

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

Director-Propietario: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMON SERRET Y COMIN y Excmo. Sr. D. ÁNGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. BLANC Y FORTACÍN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	M. MARÍN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	L. MARCO CORERA Prof. honoris causa del Inst. Rubio.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los Hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	J. M. DE VILLAVEVERDE Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
A. FERNÁNDEZ Ex-Interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General.
F. LÓPEZ PRIETO Electro-radiólogo. Ex-Médico Titular.			

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Un caso atípico de neuralgia del trigémino, por el Dr. E. Fernández Sanz. — Ideas clínicas: ¿Existe la medicación antiarrítmica?, por el Dr. G. R. Gonzalo. — Vacunación en la infancia, por Enrique Lacalle. — Mi experiencia en el tratamiento de la epilepsia genuina por el Dr. César Juarros. — Mi práctica de veinte años sobre el carbunco. Contribución á su estudio, por Pedro Muñoz Palop. — Bibliografía, por el Dr. Emilio Luengo. — Periódicos médicos.

Un caso atípico de neuralgia del trigémino

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina; jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno; médico consultor del Manicomio Nacional de Leganés; profesor de la Facultad de Medicina de Madrid; médico numerario de la Beneficencia Municipal de Madrid, etc.

Desde hace ya bastantes años, en lo que va transcurrido del presente siglo, la neuralgia del trigémino viene siendo objeto de asiduo estudio, sobre todo, desde el punto de vista de su tratamiento quirúrgico; los operadores han llegado en su lucha contra esta dolencia á las mayores audacias de intervención, realmente justificadas por las terribles torturas que hace sufrir á sus víctimas este mal tan rebelde, refractario á los innumerables remedios que contra él se han intentado. Anteriormente se combatía la neuralgia del trigémino con los solos recursos farmacológicos, que no poseían más alcance que el simplemente paliativo, y esto en los casos más afortunados, pues en muchas ocasiones carecían de eficacia aun para conseguir esta modesta finalidad de transitorio alivio.

En los últimos decenios de la pasada centuria se fué ampliando la terapéutica de este padecimiento, con la adopción de agentes físicos y de intervenciones ope-

radorias; de aquéllos, no es esta ocasión de ocuparse, por lo que me limitaré á consignar que entre ellos es la electricidad la que más sostenida boga ha alcanzado, habiéndose también experimentado la aplicación de los rayos X, con poco satisfactorio resultado; en cuanto á las maniobras quirúrgicas, comenzaron por ensayarse en las ramificaciones nerviosas periféricas, pero demostrado lo insuficiente de su acción curativa, los operadores reconocieron la necesidad de practicar intervenciones centrales, llegándose así á realizar la extirpación del ganglio de Gasser, operación muy arriesgada, y que en un principio causó una elevadísima mortalidad, por lo que se la consideraba entonces relegada al tratamiento de los casos más graves, de los que se estimaban como verdaderamente desesperados, por su intensidad incompatible con la continuación de la existencia y por ser en absoluto indomables por todo otro procedimiento.

La gasserectomía fué admirablemente perfeccionada en su técnica por Horsley, el eminente cirujano, neurologista y fisiólogo inglés, y en España fué uno de los primeros que la llevó á cabo el profesor San Martín, de gloriosa memoria; mas á pesar de los adelantos que en su ejecución se realizaron, siempre continuaba siendo una operación muy grave, que á menudo iba seguida de muerte, y aun en los casos de supervivencia daba lugar á complicaciones y secuelas nocivas, por lo

que sus indicaciones firmes eran siempre muy limitadas, reducidas á los casos de una malignidad excepcional.

Así las cosas, con intervenciones periféricas sencillas y benignas, pero insuficientes, y con una operación central eficaz, pero pavorosamente mortífera, la invención de las inyecciones neurolíticas, en los primeros años de este siglo, representó un notable progreso en la terapéutica de la neuralgia del trigémino. No he de ocuparme aquí de este método de sección química del nervio, acerca del que tengo publicados varios trabajos, basados en mi práctica personal, y al cual ha dedicado recientemente D. Eduardo de Rute (1) * una Memoria interesantísima, justamente premiada por la *Revista de Odontología*, y en la que ha tenido la cortés atención de citar los estudios de Landete, y los míos propios (2), reconociéndome la prioridad en España de la aplicación de este procedimiento.

Pero las inyecciones neurolíticas, por lo menos las que se verifican en las ramas periféricas, que son las comúnmente empleadas, aunque mucho más sencillas en su técnica que las correspondientes secciones mecánicas y demás maniobras quirúrgicas extracentrales, y, por lo tanto, susceptibles de ser repetidas con mucha mayor facilidad y más á menudo, son también de acción pasajera, ocurriendo después de ellas casi siempre inevitablemente la recidiva, y como, por otra parte, no están del todo exentas de inconvenientes, y en algunas ocasiones, aunque raras, es cierto, á su reiteración se oponen obstáculos cada vez más difíciles de vencer, resulta que no es posible considerar á este procedimiento como el ideal del tratamiento de la neuralgia del trigémino, siquiera constituya un indiscutible progreso en el mismo.

Por estas razones, los cirujanos han seguido laborando sin reposo en el perfeccionamiento de la terapéutica operatoria central de esta dolencia, y en los últimos años se han propuesto diversos métodos de intervención más ventajosos que la antigua gasserectomía; recientes discusiones en las Sociedades científicas y en las Revistas profesionales nos permiten apreciar el valor comparado de estas innovaciones quirúrgicas, y para comprender lo rápidamente que se marcha por este camino de progresivo perfeccionamiento, basta comparar los trabajos, un tanto remotos, como el de Hutchinson (3), publicado hace seis años y en el que aún estima á la extirpación del ganglio de Gasser como el sólo tratamiento capaz de dar buen resultado definitivo con las opiniones más modernas, como la de Frazier (4), que describe diversas intervenciones que son variantes ó sustituciones mejoradas de la gasserectomía que ya pudiera calificarse de clásica, figurando, entre aquéllas, la resección subtotal del ganglio, la resección también subtotal de la raíz sensitiva, la avulsión de esta misma raíz, la resección total de la raíz motora; este autor considera como procedimiento preferible, la resección total de la raíz sensitiva ú opera-

ción de Spiller. En algunos casos, estas operaciones se completan con las practicadas en la porción más proximal de las ramas primarias, en su arranque del ganglio, como en una observación dada á conocer por Villandre (5), en la que se obtuvo la curación mediante la extirpación de la raíz sensitiva y de los segmentos intracraneales de los nervios maxilar inferior y maxilar superior, según la técnica de Frazier.

Debe asimismo mencionarse la resección del simpático cervical, preconizada por Jonnesco (6), habiendo sido esta conducta imitada por algunos otros operadores, pero con resultado dudoso, por lo que este método no se ha generalizado.

La avulsión de la raíz sensitiva del ganglio de Gasser fué puesta en práctica hace ya varios años; en 1918 escribía Frazier (7) que la terapéutica de la neuralgia del trigémino contaba sólo con dos medios eficaces, la alcoholización neurolítica y la operación radical; pero como después de aquélla sobrevienen siempre recidivas y hay que terminar recurriendo á ésta, á la operación radical, sería mejor empezar por ella sin perder tiempo, y dando la preferencia á la avulsión de la raíz sensitiva. De ésta, por sucesivos perfeccionamientos, hase derivado la actual neurotomía retrogasseriana, que á juzgar por la manera como se expresan los más eminentes cirujanos contemporáneos, parece ser la operación más recomendable, como muy superior en sus resultados á todas sus similares.

Uno de los más entusiastas defensores de la neurotomía retrogasseriana es Martel (8), habiendo también publicado casos favorables á la misma Descomps (9), Delfourd (10) y otros, deduciendo Bourguet (11), de un detenido y muy bien razonado examen comparativo, la conclusión de que esta operación es muy superior á la gasserectomía; sin embargo, es de advertir que también después de la neurotomía retrogasseriana se observan alguna vez consecuencias desagradables, como en un caso publicado por Vincent y Darquier (12), en el que una neuralgia del trigémino, no típicamente esencial, curó por dicha intervención, pero como trastornos consecutivos se produjeron parálisis del VI par craneal, perturbaciones vestibulares y alteraciones en los movimientos de la lengua.

Las precedentes consideraciones, que acaso parezcan algo largas, y por ello pido perdón al lector, van encaminadas á demostrar que el tratamiento de la neuralgia del trigémino despierta ahora principalmente interés en su aspecto quirúrgico, siendo en este sentido objeto del más asiduo estudio; pero á estos admirables refinamientos de la técnica operatoria y á los lisonjeros efectos curativos que ya se va logrando conseguir, sólo puede llegarse mediante una minuciosa y profunda investigación de esta dolencia desde todos sus puntos de vista, así etiológico y patológico como lesional, sintomático y evolutivo, porque es imposible lograr el exacto planteamiento de las indicaciones precisas de la intervención, y tampoco se puede escoger con seguro acierto la modalidad de ésta á la que deba otorgarse la preferencia, sin un completo

* Véase la nota bibliográfica al final del artículo.

conocimiento preciso del caso, bajo todos los conceptos más arriba expresados.

Por el ineludible estímulo de estos apremios de la práctica quirúrgica, es por lo que los avances modernos en la mejor comprensión de la neuralgia del trigémino, no se han limitado á los meros detalles de la técnica interventora, propiamente dicha, sino que se han hecho forzosamente extensivos á la indagación de sus causas y de su mecanismo productor, á la cuidadosa especificación de las alteraciones anatómicas, cuando éstas son apreciables y, sobre todo, á la más escrupulosa valoración de los síntomas, no sólo de los fundamentales, sino de aquellos otros accesorios, antes ignorados ó tenidos por insignificantes, pero cuya relativa importancia ha sido ya demostrada.

La exactitud del diagnóstico diferencial es de transcendencia suma para enjuiciar la oportunidad de la operación y para definir las condiciones de la misma: por eso los cirujanos de mayor autoridad en estas cuestiones se preocupan mucho de los problemas diagnósticos, procurando, sobre todo, delimitar la neuralgia del trigémino, legítima y propiamente merecedora de este nombre, de otras formas de dolores de la cara que son susceptibles de distinto tratamiento, y así el afamado cirujano de Norteamérica, Harvey Cushing (13) diferencia á las algias faciales *in genere* de la neuralgia del trigémino, estrictamente considerada, enumerando cinco formas de aquéllas que no deben confundirse con ésta, á saber: la neuralgia del ganglio esfenopalatino, la zosteriana, la del ganglio geniculado, la que acompaña al tic convulsivo y la sintomática, por englobamiento del trigémino en masas neoplásicas. Además, en la neuralgia del trigémino propiamente tal, distingue dos tipos, el menor y el mayor, opinando que solo en este último convienen las intervenciones en el ganglio de Gasser.

Excusado es advertir que el diagnóstico patogénico tiene también extraordinaria importancia en el sentido terapéutico, debiendo á este respecto separarse la neuralgia que se llama esencial, de aquellas otras consecutivas á procesos generales tóxicos é infecciosos ó á lesiones de los órganos vecinos, las cuales deben ser principalmente tratadas, combatiendo las alteraciones causales; mas á pesar de los adelantos modernamente realizados en este asunto, es á veces muy difícil descubrir cuál es la verdadera génesis de los fenómenos neurálgicos, pudiendo servir de ejemplo el caso poco ha publicado por Dufourmentel (14), en el que aparentemente se trataba de una neuralgia de carácter esencial, pero radiológicamente primero y por la intervención después, se demostró que estaba relacionada con una sinusitis maxilar latente.

La observación clínica que resumidamente voy á exponer á continuación es asimismo una prueba de la variedad de modalidades atípicas que en la práctica pueden ofrecer los trastornos dolorosos en el territorio del trigémino, y de la necesidad de tener muy en cuenta todas estas peculiaridades sintomáticas no sólo para conseguir la mayor precisión en el diagnóstico, sino también para elegir con tino entre el tratamiento mé-

dico y el quirúrgico. Estas son las razones que en mi sentir justifican la publicación del presente caso.

La enferma es una señora de treinta años, casada natural de una ciudad extremeña, que se presentó en mi consulta á primeros del corriente año, refiriéndome que desde nueve días antes venía padeciendo de intenso dolor en el lado izquierdo del rostro, que se presentó súbitamente y después ha continuado repitiéndose por accesos, los cuales duraban de una á dos horas sin interrupción. El dolor espontáneo se localizaba en la frente de preferencia, no respetando del todo la línea media, interesaba también á la mejilla izquierda y á veces se propagaba hasta el hombro del mismo lado; por la presión sobre la escotadura supraorbitaria y sobre el agujero infraorbitario se provocaba una sensación dolorosa muy viva. En ocasiones, los paroxismos dolorosos se acompañaban de algunas náuseas.

