicos titulares para la renovación parcial de su Junta de Gobierno y Patronato, con arreglo al párrafo 3.º, art. 99 de la Instrucción general de Sanidad.

2.º Que en la forma que prescribe la Ordenanza aprobada por Real orden de 10 de Noviembre de 1906, *Gaceta*

del 13, se proceda por dicho Cuerpo á elegir seis vocales propietarios y seis vocales suplentes, que deben sustituir en su Junta de Gobierno á los que han de cesar en la misma por haber cumplido el tiempo reglamentario y cubrir las vacantes que en ella existan, pudiendo ser reelegidos los que cesan.

3.º Que las listas y papeletas á que se refiere el art. 5.º de las Ordenanzas citadas se remitan en las capitales de provincia donde hubiere varios subdelegados al más antiguo de éstos, y que la elección en las capitales pueda verificarse, si conviene, en un solo local.

4.º Que los subdelegados y representantes de la Junta que presidan la votación podrán entregar en el acto de la misma cédulas para emitir su sufragio á los que, no figurando en las listas, justifiquen pertenecer al Cuerpo de titulares, con la presentación del recibo de pago de cuotas á la Junta de Patronato.

5.º Que la votación para elegir compromisario en cada partido judicial se verifique el día 10 de Junio del corriente año, y la de vocales y suplentes, por los compromisarios en las capitales de las provincias el día 17 del mismo mes; y

6.º Que esta convocatoria se publique sin demora en la *Gaceta de Madrid* y *Boletines Oficiales* de todas las provincias.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento, el de la Junta de Gobierno y Patronato del Cuerpo de Médicos titulares y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 24 de Abril de 1923.—*Almodóvar*.—Señor director general de Sanidad del Reino. (*Gaceta* del 27 de Abril.)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

SUBSECRETARÍA

D. Juan Antonio Gayo Tovar acude á este Centro en solicitud de un duplicado de los títulos que poseía de doctor y licenciado en Medicina, el de profesor de Gimnástica, el de maestro de primera enseñanza y el de profesor numerario de Instituto, que se le han destruido en un incendio ocurrido en su domicilio.

Lo que se hace público á los efectos del Real decreto de 27 de Mayo de 1855. Madrid, 3 de Abril de 1923.—El subsecretario, *Anguita*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 699,5; ídem mínima 694,3; temperatura máxima, 21º,1; ídem mínima, 4º,5; vientos dominantes, E. NE.

Con la mejoría del tiempo se ha marcado la del estado de la salud pública y especialmente la atenuación de la pseudoepidemia de gripe benigna que venía observándose. Las erisipelas y las dermatosis artríticas y de diferentes orígenes, continúan presentándose con las exacerbaciones propias de la estación. También se manifiestan en crecido número los reumatismos, las congestiones viscerales pasivas y los brotes hemorroidarios.

En los niños nada de carácter verdaderamente epidémico.

Crónicas.

Donativos americanos á la Junta para Ampliación de Estudios.—Coincidiendo con todos los extremos contenidos en el suelto publicado bajo este mismo epígrafe por el diario *El Sol*, le reproducimos sin más comentario:

«Desde 1912—un lustro después de su constitución, en

1907—la Junta para Ampliación de Estudios é Investigaciones Científicas viene mereciendo importantes donativos que le llegan de Hispanoamérica, como prenda ejemplar con que colaboran en su obra, en los países hermanos, compatriotas inmigrados en ellos ó descendientes de éstos en quienes la nacionalización al otro lado de los mares se asocia todavía con el sentimiento profundo y eficaz de la comunión con España.

A la cabeza de estos donativos, por su importancia y frecuencia, están los del Dr. Avelino Gutiérrez, profesor en la Universidad de Buenos Aires, y su hermano D. Angel.

Son éstos:

1.º En Julio de 1912: Donativo de 12.000 pesetas, hecho por D. Avelino Gutiérrez, en homenaje á D. Marcelino Menéndez Pelayo, para sufragar estudios en el extranjero á jóvenes españoles.

2.º Diciembre de 1913: Donativo de otras 12.000 pesetas, hecho por el mismo señor, con igual objeto, como homenaje á D. Santiago Ramón y Cajal.

3.º Febrero de 1919: Donativo de 1.445 libras esterlinas, 11 chelines y 7 peniques, hecho por los Dres. D. Avelino y D. Angel Gutiérrez, en homenaje á D. Joaquín Costa, D. Ramón Menéndez Pidal y D. Ramón Turró, para pensionar en el extranjero á profesores que estudiasen en Inglaterra, Francia é Italia las transformaciones determinadas por la guerra en los órdenes económico, político y técnico industrial.

4.º Noviembre de 1920: Donativo de 5 000 pesetas, hecho por los Dres. D. Avelino y D. Angel Gutiérrez, para la organización de un concurso de estudios de Fisiología, con premios á los mejores trabajos y remuneración á los profesores que constituyeran el Jurado.