Ni la anamnesis, ni la exploración actual reveló ningún otro dato digno de mención, y atendiendo á lo reciente de la dolencia, que sólo contaba nueve días de fecha, me limité á prescribir el clásico tratamiento analgésico y sedante, con piramidón y sus similares, opiáceos, belladona y bromuros alcalinos.

Un mes más tarde me visitó de nuevo, apreciando una gran mejoría y aconsejando que continuara con los mismos remedios á dosis decrecientes, hasta la curación completa, que tuvo lugar al poco tiempo y ha persistido después.

En este caso merecen fijar nuestra atención las circunstancias siguientes que constituyen motivos de distinción respecto de la forma típica de neuralgia del trigémino:

1.º Lo rápido de la evolución total, que tuvo lugar en menos de dos meses, terminando por la curación, con un tratamiento muy sencillo.

2.º Lo prolongado de los accesos que duraban más de una hora, contrastando con la brevedad casi instantánea de las crisis de la neuralgia típica.

3.º El hecho de que el dolor rebasara la línea media y la irradiación al territorio del plexo cervical, contribuyen á complicar el cuadro clínico, pero no son en rigor incompatibles con el diagnóstico de neuralgia del trigémino.

4.º La existencia en algunos accesos de un estado nauseoso, obligan á diferenciarlos de los de la hemi-crania, pero aparte de que faltan todos los demás factores integrantes del síndrome de ésta, la localización del dolor es distinta y las crisis son mucho más cortas y repetidas más á menudo que las propias de la jaqueca; además, tiene en este concepto gran valor el dato del dolor intenso provocado en todo momento por la compresión de la escotadura supraorbitaria y del agujero infraorbitario.

En suma, de todo lo expuesto, infiero la conclusión de que en este caso se trató de una forma atípica de neuralgia de las ramas 1.ª y 2.ª del trigémino, que por su analogía evolutiva con algunas de las llamadas postgripales, debe ser atribuída á un proceso toxi-infeccioso, que no dió manifestaciones generales, ó por lo menos pasaron éstas inadvertidas por lo leves.



Nota bibliográfica.

1. RUTE (Eduardo): *Neuralgia del trigémino*. Memoria premiada por la *Revista de Odontología*, concurso de 1923.
 2. FERNÁNDEZ SANZ: *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, Septiembre de 1909.
 3. HUTCHINSON: *The Lancet*, pág. 12, 6 de Julio de 1918.
 4. FRAZIER: *The Journal of the Amer. Med. Assoc.*, página 1.387, 29 de Octubre de 1921.
 5. VILLANDRE: *Soc. des Chirugiens de Paris*, 10 de Marzo de 1922.
 6. JONNESCO: *Academie des Sciences de Paris*, 24 de Octubre de 1921.
 7. FRAZIER: *The Journal of the Amer. Medical Assoc.*, número 19, 11 de Mayo de 1918.
 8. MARTEL: *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, 19 de Marzo y 9 de Junio de 1920.
 9. DESCOMPS: *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, 13 de Abril de 1922.
 10. DELFOURD: *Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, 31 de Mayo de 1931.
 11. BOURGUET: *Société des Chirugiens de Paris*, 24 de Marzo de 1922.
 12. VINCENT Y DARQUIER: *Revue Neurologique*, núm. 1, pág. 93, Enero de 1924.
 13. HARVEY CUSHING: *American Journal of the Medical Sciences*, núm. 2, pág. 157, Agosto de 1920.
 14. DUFOURMENTEL: *Revue Neurologique*, núm. 5, página 577, Mayo de 1924.
- Madrid, 4 de Julio de 1924.

IDEAS CLÍNICAS

¿Existe la medicación antiarrítmica?

POR EL

DR. G. R. GONZALO

Los modernos estudios de cardiopatología y terapéutica experimental, han venido á ensanchar considerablemente el arsenal farmacológico de las cardiopatías, haciéndole salir de aquél estrecho campo de los consabidos tónicos cardíacos al frente de los cuales figuraba la digital con su docena de sucedáneos más ó menos eficaces y dudosos y á los cuales quedaban casi reducidos todos nuestros recursos, discutiéndose únicamente la forma, vía, modo, dosis, momentos y circunstancias de administración.

Hoy día el estudio de las fundamentales propiedades de la fibrilla muscular cardíaca y la acción sobre ellas ejercida por cada uno de los medicamentos cardíacos, ha dado lugar á una instauración racional y científica de las respectivas indicaciones terapéuticas medicamentosas, que ha contribuido á la aceptación científica y clínica de algunos medicamentos abandonados antes, al empleo de otros recientemente descubiertos y ya sancionados favorablemente, al uso y asociación de algunos no bien estudiados ó comprendidos hasta el presente.

Sin perjuicio de ocuparme algún día de algunos otros, deseo hacerlo hoy brevísimamente de los antiarrítmicos.

Casi la inmensa mayoría de los medicamentos, antiguamente considerados como tónicos del corazón, eran, á su vez, conceptuados como reguladores del ritmo cardíaco, y así era en efecto en muy críticas y especialísimas circunstancias y momentos. Pero la existencia de substancias medicinales que de un modo especial y electivo obren sobre el ritmo del corazón, restableciéndole en ocasiones á su estado normal en determinadas arritmias, es asunto de muy reciente adquisición y ligado á muy limitado grupo medicamentoso.

Es la quina y tres de sus principales alcaloides é isómeros, la *quinina*, la *quinidina* y la *cinconina*, el grupo principal que hoy por hoy se disputan en cardiopatología la acción antiarrítmica.

Experimentalmente ensayadas por W. Frey en 1918, sólo en una forma especial de arritmia (la fibrilación auricular) logró obtener resultados positivos en dos casos con la quinina; en seis de entre diez, con la quinidina; en uno solamente con la cinconina, quedando, pues, desde entonces y según estas experimentaciones, la quinidina como la más eficaz en el tratamiento de dicha arritmia cardíaca, habiendo sido con posterioridad experimentada y comprobada por numerosos clínicos y terapeutas (Wybanw, Bergmann, Lian, Robin, Fletcher, L. Cheinisse).

Mas no es solamente la arritmia permanente la única susceptible de modificación por la mencionada droga medicamentosa, sino que algunas otras como la taquicardia sinusal, la arritmia extrasistólica y la taquicardia paroxística, han sido igualmente influenciadas por ellas, aunque con efectos y resultados desiguales, según los diferentes autores, certificándose con ello, aunque no fuese más, la existencia de una evidente y positiva medicación antiarrítmica, siquiera hoy se encuentre en los albores de su nacimiento y aceptación clínica.

Por mi parte, y dada la modesta y limitada esfera clínica en que obligadamente he de moverme, he tenido ocasión de tratar una arritmia extrasistólica y una taqui-arritmia basedowniana con diferentes resultados.

En ambos casos, administrada la quinidina desde el primer momento, deprimió grandemente la contracción cardíaca, especialmente en el basedowiano, sin conseguir regularizar las contracciones del extrasistólico, ni la taquicardia de la enferma de bocio, por cuya razón, antes de proceder á una nueva cura de quinidina, fueron sometidos ambos enfermos á una previa tonificación cardíaca de digibaina (digitalina ouabaina), conseguida la cual, una dosis aún mayor que la vez anterior de quinidina (80 centigramos en cuatro tomas), logró una mayor regularidad del pulso en la extrasistolia y una desaparición completa de la taquiarritmia en la enferma de bocio, sin que en ninguno de ellos decayese un momento la potencialidad del miocardio.

Estos dos enfermos demuestran, de acuerdo con lo expresado por algunos autores, la necesidad de tonificar el corazón, aunque al parecer clínico no fuese preciso, antes de proceder á una cura de quinidina, para corregir una arritmia, por la pequeña acción depresiva que aque-

lla tiene sobre miocardio, á la par que la acción positiva y evidente de la quinidina como medicamento específicamente antiarrítmico, hoy por hoy casi el único que de una manera electiva y precisa obra sobre esta clase de desórdenes del ritmo cardíaco.

Ello no quiere decir, ni que sea el único medicamento antiarrítmico, ni que sean dichas arritmias las únicas por él influenciadas; yo me propongo ensayarle en cuantas arritmias tenga ocasión de hacerlo, sean orgánicas ó funcionales, así como sustituir la quinidina cuando no dé resultado, por las otras medicaciones á las que se atribuyen análogos efectos, á fin de formar juicio exacto en la clínica, sobre lo que la experimentación nos dice.

Mas, entretanto, bueno será reconocer los beneficiosos efectos que en muchos casos podremos obtener de tan preciada droga, siempre que su administración se verifique con arreglo á lo que la experimentación nos ha enseñado y la clínica constantemente nos demuestra y alecciona.

Respecto á su mecanismo de acción, *sospecho* que su máximo de influencia se ejerce sobre aquellas arritmias, sean de la forma que quieran, que obedecen á un exceso ó defecto de estímulo nervioso, más bien que sobre las originadas por una lesión orgánica del parénquima cardíaco (y de aquí tal vez la disparidad de sus efectos, al parecer en igualdad de casos), á semejanza como la atropina corrige las bradicardias sinusales de origen vagotónico, pero apenas si modifica las producidas por lesión fascicular, en el bloqueo cardíaco, por ejemplo; con lo que nos demuestra la clínica, que tanto en estos casos, como en otros muchos á él análogos, la eficacia de una medicación no depende tan sólo de sí misma, sino del momento, naturaleza especial de la lesión y patogenia del síntoma ó enfermedad que tengamos que tratar, circunstancias todas que solamente puede precisar y determinar con relativa exactitud, un examen clínico detenido del enfermo y un exacto y completo juicio diagnóstico del mismo.

Abril-1924.

VACUNACIÓN EN LA INFANCIA

POR

ENRIQUE LACALLE

Interno de la Inclusa de Madrid.

Sabida es la utilidad de la vacuna antivariolosa como profiláctica. Sin embargo, hasta ahora está poco resuelto, ó mejor dicho, un tanto obscuro el estudio de si efectivamente existe inmunidad durante los tres primeros meses de edad en todos ó algunos niños, puesto que algunos autores, la minoría, afirman existe durante ese período; otros, la mayoría, dicen existe durante ese período ó un poco menos solamente en dos terceras partes, es decir, pierden tal inmunidad una tercera parte.

El presente estudio, que queda limitado á exponer el resultado de la vacunación hecha por primera vez en 165 niños del departamento de nodrizas de la Inclusa de Madrid y á principios de la actual epidemia variólica, nos puede dar á conocer con más claridad el asunto de inmunidad.

Vacunados los 165 niños, sin existir en ellos la más ligera contraindicación, empezaremos por dar á conocer, á rasgos generales, con arreglo á la edad que presentaban, el resultado obtenido:

Niños de	1 á 15 días,	19 casos.....	19 positivos.
— de 15 á 30 —	21 —	.....	21 —
— de 30 á 45 —	23 —	.....	23 —
— de 45 á 60 —	28 —	.....	28 —
— de 60 á 90 —	19 —	.....	14 —
— de 90 en adelante, 55 —	.....	.....	38 —

Con los anteriores datos, se deduce que, hasta dos meses de edad, no ha habido resultados negativos, mientras que, desde dos meses en adelante, hemos tenido 22 negativos, siendo menor la cantidad de niños; en suma: el número de negativos obtenidos es 0 por 100 hasta dos meses de edad, y 29,7 por 100 de dos meses en adelante. Todas las circunstancias de la vacunación, en unos y otros casos, han sido idénticas.

Pero lo más curioso, lo que más ha resaltado, ha sido el curso anterior de la variolización observado en ambos grupos de niños, pues, mientras que en los de menos edad aparecían los primeros fenómenos hasta llegar á la pápula con gran rapidez, en los de más edad (dos meses en adelante) tales fenómenos han aparecido siguiendo un curso normal. Tan claras se han manifestado estas diferencias, que podemos decir que la rubicundez debida á la reacción traumática, fué seguida rápidamente de la orla rojiza que, como sabemos, da origen á la pápula al elevarse sobre el nivel de la piel, y no existiendo, por tanto, ese período intermedio, que suele durar unos dos días, en que no hay enrojecimiento alguno, sino sólo en las líneas de escarificación debido á la escasa cantidad de sangre que se produce en la rotura del epidermis; pero además, los fenómenos, tanto locales como generales, han sido también más intensos en los de menos edad, hasta tal punto, que en seis niños vacunados á los cuatro días de edad, se observó vesícula muy marcada, intensa tumefacción de ganglios linfáticos con fuertes dolores, fiebre elevada (en algunos pasó de 39°) y, en general, gran decaimiento.

De todo lo observado se desprenden las siguientes conclusiones: 1.ª, no se ha manifestado la inmunidad en los dos primeros meses; 2.ª, la reacción, tanto local como general, ha sido más intensa en los de menos edad, y 3.ª, dicha reacción decrece con arreglo á la edad.

Con estas conclusiones, y sabiendo que al niño le ataca la viruela con más intensidad que al adulto, cabe preguntar: «¿Por qué no vacunar al niño á los pocos momentos de nacer con la misma asiduidad que se instilan en los ojos unas gotas de argiról ó nitrato argéntico como preventivas de la oftalmía gonocócica?»

22 de Octubre de 1924.

MI EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA GENUINA *

POR EL

DR. CÉSAR JUARROS

A alteraciones ováricas atribuyen la epilepsia Rebattu, Mollou y Sadaillau (136). Marchand y Toulouse (137) defienden que las variaciones menstruales no ejercen la menor influencia. *No es exacto.*

(*) Véase el número anterior.

Interin Davidson (138), Scharam (139) y Levi-Bianchi (140) apoyan la opinión de que la extirpación de los ovarios hace cesar los ataques, Marchand (141) ha publicado observaciones en que la intervención hizo aparecer por primera vez los ataques.

No hay por qué extender la información. Sería repetir conceptos. Para lo relativo á las cápsulas suprarrenales puede consultarse mi trabajo de *La Medicina Ibera* (142). Todos los casos de pretendida epilepsia endocrina cabe incluirlos en uno de estos grupos:

Síntomas convulsivos en enfermos con lesión endocrina y sin mentalidad epiléptica.

Síntomas convulsivos en enfermos con lesión endocrina y mentalidad epiléptica.

En el primer caso podrá ocurrir que las convulsiones sean dependientes ó meramente coincidentes con lo endocrino.

En el segundo, las posibilidades muéstranse más amplias.

Convulsiones y lesión endocrina son independientes.

Las convulsiones son de raigambre epiléptica é independiente de lo endocrino.

Las convulsiones dependen de lo endocrino y son independientes de la epilepsia.

Yo hago uso del luminal y del extracto opoterápico correspondientes á la glándula enferma. Los únicos resultados apreciables cuando he prescindido del luminal los he obtenido en enfermas con insuficiencia ovárica y convulsiones. Por no haber utilizado sino pocas veces la opoterapia aislada, y esto pasajeramente, carezco de estadística utilizable.

Proteinoterapia.—El empleo de la proteinoterapia para el tratamiento de la epilepsia es de fecha reciente.

W. Storm (143) se sirve de la tuberculina, la peptona y la leche. Rosenberg (144), de la leche Xifal. Rychlik (145) eleva á un 50 por 100 la proporción de casos en que mediante las inyecciones de leche se vieron desaparecer los ataques. Con inyecciones de peptona curó á un epiléptico. Gilbert R. Hull (146), Boudareff y Worobjeff (147) han publicado 10 casos en que resultaron beneficiosas las inyecciones de leche.

Weleminsky (148), concediendo á las toxinas tuberculosas un muy discutible papel etiológico, recurre con esta base teórica á las inyecciones de tuberculina. Shaw (149) también la utiliza.

No es, sin embargo, inofensiva la proteinoterapia. Dannhauser (150) vió en un epiléptico efectos tan graves, que llegó á temer fatal desenlace. En un enfermo de Weidner (151), tratado por el luminal y la leche Xifa', cada inyección de ésta iba seguida de un ataque.

Más partidarios que la proteinoterapia pura tienen los métodos mixtos. Pero tampoco existe unanimidad en la apreciación. Nerlich (152), en dos epilépticos, no tuvo éxito del tratamiento por el luminal y las inyecciones de leche. Opuestamente Oakar Janota (153) se muestra contento del que alcanzó en 11 casos, sometidos al luminal y las inyecciones de leche.

W. Remthal (154) ha publicado la siguiente estadística de 27 casos en que se sirvió como terapéutica del luminal y de la proteinoterapia:

En 17 los ataques desaparecieron durante el tratamiento.

En 6 no dió resultado el método.

En 4 sólo se consiguió alivio pequeño.

Dollken (155) aconseja asociar el luminal á las inyecciones de leche.

La experiencia abarca 22 enfermos.

Las inyecciones de la proteinoterapia sola se muestran muy inferiores al luminal y los bromuros. Unidas al lumi-

nal resulta difícil discernir la parte correspondiente á cada uno de los medicamentos.

Arsenobenzol.—Se pretende, por ciertos autores, que el arsenobenzol debe ponerse á todos los epilépticos. Page (156) se sirve del arsenobenzol y en los intermedios de estas inyecciones básicas, nucleinato de sosa, líquido de vejigatorio ó tuberculina. Page mantiene que vence así hasta las epilepsias de origen no específico. Lerede (157) hizo desaparecer por la medicación apropiada una epilepsia genuina en una heredo-sifilítica.

Sólo lo pongo cuando descubro una relación etiológica.

Dialacetina.—La asociación del éter etílico del paracetamidofenol con el ácido dialilbarbitúrico ensayado entre otros por Roubinovitch y Laurier (158) me ha rendido una eficacia antiepiléptica muy inferior al luminal y el bromuro.

Crotalina.—Este recurso no muy muy manejado en Europa, de escaso valor para Yawgers (159) y Zalla (160), es juzgado con más benevolencia por Spangler (161) y Fackenheim (162). Ha sido estudiado también por Mays (163) y Woodruff (164).

Este desacuerdo y dificultades para proveerme del producto me han hecho desistir de usarlo.

Fermentos lácticos.—Muy ensalzados los fermentos lácticos como tratamiento de la epilepsia, entre otros por Rocher (165), me he convencido (166) de que sólo constituyen un coadyuvante eficaz, sobre todo en los enfermos con alteración de las funciones intestinales.

Sales de calcio.—Ya hemos visto antes que el bromuro de calcio es propuesto como recurso cuando fracasa el sódico ó potásico.

No sólo por bromuro, por sal de calcio ha sido también recomendado. Las sales de calcio tendrían indicaciones especiales. Buscando combatir la acidosis se sirve de ellas. Pederchini (167), apelando sobre todo al carbonato de magnesia y cal. Pribram (167) al lactato, ó clorato, solos ó asociados al bromuro sódico. En este caso acompañados de un régimen declorurado.

Littlejohn (169) es también gran defensor suyo. Por el contrario, Curschmann (170) niégales beligerancia. Roselló (171) ha publicado la historia de un epiléptico muy mejorado por la medicación cálcica.

He hallado á las sales de calcio absolutamente ineficaces.—Sostienen sus partidarios que los verdaderos éxitos se producen en las convulsiones vecinas de la espasmodia; entonces no es lícito invocar la epilepsia.

Hipnóticos.—De la asociación del cloral con el bromuro, ya hemos hablado. El trional, cree Gan (172) que disminuye los ataques y mejora lo psíquico. El paraldehído lo emplean Shanaham (173) y Collier (174).

No creo que pueda concedérseles otra beligerancia que medicamentos de urgencia y del momento.

Valeriana.—No me ha reportado beneficio alguno. Ya hablamos antes, de que Heinrich halla muy conveniente la asociación de bromuro y valeriana. Tamburini (175) maneja mucho el *erbal* compuesto de valeriana y elébore.

Somnífero.—Su indicación principal es el estado de mal, que yo combato preferentemente por las inyecciones de luminal sódico, en las muy escasas veces en que se ha presentado en mis enfermos.

Teglbjaerg y Stuble (176) apela al somnífero en inyecciones endovenosas contra el estado de mal. Encuentro superior este remedio á los seis miligramos de atropina propuestos por Dorner (177). Bergsma (178) califica de sorprendente el efecto obtenido en un caso de estado de mal.

En casos de mucha gravedad utilizo la punción lumbar, recomendada por Castin (179), Redlich y Potzl (180) é Heil-

deberg (181). No he empleado nunca la punción cerebral aconsejada por Pfeifer (182).

Autohemoterapia.—Sicard (183) la ha utilizado sin resultado.

Ideas paralelas a la que llevaron a esta prueba pueden considerarse la que impulsó a Gordon (184) a inyectar a los epilépticos líquido cefalorraquídeo de otro. Un 70 por 100 de éxitos asegura haber logrado Held (185).

CONCLUSIONES

I. La epilepsia hállese constituida, en su esencia, por alteraciones anatómicas debidas a perturbaciones del desarrollo normal del sistema cerebral, creadoras de un modo morboso de reaccionar a determinados estímulos y de un estado mental característico.

II. No son términos sinónimos epilepsia y crisis convulsiva de tipo epileptiforme.

III. El luminal es el medicamento de que mejores resultados puede obtenerse, entre los conocidos actualmente.

IV. Su eficacia es aumentada considerablemente por un régimen lactovegetariano, una vida tranquila é igual, y una buena higiene sexual.

Índice bibliográfico.