5.º Febrero de 1922: Donativo, hecho por los hermanos D. Avelino y D. Angel Gutiérrez, de cédulas hipotecarias argentinas, por valor nominal de 30.000 pesos papel, con renta de 6 por 100, destinada á pensiones dentro de España y en el extranjero.

Además de esta larga serie de liberalidades de los hermanos Gutiérrez, la Junta ha recibido los nuevos donativos que á continuación se mencionan:

De D. José María García y García, de Montevideo, en Octubre de 1919: 5.500 pesetas para costear una pensión de estudios de Agronomía y adquirir, con destino á quien la utilice, las obras agrarias de D. Joaquín Costa.

De un español inmigrado en la Argentina, que oculta su nombre bajo el pseudónimo de «Un obrero de la Pampa», 50.000 pesetas, autorizando á la Junta para invertir las en las atenciones que juzgue pertinentes.

Por último, y como homenaje á D. Santiago Ramón y Cajal, presidente de la Junta, en nombre de la colectividad española de la República Argentina, la Institución Cultural Española, de Buenos Aires, acaba de comunicar á ésta las bases para la fundación de una cátedra titulada con el nombre de aquel sabio, que publicaremos en breve, y que, sostenida con el producto de la suscripción abierta en aquella República, la Institución Cultural Española propone que sea dirigida por la Junta de Ampliación de Estudios é Investigaciones Científicas.

Nota de la Redacción.—Publicamos la lista adjunta de donativos hechos por españoles emigrados con el fin de que se inviertan en cuestiones de Instrucción pública en España. Es éste un ejemplo para las clases acomodadas españolas, que tan rara vez sienten un patriotismo práctico de este género. En la suscripción hecha en Sudamérica para el Instituto Cajal se ha reunido más de un millón de pesetas, en tanto que en España no ha pasado de 50.000 pesetas. «Un obrero de la Pampa» ha enviado 50.000 pesetas, sin dar su nombre, y en Madrid algunos médicos ilustres, con gran clientela, académicos, y que no ocultan su nombre, han dado 10 pesetas para este fin cultural. Por eso se dice que los «verdaderos españoles» están fuera de España.»

Diputados electos.—Aunque suponemos que podrán contar los médicos en el Congreso con algunos más, por hoy sólo tenemos la certeza de que han sido elegidos por Las Palmas y por Alcira, respectivamente, los Sres. Van Baurberghen y nuestro compañero de redacción el catedrático de la Central y académico Dr. D. Gustavo Pittaluga. Al dar á éste la enhorabuena en una modesta crónica, obedecemos á nuestro deseo de que no pueda suponerse que las verdades que de él pudiéramos decir respecto á sus talentos y á sus méritos, eran inspiradas por el envanecimiento que para nuestro periódico puede resultar de su elección.

El ingreso del Sr. Pittaluga en la Cámara popular ha coincidido con una resta en la misma, la del Sr. Francos Rodríguez, que después de más de veinticinco años de actuar gloriosamente como diputado, pasará, si no mienten nuestras noticias, con el carácter de vitalicio, a la Alta Cámara. Nuestra enhorabuena a todos.

Muerte sentida.—A la avanzada edad de setenta y cuatro años ha fallecido en Belinchón (Cuenca), un querido compañero, de todos los lectores de EL SIGLO MEDICO conocido por sus campañas en pro de la clase y en defensa de los médicos titulares, el Dr. D. Ladislao Vecino y Villar.

Hasta 1903 vino desempeñando la titular del pueblo en que ha muerto. En aquél año ganó por oposición una plaza de médico tocólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid en cuyo desempeño hizo pronto resaltar sus condiciones de pericia, asiduidad y caridad, que no habrán olvidado las familias menesterosas del distrito de la Universidad de esta corte donde estuvo destinado.

A su familia, y en especial a su hijo Rafael, enviamos nuestro más sentido pésame.

Médicos españoles a Francia.—Un telegrama procedente de París dice que «en la Facultad de Medicina de aquella capital, así como en la de Burdeos, se están ultimando los preparativos para recibir a la Comisión oficial de médicos españoles, presidida por el decano de la Facultad de Madrid, Dr. Recasens, que llegará dentro de breves días, para devolver la visita que el año pasado hiciera a Madrid la Comisión oficial de médicos franceses que presidía el decano de la Facultad de París, Dr. Roger.»

Davos (Suiza).—La Asociación de médicos de Davos está preparando para la semana del 19 hasta el 26 de Agosto un curso de instrucción suplementaria para médicos, tratando de tuberculosis y clima de altitud. Comprenderá diagnóstico, tratamiento general y especial y será combinado con cursos demostrativos de la materia. Se dará el curso en lengua alemana y francesa.

Más adelante se darán detalles referentes al programa y ventajas de precio.

Los que deseen tomar parte, podrán indicar sus nombres y señas a «Forschungsinstitut Davos».