1. Juarros: *Rev. de Sanidad Militar*, núms. 11 y 12, 1909.—*Arch. esp. de Neurol. Psiquiatr. y Fisiol.*, núm. 2, 1912.—*Ateneo de Sanidad Militar*, 25-5-15: *Rev. de Sanidad Militar*, 1915.
2. Juarros: *EL SIGLO MEDICO*, núms. 3.683, 3.684 y 3.685, 1924.
3. Juarros: *Rev. de Sanidad Militar*, núms. 11 y 12, 1909.
4. Rosset: *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, núm. 9, 1923.
5. W. Freeman: *L'Encephale*, núm. 2, 1924.
6. Juarros: *Ann. de la Aca. Med. Quir. esp.*, núm. 9, 1914.
7. Wyler: *Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, núm. 58, 1912.
8. Tsiminakis y Zografides: *Wien. Klin. Wochenschr.*, Bd. XXV, núm. 1, 1912.
9. Targowla: *Paris Medical*, núm. 42, 1922.
10. Powere: *Boston. med. á surg. Journ.*, CXLIX, 189, 1913.
11. Laubry Bloch: *Paris Medical*, núm. 8, 1922.
12. Juarros: *La Medicina Ibero*, núm. 341, 1924.
13. Tedeschi: *Riforma Medica*, núm. 7, 1917.
14. Mahomed: *Proc. of the roy Soc. of med.*, núm. 6, 1922.
15. Schott: *Arch. f Psych. ú Nervenkrankh.*, Bd. LXV H 1/3, 1922.
16. Kehr: *Klin. Wochenschr.*, núm. 52, 1922.
17. Juarros: *Epilepsia*, vol. V, fasc. 3, 1914.
18. Maier: *Inaug. Diss. Munchen.*, 1922.
19. Clarke: *Arch. of int. Med.*, 1922.
20. Rosanoff: *The Journ. of nervous and mental. dis.*, núm. 12, 1909.
21. Rodinet: *Le Progrés Medical*, núm. 31, 1910.
22. Rodinet y Lallement: *Arch. gen. de Med.*, núm. 3, 1910.
23. Weeks, Dan, Reuner, Wishart: *Journ. of metabolic. research*, núm. 2, 1923.
24. Hartenberg: *XXVIII Congrès de Med. alien. et neurol.*, Bruxelles, Agosto, 1924.
25. Juarros: *Rev. Iber. Americ.*, núm. 10, 1909.
26. Demole: *Arch. f Neurol. ú Psychiatr.*, Bd. XI H, 2, 1922.
27. Pellet: *Th. de Burdeos*, 1912.
28. Welscher: *Md. Record.*, núm. 17, 1921.
29. Voivenel: *Congrès Luxembourg Metz.*, 1921.
30. Deschamps: *Soc. de Therap. de París*, 1910.
31. Donath: *Epilepsia*, IV, 1913.
32. Balint: *Neurol. Centralbl.*, núm. 32, 1913.
33. Ulrich: *Epilepsia*, IV, 1913.
34. Steffen: *Epilepsia*, III, 1912.
35. Von Wyss: *Epilepsia*, II, 1911.
36. Van den Velden: *Dtsch. Zeitschr f Nervenheilk.*, número 38, 1910.
37. Odelic-Payar: *Compt. reun. de la Soc. de Biol.*, número 74, 1913.
38. Joedicke: *Zeitschr f d ges Neurol. ú Psychiatr.*, v., 1911.
39. Bornouille: *Arch. f exp. Pathol. ú Pharmacol.*, número 73, 1813.
40. Wyss: *Dtsch. med. Wochenschr.*, núm. 39, 1912.
41. Markwalder: *Arch. f exp. Pathol. ú Pharmacol.*, número 81, 1917.
42. Benasi: *Gazz. internaz. de med. chirurg.*, núm. 11, 1911.
43. Becker: *Allg. Zeitschr. f Psych.*, núm. 68, 1911.
44. Christinger: *Epilepsia*, V, 1914/15.
45. Martinet: *Les Medicaments*, París, 1903.
46. Stuchlik: *Rev. neuropsychopatol.*, núm. 2, 1922.
47. Beaucamp: *Jnaug. Diss.*, Bonn, 1913.
48. Kellner: *Munch. med. Wochenschrift*, núm. 62, 1615.
49. Mangelsdorff: *Zeitschr. f d Erforsch v Behandl. ju gendl Schwach sinns á wiss. Grundl.*, VII, 1914.
50. Grub: *Zentralbl. f d ges Neurol. ú Psych.*, dd, XXXIV H 1/2, 1924.
51. G. F. Cobb: *Journ. of ment. Scienc.*, núm. 286, 1923.
52. Rosenberg: *Neue Behandlungsweise der Epilepsie*, Berlín, 1912.
53. Hartman y Gaspero: *Handbuch der Neurologie*, Berlín, 1914.
54. Oberholzer: *Zeitschr. f d ges Neurol. u Psychiatr.*, número 27, 1915.
55. Wyrach: *Schweiz Arch. f Neurol. u Psychiatr.*, número 9, 1920.
56. Ladame: *Ann. med. psychol.*, núm. 72, 1924.
57. Eulenburger: *Med. Klinik.*, núm. 9, 1913.
58. Schott: *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.*, núm. 15, 1914.
59. Schulhof: *Wien. Klin. Wochenschr.*, núm. 27, 1914.
60. Donath: *Wien. Klin. Wochenschr.*, núm. 6, 1913.
61. Padovani: *Not e riv di psichiatri.*, núm. 6, 1913.
62. Demole: *Rev. suisse de med.*, núm. 14, 1913.
63. Issekutz: *Therap. Monatshefte*, núm. 27, 1913.
64. Frohlich: *Therap. d Gegeiz*, núm. 24, 1912.
65. Fuchs: *Lpzg. Repert Verlag*, núm. 46, 1914.
66. Alambert y Aymes: *Arch. de Neurol.*, núm. 34, 1912.
67. Joedicke: *Munch. med. Wochenschr.*, núm. 59, 1912.
68. Joedicke: *Berl. Klin. Wochenschr.*, núm. 50, 1913.
69. Heinrich: *Epilepsia*, II, 1911.
70. Heinrich: *Epilepsia*, II, 1911.
71. Roeder: *Therap. d Gegeiz*, núm. 54, 1913.
72. Jach: *Therap. d Gegeiz*, núm. 24, 1912.
73. Johannessohn: *Deutsch. med. Wochenschr.*, núm. 39, 1913.
74. Mangelsdorff: *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.*, número 14, 1912-13.
75. Hoppe: *Allg. Zeitschr. f Psychiatr.*, núm. 71, 1914.
76. Tantar: *Not e riv di psichiatri.*, núm. 6, 1913.
77. Joedicke: *Munch. med. Wochenschr.*, núm. 59, 1912.
78. Landenheimer: *Neurol. Centralbl.*, núm. 29, 1912.
79. Ulrich: *Munch. med. Wochenschr.*, núm. 57, 1910.
80. Joedicke: *Ber. Klin. Wochenschr.*, núm. 50, 1913.
81. Juarros: *La Med. Ibero*, pag. 366, 1921.
82. L. Ashmore: *Boston med. a surg Journ.*, núm. 26, 1922.
83. J. Riising: *Ugeskrift f laeger*, núm. 48, 1922.
84. Tylor Fox: *Journ. of ment. Scienc.*, núm. 281, 1922.
85. Scheiderkurt: *98 Hauptvers des psychiatr. Ver d Rhempro viuz Bonn*, 24-VI 1922.
86. Sturmann: *Nederlandsch Tijdschr v geneesk.*, núm. 5, 1923.
87. Roueche: *Journ. de med.*, núm. 19, 1921.
88. Divry: *L'Encephale*, núm. 3, 1922.
89. Fuchs: *Lpzg. Repertorien Verlag*, 1914.
90. Frankhauser: *Zeitschr. f d ges Neurol. u Psychiatr.*, núm. 17, 1913.
91. Schoöndenmark: *Nederlandsch Tijdschr v geneesk.*, núm. 59, 1915.
92. Cheinisse: *La Presse Medicale*, núm. 61, 1920.
93. Codet: *Progrés Med.*, núm. 39, 1920.
94. Gonnet: *Loire med.*, núm. 1, 1921.
95. Grinker: *Journ. of the Americ. med. assoc.*, núm. 9, 1920.
96. Vicent: *Bull. et Mem. de la Soc. med. des hôp. de Paris*, núm. 16, 1920.
97. Juarros: *An. de la Acad. Méd. Quir.*, núm. 3, 1914.
98. Hernando: *An. de la Acad. Méd. Quir.*, núm. 3, 1914.
99. Juarros: *An. de la Acad. Méd. Quir.*, núm. 3, 1914.
100. G. Maillard: *L'Encephale*, núm. 7, 1920.
101. G. Berges: *Th. Paris*, 1921.
102. Maillard y Neignaut: *La Presse Medicale*, núm. 46, 1923.

103. Hebold: *Allg. Zeitschr f Psychiatr.*, núm. 75, 1919.
104. Querey y Sizaret: *Ann. med psychol.*, núm. 11-12, 1922.
105. S. Dubois: *Soc. de Therapeut.*, 8 3-22.
106. Marchasid: *Ann. med. psychol.*, núm. 1, 1922.
107. Rodhe: *Acta. Med. Scaudinar.*, t. 59, c. 1/6, 1923.
108. Januschke: *Therap. Monatshefte*, núm. 27, 1913.
109. Kobilinski: *Not. e riv. dipsichiatr.*, núm. 6, 1913.
110. J. Zappert: *Wien. med. Wochenschr.*, núm. 18, 1923.
111. J. Wyrsh: *Schweizer Med. Woch.*, núm. 51, 1921.
112. G. Roasanda: *Penseero med.*, núm. 6, 1922.
113. Ducosté: *Journ. des praticiens*, núm. 20, 1922.
114. Tomesco y Constantinesco: *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des hôp. de Bucarest.*, núm. 9, 1922.
115. Gardere Gignoux y Barbier: *Soc. Med. des Hôp. de Paris*, núm. 6-6, 21.
116. Tioello: *Ann. du med. nar. e colon*, t. II c. 5/c 1921.
117. Machon: *Rev. Med. de la Suisse romand.*, núm. 5, 1922.
118. G. Cuneo: *Not. e riv. di psichiatri.*, núm. 5, 1921.
119. P. Marse, Cronran y Boutier: *Bull. de l'Acad. de Med.*, núm. 22, 1920.
120. Kunber: *Journ. of ment. Scienc.*, núm. 285, 1923.
121. Willeurse: *Nederlandsch tijdschr. v. geneesk.*, núm. 24, 1922.
122. Roeder: *Therapie d'Gegeuw.*, núm. 54, 1913.
123. P. Marie Crouon y Boutier: *Congres Louxembourg-Metz.*, Agosto, 1921.
124. Juarros: *La Med. Ibero*, núm. 351, 1924.
125. Reed: *Loug. Island. med. Journ.*, núm. 4, 1916.
126. Kafka: *Hamburger Arztl. Ver. Zeigt.*, v., 24 IV, 1923.
127. Siegurim: *Med. Klink.*, núm. 6, 1910.
128. Claude: *Epilepsia*, IV, 1913.
129. Gelma: *Rev. de Med.*, núm. 6, 1913.
130. Reinhold: *Munch. Med. Woch.*, p. 1, 203, 1895.
131. Piache: *Th. Paris*, 1903.
132. Tueker: *Arch. of Neur. and Psych.*, núm. 2, 1918.
133. Louwenstein: *Americ. Journ. of the Med. Scienc.*, número 1, 1922.
134. Mairat y Rose: *Soc. de Biol.*, 28 3, 1896.
135. Vermelin: *Soc. de Obs. et de Gynecol. de Nancy*, 22 7, 1921.
136. Rebattu Mollon y Sedailan: *Soc. Med. des Hôp. de Lyon*, 27-6-1922.
137. Marchand y Toulouse: *Rev. de Psychiatr.*, Mayo 1913.
138. Davidson: *Edinburgh med. Journ.*, núm. 2, 1910.
139. Scharam: *Med. Record.*, 26 2-1887.
140. Levi-Bianchi: *Il Manicomio*, núm. 1/2, 1909.
141. Marchand: *Rev. de Psychiatr.*, núm. 9, 1899.
142. Juarros: *La Med. Ibero*, núm. 330, 1924.
143. Westom: *Naturwissenschaften*, C. 30, 1923.
144. Rosenberg: *Dtsch. med. Wochenschr.*, núm. 6, 1923.
145. Rychhk: *Rev. neuropsychopathd.*, t. 19, núm 8/9, 1922.
146. Gilbert R. Hull: *Practitioner*, t. 109, núm. 4, 1922.
147. Boudareff y Worobjeff: *Wissenschaftliche Medizin.*, núm. 10, 1922.
148. Weleminsky: *Wien. Klin. Wochenschr.*, núm. 29, 1918.
149. Shaw: *Journ. of mental. Sc.*, núm. 250, 1914.
150. D-nohausen: *Munch. med. Woch.*, núm. 23, 1924.
151. Weidner: *Dtsch. med. Wochenschr.*, núm. 18, 1924.
152. Nerlich: *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. v. Psych gerichthl.*, Bd. 79, H. 5/6, 1923.
153. Oakar Janota: *Casopis. lekarm. ceskych.*, núm. 18, 1923.
154. W. Reinthal: *Ecsti Arst.*, núm. 3, 1924.
155. Dollken: *Berl. Klin. Wochenschr.*, núm. 57, 1920.
156. Page: *La Fresse Medicale*, núm. 72, 1922.
157. Lerede: *Bull. de la Soc. Med. de Paris*, núm. 14, 1922.
158. Roubinovitch y Lauzier: *Ann. med. psychol.*, número 2, 1921.
159. Yawgers: *Journ. of the Americ. med. assoc.*, número 62, 1914.
160. Zalla: *Epilepsia*, V, 1914.
161. Spangler: *New York med. Journ.*, núm. 24, 1913.
162. Packenheim: *Munch. mediz. Woch.*, núm. 34, 1911.
163. Mays: *Med. Record.*, vol. 83, 1913.
164. Woodruff: *New York med. Journ.*, núm. 2, 1913.
165. Rocher: *L'Encephale*, núm. 9, 1913.
166. Juarros: *Gaz. Med. del Sur*, 1915.
167. Pedercini: *Not. e riv. du psichiatri.*, núm. 2, 1911.
168. Pribran: *Dtsch. med. Wochenschr.*, núm. 31, 1922.
169. Littlejohn: *The Lancet*, núm. 4506, 1910.
170. Curschmann: *Zeitschr. f. Nervenheilh.*, núm. 61, 1918.
171. Roselló: *Ann. de la F. de Med. de Montevideo*, número 10, 1920.
172. Gan: *Th. Montpellier*, 1911.
173. Shanaham: *Epilepsia*, V, 1914-15.
174. Collier: *New York st. journ. of med.*, núm. 14, 1914.
175. Tamburini: *Riv. sperim. di franatr.*, t. XLV C 34, 1922.
176. Teglbjaerg y Stuble: *Ugeskrift f Laeger*, núm. 5, 1924.
177. Dorner: *Allg. Zeitschr f Psych.*, núm. 69, 1922.
178. Bergema: *Nederlandsch tydschrr geneesh.*, núm. 14, 1923.
179. Castin: *L'Encephale*, núm. 5, 1910.
180. Radlich y Potzi: *Zeitsch f d ges Neurol. u Psychiatr.*, núm. 3, 1910.
181. Heildeberg: *Diss Heildeberg*, 1912.
182. Pfeife: *Zeitschr f d ges Neurol. u Psychiatr.*, número 10, 1912.
183. Sicard: *Soc. Med. des Hôp. de Paris*, 1912.
184. Gordon: *New York med. Journ.*, núm. 99, 1913.
185. Held: *Berl. Klin. Wochenschr.*, núm. 57, 1920.

UNIVERSIDAD CENTRAL

Mi práctica de veinte años sobre el carbunco.—Contribución á su estudio (1)

Tesis que presenta para aspirar al grado de doctor en Medicina y Cirugía el alumno

PEDRO MUÑOZ PALOP

Curso de 1923 1924.

Investiguemos el oficio; si por donde habita hay industria pecuaria, si hay animales enfermos y de qué zoonosis mueren; si los tocaron y desollaron, etc., completando estos datos los encontrados en el enfermo. Bien entendido que obraremos libres de prejuicios, de pustulofobia (19), para hacer un diagnóstico clínico y anatómico ya que el integral le es imposible en pequeños núcleos de población, á la mayoría de los médicos.

También huiremos de la pustulofobia de los campesinos que acuden asustados al médico ante cualquier lesión de piel. A este efecto, vamos á referir tres ejemplos que hemos tenido en los mismos días. El 17 de Julio de este año vino á nuestra consulta Juan Piqueras Francés, niño de seis años, acompañado por su padre que lo trae de una heredad distante dos horas de Enguera. Aparece con una pápula sobre labio superior, lado izquierdo; el labio está tumefacto, sobresale un través de dedo del inferior y en el centro de la pápula, aplanada, está la piel denudada dejando el dermis al descubierto por haberse rascado; el color es rojo obscuro, duro al tacto y con insensibilidad patente que permite dejar clavado el alfiler perpendicularmente al labio. Apareció la mancha el día 16 de Julio. En la casa que habita no hay ganado, pero dos días antes albergaron á un rebaño de cabras y ovejas que iban de tránsito para cambiar de terreno. Nada más saben; en las doce ó catorce horas que allí permanecieron no murió ninguna res. Diagnosticamos una pústula maligna y juzgamos el contagio debido á la picadura de una mosca que llevó el germen de una cabra ú oveja al niño. La indolencia con los antecedentes señalados nos bastaron para cauterizar y aplicar la pomada de sublimado.

(1) Véase el número anterior.

Aunque había escasa lesión y ningún síntoma general, el niño se agravó al día siguiente, presentó fiebre que se fué elevando hasta alcanzar 40° el día 18 por la noche, el edema abarcaba desde la región clavicular hasta el sinsipicio, el ojo izquierdo no podía ser abierto, el labio rebasaba más de dos traveses de dedo al inferior, tal era su distensión. Tuvo repetidos vómitos y náuseas permaneciendo el enfermo en cama en estado comatoso. Los ganglios submaxilares se pusieron dolorosos y tumefactos. Ante la peoría local y general, volvimos á cauterizar y poner pomada á las doce horas del día 18. La noche de este día fué llamado á consulta un compañero de la localidad para convenir, ante aquella gravedad, un nuevo plan terapéutico. De común acuerdo quisimos usar el 914, del cual no disponíamos en aquel momento y se procuró adquirirlo por el medio más rápido. Afortunadamente, á partir de aquella hora, comenzaron á remitir los síntomas, y el día 19 el enfermo entró en franca mejoría.

El mismo día 17 de Julio se presentó otro niño de cinco años, Antonio Esteve Poquet, hijo de ganadero, con un grano en el surco nasolabial izquierdo. El edema invadía toda la mitad de la cara. No había dolor espontáneo, pero la sensibilidad de la eminencia estaba aumentada á la punción. Se trataba de un abultamiento de forma cónica, del tamaño de un garbanzo, duro, bien limitado, de base subcutánea y vértice en epidermis y sobre ésta una pequeña mancha negra. El color de la piel les hizo pensar en un *mal grano*. Cuando vieron que cauterizaba al primer niño y que nada hacía con el segundo (advirtiendo que ambos estuvieron juntos en la antesala y los padres discutieron, á su modo, la gravedad de sus hijos), quedaron sorprendidos y el padre del niño Esteve francamente desconfiado de nuestro proceder. Si por cualquier circunstancia el niño se agrava por complicaciones posibles, nos hubiera sido difícil hacer comprender á aquél padre que diagnosticamos bien de forúnculo el caso de su hijo.

A los pocos días, el 23 del indicado mes, traen, de una heredad de la Sierra, á José Servet, viejo de setenta y dos años, con una mancha rojiza en la frente, de bordes evidentes; sobre la placa unas flictenas de color casi negro, fiebre y mal estado general. También venía con el diagnóstico hecho por sus familiares, de pústula maligna. Les aseguramos que era un caso de erisipela; aceptaron esta opinión con gran desconfianza, pero el curso de la enfermedad hizo en éste como en el anterior enfermo, que se convencieran de su error.

Dentro de las localizaciones más frecuentes, dedos de las manos, pueden presentarse en forma de difícil diagnóstico, por simular otra afección característica de la región. Vamos á sintetizar una historia clínica que juzgamos instructiva: Teresa Aparicio Bordería, de veintiséis años de edad, casada, reside en una casa de campo, su marido es ganadero y acude á nosotros con una inflamación en el dedo pulgar de la mano derecha; sobre la base de la uña y cara externa del borde ungueal aparece una tumefacción rojo oscura y algunas flictenas. Por el asiento y caracteres generales y predominio casi constante en dicho sitio de onixia y panadizos periungueales, pensamos solamente en estas afecciones, haciendo un pronóstico favorable y aconsejando fomentos antisépticos. Al día siguiente volvió la enferma espontáneamente, fuera de las horas de clínica, muy alarmada porque aquella mancha se hacía negra, el edema aumentaba y el dolor era escaso para la marcha del proceso. Como en otro sitio ya dijimos, el color negro ó pardo asusta mucho á estos campesinos y nuestra enferma acudió nuevamente á nosotros precisamente por el aspecto del grano y por su indolen-

cia. En este caso su temor y prejuicio eran ciertos; el interrogatorio, descuidado en la visita primera, nos descubrió la existencia de reses muertas de *bacera* en su casa, y la ayuda que prestó para desollarlas seis ú ocho días antes. Entonces apreciése la indolencia casi patognomónica cuando hay tejidos mortificados y la certeza del carbunco, asentando sobre base y surco de la uña; superficie cutánea expuesta á erosiones y fácilmente inoculable. El tratamiento que siempre seguimos, curó la pústula, dejando una cicatriz que no perjudicó á la uña, quedando el reborde ungueal desaparecido por la sustitución de tejido cicatricial.

VIII

PRONÓSTICO

Varía mucho según la forma de carbuncosis y el período en que se halla el proceso. Para la pústula maligna, sentamos con arreglo á nuestra experiencia y estadística un pronóstico relativamente benigno, es decir, de menor gravedad de la que establecen la mayoría de los autores; siempre que la infección esté localizada, bien por ser de fecha reciente, bien por tratarse de una manifestación de curso lento, atenuada, sin tendencia á producir fenómenos generales. Durante esta fase de la enfermedad deben curar todos los enfermos con un tratamiento enérgico como el que indicamos más adelante.

El edema maligno es siempre grave. Ya dijimos que es una variedad de la pústula que se caracteriza más que por la localización, por su fase inicial y rápida generalización, hasta el extremo que puede admitirse como proceso que marcha conjuntamente en sus manifestaciones locales y de infección general. A base de un diagnóstico precoz (porque se vea pronto al enfermo y porque la enfermedad se diagnostique desde el primer momento) y empleando un tratamiento completo: destrucción del foco local (si es posible) y neosalvarsán, suero anticarbuncoso, etc., curaremos un buen número de casos. Si el paciente se halla con intensa septicemia, la gravedad se acentúa hasta aproximarse á la del carbunco interno.

En las manifestaciones internas, extremadamente raras, pocas veces podremos diagnosticar en período útil para el tratamiento, y en estas circunstancias, acrecentadas con la inseguridad de la acción medicatriz, hace que unánimemente se acepte el pronóstico como de gravedad tal, que no quepa darle mayor amplitud á esta calificación.

IX

TRATAMIENTO

Debemos extendernos, necesariamente, en el de la pústula maligna, forma localizada la más corriente, única que hemos visto y tratado, aunque algunas llegaron á nosotros, por efecto del tiempo transcurrido, con síntomas de infección general y aspecto de edema maligno. Vamos á exponer en primer término el procedimiento que empleamos, para luego hacer algunas consideraciones sobre otros medios curativos. Nuestros antecesores en esta villa nos enseñaron el conocimiento del carbunco ó carbunco y la manera como lo trataban, al frecuentar sus clínicas en nuestros últimos años de carrera. Estos compañeros, á su vez, copiaron del Dr. Gómez Ferrer, ilustre catedrático de Enfermedades de la infancia en Valencia, ó siguieron idéntico plan guiados por otros médicos más antiguos. Cuando comenzamos á curar pústulas malignas desconocíamos la génesis del método, que después leímos en el capítulo «Carbuncosis» del «Tratado Enciclopédico de Pediatría» de M. P. Paumdeleer y A. Shlossmann, escrito por nuestro aludido maestro. Se-

guimos, pues, un plan que data del siglo XVIII, casi coetáneo del esclarecimiento biológico de la enfermedad.

Convencidos de la ventaja de ganar tiempo, cauterizamos en el momento mismo del diagnóstico; no dejamos salir al enfermo de la clínica, suspendiendo cualquier otro trabajo profesional; nos hallamos ante un caso de cirugía de urgencia (20) tan importante como una hemorragia. Colocamos sobre la lesión compresas muy calientes de agua sublimada al 1 por 500, mientras prescribimos la siguiente fórmula: de bicloruro de mercurio, 3 gramos; de ungüento basilicón, 3 gramos. Nos proveemos también de un poco de levadura, que es fácil encontrar en las casas que amasan pan (la mayoría), y disponemos el termocauterio. Cuando todo está preparado, frotamos con una torunda mojada en agua sublimada al 1 por 500 la superficie enferma, arrastrando la epidermis levantada en la orilla de la placa necrosada; después volvemos a limitar bien con la aguja esterilizada la zona insensible, *que seguirá siéndolo* para el termocauterio; destruimos con el cuchillete al rojo blanco todos los tejidos insensibles, haciendo diversos cortes en forma radial a partir del centro y profundizando de 3 a 5 milímetros según la zona y grado de mortificación de los tejidos. Con una pinza de diente de ratón y bisturí separamos todos los tejidos cauterizados. Volvemos a secar con otra torunda la pérdida de substancia, mejor dicho, la oquedad resultante, buscando nuevos puntos insensibilizados; si notamos que fuimos parcos en la cauterización, comenzamos de nuevo hasta hacer desaparecer todos los tejidos indolentes. Se aprecia muy bien cuando actuamos sobre tejido de vitalidad normal por la diferencia tan grande del dolor acusado por el paciente. Queda un hueco proporcional al tamaño de la necrosis; el círculo que le rodea en una extensión de medio centímetro es objeto de ligera cauterización al rojo oscuro puesto el cuchillete de plano. Limpiamos otra vez toda la serosidad, que fluye en bastante cantidad, y rellenamos la cavidad con la pomada, colocando alrededor la levadura de pan, que se queda adherida a la piel, impidiendo al cáustico potencial invadir más extensión de la marcada por el rodete. El tiempo que debe mantenerse el medicamento en contacto con los tegumentos, la cantidad de pomada y la profundidad y extensión de la exéresis, son los puntos más difíciles de este método. En términos generales puede decirse que estarán en relación con la magnitud de la pústula y el período evolutivo de la misma. En éste como en todos los casos de la Medicina, hay que ver el problema en cada individuo y supeditar nuestra actuación a la situación del momento y a su marcha ulterior. Hay, sin embargo, que atenerse a los siguientes preceptos: la cauterización siempre será superficial, sin rebasar el tejido celular subcutáneo, pues es sabido que la bacteridia no produce necrobiosis de músculos, tendones y otros órganos internos, sino que desde el dermis y capa subdérmica pasa al sistema linfático y sanguíneo para producir la sepsis, pero sin ganar en profundidad, sino en superficie. El cáustico químico se dejará colocado diez, quince, veinticuatro horas, según la marcha del proceso. Claro es que para seguir esta inspección deberemos ver al paciente tres ó cuatro veces al día, observando de preferencia el estado general; si éste ha mejorado, se levanta la cura, se limpia y se mira el fondo y superficie de la úlcera, debiendo distinguirse la diferencia existente entre un tejido cauterizado y otro invadido por la acción necrosante del veneno bactericida. Estos caracteres son fácilmente reconocibles con alguna práctica; pero en los principiantes suele confundirse el círculo negruzco con una nueva invasión volviendo a aplicar más sublimado; contribuye a esta determinación la persistencia del edema *que no cede*

mientras apliquemos la pomada; por esto decíamos que hay que atenerse preferentemente a la mejoría general, después al estado local, y prescindir del aspecto edematoso de la región que tarda unos días en desaparecer. Tampoco debe colocarse mucha pomada; basta con unos 50 centigramos para formar una película que cubre la superficie cruenta. En todos nuestros casos ha sobrado mucha pomada; en realidad, podría recetarse la tercera parte; pero es conveniente pedir algo más para que el farmacéutico la prepare mejor. No aparecen fenómenos de intoxicación de ninguna clase, y el dolor que produce es bastante soportable. La vigilancia durante las primeras veinticuatro horas debe ser muy repetida, para estar siempre prontos a combatir un mal que en horas puede transformarse en un proceso general y para no llegar en el tratamiento más allá de donde sea preciso; también para renovar la cura que puede desprenderse durante el sueño ó por algún movimiento violento, especialmente cuando se aplica en la cara ó se trata de un niño; para evitar éstos inconvenientes se recomienda la mayor quietud y la posición horizontal de la parte enferma. Si la pomada toca puntos indemnes, da ocasión a la aparición de vejigas de color parecido al de la escara. Siguiendo los consejos que hemos indicado se consigue cicatrizaciones planas, de buen aspecto, sin retracciones ni herir órganos importantes, á pesar de ser un tratamiento sumamente enérgico que parece desproporcionado con la lesión. Pasadas veinticuatro ó cuarenta y ocho horas queda una úlcera, producida por quemadura, con una escara central, que cicatrizará por segunda intención en un plazo de quince á veinte días con los medios corrientes: agua sublimada, oxigenada, yodoformo, etc. En muchas ocasiones, cuando la cicatrización estaba en su primer período, hemos mandado á los enfermos, en general pastores, á sus casas, volviendo á sus ocupaciones, pero dándoles instrucciones para la curación de la úlcera residual que ha cicatrizado con algunos días de retraso por infecciones banales sobreañadidas, pero quedando muy satisfechos de estar al lado de su familia y al frente de los intereses que se le confiaron.