Datos estadísticos.—Durante la semana comprendida entre los días 16 y 22 de Abril, han ocurrido en Madrid 317 defunciones, cuya clasificación, por edades, es la siguiente:

Menos de un año, 53; de uno a cuatro años, 33; de cinco a diez y nueve, 30; de veinte a treinta y nueve, 43; de cuarenta a cincuenta y nueve, 62; de sesenta en adelante, 96.

Las principales causas de defunción son las siguientes:

Bronquitis, 43; bronconeumonía, 35; neumonía, 23; enfermedades del corazón, 26; congestión, hemorragia y reblanecimiento cerebral, 17; tuberculosis, 32; meningitis, 31; cáncer, 11; nefritis, 10; gripe, 2; uremia, 5, y coqueluche, 3.

El número de defunciones ha disminuído en 4, con respecto a la estadística de la semana anterior, y siguen dominando las afecciones del aparato respiratorio.

Catedrático de Fisiología.—En las últimas oposiciones celebradas para proveer las cátedras de Fisiología vacantes en las Universidades de Zaragoza y Santiago, ha obtenido por unanimidad el número uno de la propuesta, el auxiliar de clínica médica del Hospital de San Carlos Dr. J. María del Corral.

Nuestra enhorabuena.

Colegio de Médicos de Valencia.—En las elecciones reglamentarias verificadas para la designación de Junta de gobierno, ésta ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidente, Excmo. Sr. D. José Sánchez Bergón, Valencia; **vicepresidente,** D. Miguel Pérez Gómez, Liria; **contador,** D. Adolfo Rincón de Arellano Lobo, Valencia; **tesorero,** don José Campos Igual, Valencia; **secretario,** D. Evaristo Navarro Sánchez, Valencia; **vicesecretario y vocal 10,** D. Salvador V. Bonet Jordán, Valencia; **vocal 1.º,** D. José Tomás López-Trigo, Valencia; **vocal 2.º,** D. Ricardo García Vilaplana, Silla; **vocal 3.º,** D. Luis Alfaro Ribera, Puebla de Vallbona; **vocal 4.º,** D. José Oliver Rivera, Carcagente; **vocal 5.º,** don Enrique Puente Guirao, Cheste; **vocal 6.º,** D. Francisco Ortí Tronch, Torrente; **vocal 7.º,** D. José María Soler Alós, Valencia; **vocal 8.º,** D. Enrique Albiol Aguilar, Valencia; **vocal 9.º,** D. Francisco Cabo Castelló, Godella; **vocal 11,** D. Juan Bautista Molina Gimeno, Chirivella; **vocal 12,** D. Luis Rizo Mallach, Valencia; **vocal 13,** D. Joaquín del Rey Almendros, Valencia; **vocal 14,** D. Lisardo Piera Rosario, Alcira.

Congreso de Pediatría en San Sebastián.—La Sociedad de Pediatría de Madrid en Junta general extraordinaria celebrada el día 26 de Abril, acordó celebrar un Congreso de Pediatría en San Sebastián en los primeros días del mes de Septiembre próximo, dividiendo el Congreso en las secciones de:

- 1.ª Higiene y alimentación del niño.
- 2.ª Medicina infantil.
- 3.ª Cirugía infantil y Cirugía ortopédica.
- 4.ª Pedagogía, y
- 5.ª Protección a la infancia.

Sociedad Filantrópica Mercantil Matritense.—Concurso.—Hallándose vacante la plaza de médico especialista en garganta, nariz y oídos, con el sueldo de entrada de 4.000 pesetas, se anuncia el concurso para su provisión, admitiéndose solicitudes, que serán dirigidas al señor presidente, desde el día 25 de Abril hasta el 14 inclusive de Mayo próximo.

La edad de los concursantes no podrá exceder de cincuenta años, y el pliego de condiciones estará expuesto en las oficinas de la Sociedad, Abada, núm. 3, principal, todos los días laborables, de diez a doce de la mañana y de tres a cinco de la tarde. Madrid, 24 de Abril de 1923.—El secretario general, *Alfredo Aleix*.

La llamada ENCEFALITIS LETÁRGICA, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan TRES ejemplares de esta monografía. Pedidos a la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

Excipiente inerte.—¿Qué comunes son los inventores que se creen tales porque aciertan a poner nombres nuevos a las cosas viejas!

(Ich.)

Yo rechazaba la federación en absoluto, considerándola como un atentado a la unidad de la patria, como una regresión en el orden histórico y como una negación brutal del verdadero progreso, que es ir cada vez a unidades más altas y más comprensivas, concediendo dentro de esta unidad cada vez más sumas libertades y más perfectas al individuo, lo cual trae consigo la máxima asociación, pero asociación libre, no forzada por unidades orgánicas interiores, amenazadoras para la unidad de la patria.

(Echegaray.)

Sobre un caso de gripe abdominal.—Al presente número acompañamos un folletito *Sobre un caso de gripe abdominal*, cuya lectura recomendamos.

Bloplastina Serono.—Al presente número acompañamos una tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), agente para España, L. Lepori, Rambla de Catalunya, 65, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



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, cañes, 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 MEDICO.

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