Como es lógico suponer, ante el número relativamente elevado de enfermos tratados hemos intervenido en algunos que presentaban fiebre alta, vómitos, cefalalgia, edema de toda la región afectada, síntomas indicadores de infección general, y en estos casos obramos de la misma manera, aunque más enérgicamente, siguiendo distinto sistema del indicado por Lesser (21), llegando hasta tener aplicada la pomada durante cuarenta y ocho horas, y en todos vimos ceder paulatinamente los síntomas generales y llegar á la curación aun tratándose de formas localizadas en la cara donde la gravedad es mayor y sin dejar deformaciones de gran importancia, aspecto este último que á los habitantes de esta serranía no les preocupa. En un enfermo de la clase á que me refiero ahora, en el cual persistían la fiebre, adinamia, vómitos, etc., junto con la peoría de la región inicial, después de pasados dos días usamos conjuntamente las inyecciones de tintura de yodo disuelta en doble cantidad de agua destilada (22), haciendo 10 ó 12 picaduras subcutáneas sobre el edema, espaciándolas conforme nos distanciábamos del foco y añadiendo entre ellas algunas punturas con el termocauterio. Merced á esta terapéutica y á mi parecer, por efecto de la ya empleada, comenzó á mejorar el enfermo viniendo la curación sin dejar grandes huellas cicatriciales. Como tratamiento interno se redujo á dieta, algún purgante y tónicos generales, hay que aceptar la acción local como curativa. Innecesario parece añadir que las formas localizadas en la cara han curado de igual manera; la cicatriz pequeña, plana y poco perceptible no ha entorpecido las funciones mímicas

de la misma por producir retracciones ni ha perjudicado en gran manera á la estética general del rostro. También es digno de tenerse en cuenta por tratarse de personas muy pobres, que este tratamiento apenas cuesta una peseta. Reconozco, sin embargo, que ante un edema maligno de ojo nos veríamos imposibilitados de actuar como venimos aconsejando, reemplazando entonces la acción terapéutica local con los recursos específicos de acción general de que hoy disponemos.

El mayor número de pústulas malignas las vemos en cara y manos. En ambas regiones son las intervenciones quirúrgicas muy delicadas y precisas, para evitar cicatrices deformes que afean ó alteran funciones importantes. Es preciso, ateniéndose á esto, obrar con gran cautela en la cauterización con el termocauterio y en el tiempo que dejemos aplicada la pomada. No debe olvidarse nunca que debajo de la piel y tejido celular nada tenemos que destruir que sea origen ó propagación de la acción bactericida, pero que hay elementos anatómicos que debemos respetar. Por impericia en el manejo de estos remedios en nuestras primeras intervenciones y temor exagerado á no cauterizar por completo la zona necrosada, tuvimos la desgracia, en una ocasión en que la pústula asentaba en la cara dorsal, borde interno de la mano izquierda, de destruir a guisa rama colateral del nervio cubital y el tendón extensor del dedo meñique, ocasionando la impotencia funcional de dicho dedo. Estos peligros son mayores cuando el mal radica en la muñeca. Igualmente en el labio pueden producirse perforaciones con la consiguiente imperfección física, y hacemos la observación porque también fuimos sorprendidos cierta vez, al desprenderse los tejidos cauterizados, de la profundidad alcanzada por la destrucción, haciéndonos temer en una perforación de labio, que afortunadamente no ocurrió.

De la innumerable lista de antisépticos y cáusticos químicos que se pueden usar, damos la preferencia al bicloruro de mercurio cuya acción microbicida sobre el *bacilo anthracis* está plenamente demostrada por experimentos de laboratorio efectuados desde la época de Davaine hasta nuestros días. Los bacilos existentes en campo de cultivo mueren á la dosis de 1,50 gramos por 1.000.000 de centímetros cúbicos de dicho caldo; también perecen en solución de bicloruro mercurio al 1 por 150.000. El Dr. Gómez Ferrer dice (23), que la difusión del sublimado en el tejido celular, el paso posible de un compuesto albuminoideo soluble de mercurio formando *in situ* y tal vez del mismo sublimado disuelto en líquidos plasmáticos por las vías linfáticas, podrán alcanzar las bacterias que la escara no destruyó, en redes linfáticas y hasta en los ganglios contribuyendo á la curación; explicando así los prodigiosos resultados obtenidos con el mencionado preparado, bien en la forma que nosotros seguimos, bien en polvo, ó el del Dr. Pascual de Sande, muy inferior á nuestro concepto á los anteriores.

El ácido fénico, tintura de yodo, ácido nítrico, potasa cáustica, cloruro de cinc y tantos otros cuerpos utilizados en polvo ó á fuerte concentración, obran por su poder cáustico y todos ellos han sido abandonados.

No debemos pensar nunca en el método expectante, ni en la curación espontánea. Es cierto que de esta manera curarían algunos; mas en la práctica, con la responsabilidad moral con que ejercemos, nos guardaremos en absoluto de seguir dicho camino.

Aconsejaremos la cauterización actual y potencial siempre que pueda llevarse á efecto, admitiendo como buenos otros muchos procedimientos de curación en que cambia el nombre del cáustico y la manera de usarlo, pero obrando pronto y enérgicamente, reservando las acciones defensivas

naturales para las personas que por ignorancia no recurren al médico y tienen la suerte de contar en su organismo con suficientes medios de defensa para impedir la generalización del mal.

Hasta época relativamente reciente, no había recursos curativos más que para la forma externa de la carbuncosis y en ésta sólo podíamos ser útiles mientras su localización permitía se la cauterizara. Cuando este caso no se da ó el proceso se ha generalizado ó por su implantación es de origen interno, contamos hoy con algunos remedios de eficiencia evidente. En cualquiera de las circunstancias á que nos referimos podemos optar por los siguientes medicamentos: inyecciones intravenosas de bicloruro de mercurio, de neosalvarsán ó de suero anticarbuncoso.

VACUNOTERAPIA Y SUEROTERAPIA ANTICARBUNCOSA

Al hablar de la inmunidad hicimos algunas consideraciones acerca de la vacunoterapia y de los trabajos realizados para su descubrimiento, exponiendo sus fundamentos; todo se reduce á obtener una gama de cultivos de virulencia de intensidad creciente á partir de aquel que sólo mata á la rata y no al cobaya, conejo y carnero, y á manejar estos cultivos según las reglas fundamentales de la vacunación.

El Dr. Agata (24) vacuna óvidos con éxito, mediante vacuna preparada con bacilos carbuncosos muy virulentos previamente mezclados á caldo.—cultivo de bacilos pyocianicos.—Pecrimi (25) dice haber logrado vacunar el cobaya contra la fiebre carbuncosa con una vacuna única, de preparación secreta. G. Finzi (26), de sus experiencias concluye que es preciso usar más fuertes dosis de vacunas pasteurianas para obtener resultados en los animales. La vacunación anticarbuncosa no es aplicable al hombre y las esperanzas que en un principio hizo concebir su uso como remedio curativo ó profiláctico fueron abandonadas.

En cambio, la sueroterapia encontró brillante aplicación en sus comienzos. Según Boidin (27), con el suero se inmunizan conejos, cosa casi imposible de lograr por el método pasteuriano. El suero fué descubierto casi simultáneamente por Marchoux (28) en Francia y Sclavo en Italia. Su preparación no difiere en nada de la práctica general de obtención de sueros. Se recurre, desde luego, á animales de gran talla (caballo, asno, carnero); á este respecto, lo único interesante son los ensayos hechos para lograr sueros poderosos y en plazo breve, mediante inoculación simultánea al animal de suero y virus. La dosis á inyectar en el hombre son 30 á 40 c. c. diarios, por vía subcutánea; en casos graves se debe recurrir á la vía venosa (10 á 20 c. c.).

Pero, ¿cómo obra el suero? Se ha visto que en él prosperan las bacteridias, y que carece de acción bactericida. Para Sobernheim no habría sustancias protectoras en la sangre de hombres ó animales curados de carbunco. En cambio, Guillain, Boidin y N. Fiessinger (29) han demostrado la existencia de propiedades protectoras en el suero de un convaleciente de edema carbuncoso de la cara. Bordet y Gengou por medio de su reacción han visto sensibilizantes en el suero de cobayas inmunizados por la primera vacuna pasteuriana. Cler las ha evidenciado en el suero de Sclavo. Para algunos, el suero obraría excitando la acción fagocitaria general. ¿Será antitóxico? Louis Marmier (30), cultivando la bacteridia en un medio especial (agua glicerínada peptonizada), ha obtenido una toxina inmunizante.

El suero anticarbuncoso de Sclavo, de Sienna, Marchaux, del Instituto de Alfonso XIII, el que pudiéramos encontrar, del cual acabamos de dar algunos datos, requiere su aplicación en los primeros días, siendo además de acción muy dudosa; en la actualidad, apenas se usa. La inyección de su-

blimado en el torrente circulatorio está indicada por la acción del mismo sobre las bacterias *in vitro*, y por la acción conocida que ejerce sobre los procesos septicémicos; pero de las experiencias llevadas á cabo por los Dres. M. Jiménez y García de la Serrana y P. Mayoral (31), resulta que el bicloruro de mercurio introducido por esta vía sanguínea no tiene acción curativa apreciable á la dosis de 0,001 gramo por kilogramo de conejo, y á mayor dosis es perjudicial. En un medio rural donde de momento no podemos encontrar suero anticarbuncoso ni 914, debe usarse por ser de fácil aplicación y preparación.

Sabido es el amplio radio de acción que va alcanzando el neosalvarsán, en un principio considerado como específico del *treponema pallidum* y hoy extendido al paludismo, lupus, lepra, procesos sépticos y otros de etiología no bien determinada. Siguiendo este camino ha sido ensayado en las formas graves de pústula y edema malignos con feliz resultado en manos del ilustre Dr. Olivares, y en un caso relatado por los doctores antes citados en el cual comprobaron, además, que el neosalvarsán añadido en cantidad de 0,003 gramos por 1.000 c. c. de cultivo destruye el *bacillus anthracis* á las diez y siete horas de contacto. En el enfermo á que hacemos referencia se inyectaron primeramente 0,40 gramos de neosalvarsán y 0,60 á las diez y ocho horas. Hay quien emplea el suero antiestreptocócico asociado á los remedios ya indicados, fundándose en que el estreptococo es huésped habitual existente en los análisis de exudados y escaras de las pústulas.

Fornineau, fundándose en las experiencias de Bouchard y Charrin sobre el antagonismo de la bacteria carbuncosa y el bacilo piocianico (tipo del microbio de estufa), describe un método basado en cultivos piocianicos (32). También hay quien preconiza el suero de perro (33), fundado en que este animal es refractario á la infección carbuncosa; otros, el suero normal de buey, etc., pero nuestro objeto no es pasar revista á todos los medios terapéuticos empleados hasta el día, sino hacer resaltar aquellos hechos que nos ha proporcionado nuestra ya dilatada práctica, como la inmunidad de la lana para los obreros que la trabajan, la frecuencia del contagio directo, debido á las cabras, del indirecto por intermedio de las moscas, la mayor localización en los miembros torácicos y la eficacia del tratamiento que siempre hemos usado á base de cauterización con el termocauterio y el sublimado.

Tenemos, por lo tanto, un tratamiento para la pústula maligna en la que no existan fenómenos de extrema gravedad por generalización de la septicemia, que cura casi siempre por el procedimiento descrito ampliamente por nosotros, y otro para el edema maligno y las manifestaciones internas que pueden curar en muchos casos con el neosalvarsán unido á veces á otros medios coadyuvantes; de modo, que así como para la pústula maligna seguimos un tratamiento que cuenta muchos años de éxito y que á pesar de las nuevas medicaciones sigue siendo para nosotros el método de elección, hemos de convenir que para el edema maligno y las micosis que antes mataban á casi todos los enfermos, hoy podemos contar con algunas esperanzas de éxito, especialmente debido á la introducción en terapéutica del neosalvarsán.

De cuanto llevamos expuesto se deducen las siguientes conclusiones que se refieren, especialmente, al concepto que hemos formado por propia observación:

1.^a Nuestra práctica de veinte años en población industrial, nos enseña que ha sido muy exagerado el peligro que se contrae por los manipuladores de la lana en vellón, debiendo desaparecer la denominación de enfermedad de los

cardadores de lana al referirse á la carbuncosis interna, forma pulmonar.

2.^a De nuestra estadística se desprende que la cabra es el principal medio de contagio directo del carbunco, y después de ella, el carnero.

3.^a La enseñanza de los peligros que sobrevienen al desollar reses muertas de mal de bazo, restringe grandemente el contagio.

4.^a La mosca es el vehículo más importante de contagio indirecto.

5.^a Después de estos orígenes de contagio y de la forma cutánea llamada pústula maligna, ocupan lugar muy secundario las demás fuentes de contagio y las otras manifestaciones de la enfermedad.

6.^a Los numerosos casos de pústula maligna que hemos observado son de diagnóstico relativamente fácil y de pronóstico grave, sin que llegaran á producir la muerte.

7.^a En la fase de escara es infalible el sistema de la indolencia, hecha evidente con la picadura de un alfiler.

8.^a La cauterización actual y potencial nunca ha fracasado usada por nosotros, cuando el proceso asienta en la piel.

9.^a Es el mejor de los antisépticos el bicloruro de mercurio, y de las distintas formas como se aplica, damos la preferencia á la pomada hecha á partes iguales con ungüento basilicón.

10. En casos de excepcional gravedad deberá hacerse uso del suero anticarbuncoso, del bicloruro de mercurio y preferentemente del neosalvarsán, todos por vía intravenosa.

Bibliografía.

1. Ashhurst: Enciclopedia internacional de Cirugía. Afecciones carbuncuales, por D. José Ribera y Sanz.
2. Enriquez, Lafite, Bergé, Lamy: Tratado de Medicina, página 567.
3. J. Grasset: Fisiopatología Clínica, t. II, pág. 204.
4. Cajal: Anatomía Patológica General, 3.^a edición, 1900.
5. Bégonin, Bourgeois, etc.: Tratado de Patología Quirúrgica, t. I, pág. 66.
6. A. Novoa Santos: Manual de Patología General, 2.^a edición, 1922.
7. Centrabl. f. Klinische Medizin., 1888, núm. 38, página 681.
8. Anales I. P., 1890, pág. 193.
9. Anales I. P., 1921, pág. 421.
10. Anales I. P., 1922, pág. 567.
11. Pablo Reclus: Tratado de Patología Externa, t. I, página 150.
12. W. Ebstein: Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica, t. VI, pág. 431.
13. Castilla Mira: Sueroterapia en el carbunco humano, pág. 30, Buenos Aires, 1922.
14. Juan Pablo Langlois: Higiene Pública y Privada, 1912, pág. 146.
15. Alberto Robin: Tratado de Terapéutica Aplicada, tomo II, pág. 488.
16. Diccionario de los Diccionarios de Medicina, t. VII, página 199, 1864.
17. Julio Comby: Tratado de Enfermedades de la Infancia, pág. 194.
18. C. Morell: Anales del I. P., 1923, pág. 225.
19. A. Martinet: Diagnostic Clinique, pág. 3.
20. Félix Lejars: Cirugía de Urgencia, pág. 1.100.
21. A. Lesser: Tratado de Enfermedades de la Piel y Venéreas, pág. 283.

22. A. Manquat: Tratado Elemental de Terapéutica, página 120.
23. M. Paumdelier y A. Shlossman: Tratado Enciclopédico de Pediatría, Capítulo carbuncosis, por D. Ramón Gómez Ferrer.
24. Anales del I. P., 25 de Abril de 1910.
25. Ann Staz. s. p. per le mal infett., t. VII, 1922.
26. Il nuovo Ercolani, 15, 31 dec., 1922.
27. Presse Medicale, 25 Mai 1910.
28. Anales I. P., 1989, pág. 785.
29. Soc. Biol., 12 Octubre 1907.
30. Anales I. P., 1895, pág. 533.
31. Los Progresos de la Clínica, núm. 109, Enero de 1921.
32. Journal des Praticiens, 19.4, pág. 380.
33. Dr. Joaquín Camino: Tratamiento del Edema maligno por el suero normal de perro. Revista de los Laboratorios Ibero-Americanos.

Bibliografía. (1)

QUESTIONS ACTUELLES DE BIOLOGIE MEDICALE, por G. H. Roger.— Un volumen de 196 páginas, con 49 figuras (Masson et Cie., editores), 1924. Precio, 18 francos.

En este libro, dedicado por su autor á los compañeros y amigos de la América del Sur, están reunidos y agrupados los diversos temas tratados por el ilustre decano de la Facultad de Medicina de París, en el curso de la misión que le fué confiada por el Gobierno francés.

Consta el libro de siete capítulos, en los que se tratan las siguientes cuestiones: I. *Las funciones internas del pulmón* (acción del pulmón sobre las materias grasas); II. *Algunos hechos relativos á la fisiología normal y patológica del pulmón*; III. *Acción cardiovascular de algunos extractos de órganos*; IV. *Investigaciones sobre las cápsulas suprarrenales*; V. *Acción del hígado sobre los venenos*; VI. *Investigaciones sobre los fermentos*; VII. *El papel de la bilis*.

Todos estos asuntos han sido objeto de investigaciones y de trabajos importantes por parte del profesor Roger; así, pues, las 196 páginas del libro tienen un constante y notorio sabor personal. Son poco numerosos los libros que puedan denominarse tan justamente originales en su conjunto, como éste que reseñamos. Claro está que el autor recuerda las doctrinas admitidas en estos últimos años para cada uno de los temas antes indicados, pero lo hace para poner de relieve los problemas que se presentaban y después expone sus experiencias, su técnica y los resultados obtenidos. De estos resultados se derivan, por otra parte, conclusiones interesantes para la clínica; los tejidos animales, por ejemplo, encierran (lo mismo que los tejidos vegetales) sustancias fármaco-dinámicas muy energéticas: la acción de estas sustancias en el sistema cardiovascular y sobre el neumogástrico merece fijar la atención en el asunto; y estos resultados conducen á aplicaciones terapéuticas bastante numerosas.

Las funciones del hígado son perturbadas más ó menos profundamente en el curso de las enfermedades más diversas (infecciosas, agudas ó crónicas, intoxicaciones, afecciones orgánicas); es interesante también disponer de procedimientos sencillos y prácticos, capaces de suministrar al clínico las enseñanzas necesarias. Para el autor, la investigación del ácido glucosúrico en las orinas, es lo que proporciona mayores servicios.

En otros temas, los trabajos del profesor Roger tienen importancia primordial por exponer hechos completamente

(1) Sólo haremos el estudio crítico de las obras que nos sean remitidos dos ejemplares.

nuevos y quedar con ellos abierto un nuevo campo para continuar las investigaciones. Tal sucede con lo que se refiere á las funciones internas del pulmón. Hasta en estos últimos tiempos, el pulmón se consideraba como sirviendo exclusivamente para los cambios gaseosos; la fisiología de este órgano estaba en el mismo estado que la fisiología del hígado antes de Claudio Bernard. La función aparente, cambios gaseosos ó secreción de la bilis, parecía la única manifestación de la actividad del órgano. Hoy, gracias á los trabajos y experiencias de Roger, sabemos que el pulmón posee una función lipolítica ó lipopéxica. El pulmón destruye las grasas ó los productos de digestión de las grasas que llegan á él desde los quilíferos y la cisterna de Pecquet; mejor que la palabra *lipolisis*, empleada ya para indicar el desdoblamiento de las grasas neutras, propone el autor la de *lipodiéresis* para denominar esta función pulmonar.

La exposición de las cuestiones es de una claridad y hasta de una amenidad realmente admirables; desde la primera página queda interesado el lector y en ningún momento se pierde este interés. Las citas bibliográficas son escasas; fácilmente se comprende que lo sean, tratándose de asuntos tan nuevos como los que se exponen en este libro.

Los diversos capítulos contienen 49 ilustraciones en negro y una lámina en color con imágenes de cortes microscópicos de pulmón, que demuestran claramente la función importante de este órgano en el metabolismo de las grasas. Una de estas imágenes corresponde á una preparación hecha, según el método de nuestro excelente histólogo Del Río-Hortega.

DR. EMILIO LUENGO

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Diabetes é insulina. Intervención del Dr. D. Francisco Reig Pastor, auxiliar numerario de esta Facultad de Medicina, en el debate planteado por el socio D. José Millán Moles, de Valencia, el 5 de Febrero de 1924.**—Interviene en la discusión el Dr. Reig Pastor, quien comienza haciendo constar que únicamente intervenía á requerimientos de algunos de los presentes, pues creía que se trataba de una conferencia y no iba provisto de aquellas notas necesarias para intervenir en una discusión de la naturaleza de la que se estaba debatiendo, pero que más que nada lo hacía para dispensar los honores de la discusión á tan distinguido compañero, de la escuela valenciana, á quien felicitaba con toda efusión y entusiasmo, aunque hubiera querido poder hacerlo sin ninguna reserva, pues la pequeña reserva mental que tenía que hacer hace referencia á un extremo, que si bien no tiene relación ninguna con los indiscutibles méritos científicos del conferenciante, lo hace al hecho de que hubiera querido que constara para la clase médica valenciana el honor de haber sido, como ha ocurrido, la primera en España que ha utilizado la insulina después de en el extranjero, ya que venciendo incluso resistencias diplomáticas, pudo proporcionarse el remedio para su aplicación á los enfermos en nuestra región.

Entrando luego á hacer algunas observaciones sobre el total de la conferencia, dijo que había de sentar algunos hechos previos para mejor llegar á las conclusiones que pudiera sentar, en realidad bastante próximas á la del conferenciante, y eran éstas las siguientes: fijar el concepto de lo que debemos admitir como diabetes y lo que entendía que era la insulina.

¿Hemos de admitir como diabetes toda glucosuria? No; pues ya sabemos cuán grande es el número de enfermedades de órganos, á veces los más distantes y hasta sin, al parecer, relación alguna funcional, en las que se presenta como síntoma la glucosuria; pero limitándose á lo que se admite por diabetes, cree que sería mejor mencionar, no ya las formas graves y no graves, sino aceptar la nueva división de diabetes con y sin desnutrición, y ya de este modo veríamos que en las que no hay desnutrición ningún papel ni beneficio obtendremos con el empleo de la insulina, pues éstas las más de las veces se curan con un régimen y algo de ejercicio, puesto que no son más que un retardo en el metabolismo, es decir, un estado de disminución del poder de tolerancia de ciertos alimentos, fácilmente corregible en cuanto se activa algo el metabolismo y que sólo aparece cuando se llega á la época de la robustez y se pasa fácilmente de ésta á la obesidad, ó cura también, aun sin forzar mucho el régimen, haciendo ingerir al enfermo algo que ayude á la mejor transformación intestinal ó yuxta celular de los principios alimenticios, para los que tiene una cierta pereza el elemento celular. Las otras diabetes, las llamadas con desnutrición, éstas sí que constituyen materia abonada para el empleo de la insulina, pues en éstas la desnutrición es el síntoma constante, aun en aquellos casos en los que hay una relativa tolerancia para los hidrocarbonados; pero no debemos conformarnos con esta división, pues hay diabetes de éstas, flacas, en las que la consunción es mayor y más persistente, debido á que hay además trastorno en el metabolismo de los nitrogenados además de los hidrocarbonados, revelando una alteración tal de la perturbación metabólica del elemento celular, que hace prever que puedan ser inútiles cuantos medios pongamos en juego para defender al organismo de las agresiones que pueda sufrir, ya por enfermedades intercurrentes (mucho más graves todas ellas en estos individuos), ya por las complicaciones que durante el curso de la misma pueden presentarse, debido á las fermentaciones y acidez del medio interno y, todo ello, va indicándonos algo de lo que puede constituir indicación de este nuevo remedio que con tanta alegría han recibido los diabéticos, pero que el médico debe hablarles claramente y decirles que en los casos que hemos de considerar como verdadera diabetes, tenemos algo que podrá mejorarles y evitarles tal vez un funesto desenlace; pero es preciso que no dejen de sujetarse á un plan alimenticio y á ciertas precauciones higiénicas precisas, para evitar la aparición de determinadas complicaciones que pueden acarrearles la muerte, ó que disponemos de medio para hacer menos grave la intervención quirúrgica de ellos en determinadas enfermedades.

¿Qué es la insulina? Un extracto completo de páncreas conteniendo la secreción interna del mismo; que la secreción interna del páncreas interviene en la digestión intestinal, influyendo sobre el poder glucogénico del hígado, así como la glucorregulación, creo ocioso el recordarlo; pero sólo citaré el ya sabido experimento de von Mering y Minkowski, al hacer aparecer en un perro los fenómenos de desnutrición, glucosuria y diarrea con gran cantidad de materias grasas, previa la despancreatización del animal, y, en cambio, cuando antes de despancreatizar al animal se le hace un injerto del páncreas de otro animal en cuyo injerto estén comprendidos algunos islotes de Langerhans, puede verse que no se presenta la glucosuria, ni la diarrea característica, ni la desnutrición; pero si en estas condiciones se priva del riego sanguíneo al injerto, véase aparecer rápidamente el cuadro característico de la falta de secreción interna del páncreas y sobreviene la muerte. Convencido Banting de la necesidad de esta secreción interna, pensó dar á los

diabéticos el extracto de páncreas, y, efectivamente, vióse al principio que aparecían algunas mejorías con ciertas limitaciones, debidas unas á algunos accidentes pasajeros que sobrevenían durante el empleo de este recurso, y que en otras no podía apreciarse fenómeno ninguno, ni favorable ni contrario, achacándose en este último caso á la pérdida de la actividad del preparado; nos ocuparemos de ambos extremos.

En cuanto al segundo, se decía que era debido á que la acción del preparado era limitada y, buscando la causa de ello, se vió que consistía en que como se obtenía el extracto completo del páncreas que había entrado en actividad, iba en él incluida la secreción interna y la externa y resultaba que las cimbras que contenía esta última, ejercían acción destructiva sobre la secreción interna y anulaba la secreción interna contenida en el extracto; por ello se pensó en la manera de obtener un extracto que sólo tuviera el producto de secreción interna, lo que consiguió Banting, obteniendo el extracto de páncreas que no hubiera comenzado á actuar; los páncreas de feto de terneras en las que aún no era solicitada su secreción externa para intervenir en la digestión intestinal y posteriormente se ha pensado también en páncreas de determinados peces que tienen separadas ambas secciones de páncreas; así el producto resulta de acción indefinida, salvo las limitaciones propias de todo producto orgánico.

Banting, con la cooperación de Collips y MacLeod, continuaron las experiencias empleando la insulina en el Hospital General de Toronto, en Marzo de 1922, viendo que con su empleo aumentaba el coeficiente respiratorio de los enfermos, indicio de una mejor utilización de los hidrocarbonados y que volvía á la normalidad la cantidad de azúcar en la sangre. Para evitar los inconvenientes del empleo de dosis excesivas, trataron de fijar lo que debía admitirse como unidad; pero en vista de la cantidad de glucemia y de glucosuria, emplearon más ó menos cantidad de insulina sin los inconvenientes de la dosis excesiva y consideraban como unidad la cantidad que, inyectada á un conejillo de 2 kilogramos de peso, hacía bajar la cantidad de azúcar en la sangre 0,45 en cuatro horas, aunque se ha modificado con posterioridad por otros autores esta cantidad.

Los accidentes pasajeros que sobrevenían algunas veces por el empleo de la insulina y de que antes hemos hecho mención, débense á las particularidades de la acción de este producto opoterápico; al producirse la glucorregulación por la acción de la insulina, baja la glucemia que en estos enfermos está aumentada, es decir, que hay hiperglucemia, síntoma al que anteriormente no se concedía la importancia debida en el estudio de las diabetes; y si no se tiene en cuenta la glucemia y damos una cantidad tal vez exagerada de insulina ó no prevenimos estos hechos haciendo ingerir al diabético una determinada cantidad de hidrocarbonados, nos exponemos á que aparezca una hipoglucemia exagerada presentándose temblores, parecidos á los que sobrevienen cuando al intervenir quirúrgicamente en el bocio se extirpan las paratiroides dejando sólo una, además algún ligero colapso, enfriamiento, etc., síntomas todos que el médico ha de conocer y que más bien diríamos que debe prevenir, tomando las necesarias precauciones ó prevenciones, las que nos servirán á su vez para sentar las indicaciones del empleo de la insulina.

Nunca debemos conformarnos, para hacer el diagnóstico de la diabetes, con hacer el análisis cualitativo y cuantitativo de la glucosuria, sino que además debemos averiguar el estado de la glucemia; y siempre que ésta sea menor de 1,50 gramos, no debe emplearse la insulina, no está justifi-

cado en estos casos su introducción en el organismo, ya porque sea una diabetes ligera, ya sea porque se trate de una diabetes renal, en cuyo caso no está la perturbación en el metabolismo de los hidrocarbonados, puesto que conservan su umbral en la sangre, sino que la perturbación es renal; una vez determinada la glucemia, hemos de proceder por tanteo, viendo la tolerancia que en cada caso hay para los hidrocarbonados, límite que es muy variable aun en el mismo enfermo y que nos obligará también á no olvidar la determinación de la urea sanguínea, sobre todo en los casos en que hay gran desnutrición por haber alteración no sólo del metabolismo de los hidrocarbonados, sino también de los nitrogenados, pudiéndose apreciar una disminución del poder glucolítico de los tejidos.

Tras todas las experiencias ya citadas, los Dres. Chabaz, Lobo Onell y Lebert comunicaron á la Academia de Medicina de París el resultado de las suyas, diciendo que la insulina transforma, cuando menos temporalmente, á los diabéticos en individuos normales, puesto que en un diabético de forma consuntiva que ingería 270 gramos de hidrocarbonados y eliminaba antes de la administración de la insulina 270 gramos de glucosa en las veinticuatro horas, al cabo de pocos días sólo eliminaba 6 gramos y la glucemia había también bajado á 1,27 de 3,50 que tenía. Pero dejemos de administrar la insulina al diabético y veremos cómo en plazo más ó menos breve aumenta nuevamente la glucosuria y la glucemia, por lo que hemos de hacer una deducción; y es que, á pesar del tiempo que se haya empleado, si deja el enfermo el régimen y el empleo de la insulina, vemos aparecer todos los síntomas que caracterizaban aquel caso de diabetes; demuéstranos esto una serie de hechos, que aun cuando sólo sea á la ligera, hemos de mencionar: que la secreción interna del páncreas, en la que sin duda hay una diastasa como admiten Lepine, V. Mering, Hedon y Tiroloix, es la que permite á los tejidos suplir la función de oxidación y destrucción de la molécula de azúcar; que, á pesar de su empleo, no recobran los tejidos su función glucolítica; que no puede abandonarse el régimen en absoluto, aun cuando permita una mayor amplitud en la tolerancia de alimentos que ingiera el enfermo, pues si bien suple transitoriamente, es decir, mientras se emplea la acción del páncreas, no puede despertar la abolida acción glucolítica de los tejidos; que en aquellos casos en que una complicación de las tan frecuentes en la diabetes, coma, acidosis, aparece, está indicado su empleo como remedio que podríamos calificar de heroico, pues contribuye á hacer desaparecer aquella complicación; y que en aquellos casos en los que en un diabético tiene que hacerse una intervención quirúrgica, puede emplearse para desintoxicar al individuo y hacer bajar la proporción de glucemia, á fin de rodearse de las mejores condiciones para el éxito de la intervención; pero téngase presente que en todos los casos debe procederse á la determinación de la glucemia antes de comenzar el empleo de la insulina y repetirlo durante el transcurso del tratamiento con este preparado.

Réstame tan sólo felicitar nuevamente al conferenciante y dar las más expresivas gracias á cuantos han tenido la paciencia de oírme, pues sin querer he sido más extenso de lo que me propuse. (*Boletín del Instituto Médico Valenciano*, núm. 46, Julio de 1924.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Tuberculosis y reumatismo, por A. Pellé, de Rennes.—Las localizaciones tuberculosas no son ordinariamente múltiples, aunque se puedan registrar excepciones bastante numerosas á esta regla. En especial, las tuberculosis

extrapulmonares observadas en los tuberculosos pulmonares, son excesivamente raras. No obstante, existe cierta tendencia á atribuir al bacilo de Koch todas las manifestaciones mórbidas que sobrevienen en los distintos órganos y aparatos de estos enfermos. Esta tendencia, hasta cierto punto natural y lógica, es la que ha llevado á Poncet á concebir el reumatismo tuberculoso, haciéndole tomar en clínica una importancia demasiado exagerada, á juicio del autor, ya que éste no ha podido ponerle nunca en evidencia de una manera precisa, pues la mayor parte de las veces que ha creído encontrarse ante un caso de esta naturaleza, la evolución le ha convencido pronto de que se trataba de una osteoartritis tuberculosa ó tumor blanco. En tres ocasiones ha tenido que prestar sus cuidados á tuberculosos pulmonares con crisis de reumatismo articular, que por las circunstancias de su aparición hacían pensar en el reumatismo tuberculoso. Pero en todos estos tres casos, las manifestaciones articulares han podido ser referidas de un modo claro al reumatismo articular agudo franco, según se ha puesto en evidencia por la ausencia de bacilos de Koch en la serosidad intraarticular que no ha tuberculizado al cobaya, por la falta de reacción linfocitaria, por la eficacia de la terapéutica salicilada y por la evolución hacia la curación. El reumatismo agudo franco ha evolucionado normalmente sobre el terreno tuberculoso sin ninguna agravación aparente de las lesiones pulmonares y sin provocar ninguna anergia, ya que la cutirreacción ha seguido siendo positiva.

En opinión del autor, el reumatismo de Poncet debe ser considerado como una rareza clínica que impedirá algunas veces la aplicación de una terapéutica eficaz contra ciertos casos de reumatismo articular agudo. (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, núm. 26, 24 de Julio de 1924.)—T. R. Y.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Adenoiditis aguda, por E. Feldstein.—La adenoiditis aguda, conocida todavía con el nombre impropio de angina retranasal, consiste en la inflamación aguda de la amígdala faríngea, ya sea ésta de volumen normal ó se halle hipertrofiada (vegetaciones adenoides). La enfermedad se observa principalmente en el niño y estalla ordinariamente con ocasión de un simple catarro ó al comienzo de una enfermedad infecciosa ó de una fiebre eruptiva.

La temperatura se eleva bruscamente á 39 ó 40°, la nariz está resfriada, la respiración se halla dificultada y los ganglios se ponen infartados. Existe, al mismo tiempo, un dolor de oído bastante vivo, tos nocturna y quintosa y trastornos digestivos. El examen de la garganta pone de manifiesto un enrojecimiento difuso y rastros glerosos ó mucopurulentos sobre la pared posterior de la faringe, que descienden del cavum. La rinoscopia anterior, previa retracción del cornete inferior por pincelación con adrenalina, muestra la amígdala faríngea roja, hinchada como una esponja y recubierta de una capa mucopurulenta. Este examen puede inducir á error en lo que respecta al volumen exacto de las vegetaciones fuera de los períodos inflamatorios. En cuanto al clásico tacto digital, debe ser evitado cuidadosamente por inútil, doloroso y poco limpio.

El tratamiento debe hacerse en dos tiempos:

1.º *Desinfectar la rinofaringe*; lo cual no siempre es fácil por razón de la situación profunda del cavum. Aquí, el medicamento importa poco; lo que importa, en cambio, mucho, es la manera de hacerle penetrar hasta el sitio deseado. Las irrigaciones nasales, los baños de nariz y las duchas

retronasales deben quedar proscriptas severamente por constituir un peligro para el oído. Las pomadas permanecen sobre el piso de las fosas nasales y son inútiles.

Dos métodos solamente deben emplearse: las instilaciones y las pulverizaciones.

Las instilaciones se harán cuatro veces al día, por lo menos, estando el niño acostado y con la cabeza inclinada hacia atrás y hacia abajo, que es la única manera de poder bañar el techo de la faringe. Para hacerlas, se dejará caer en la nariz de $\frac{1}{2}$ á 1 c. c. de una de las preparaciones siguientes:

1. ^a	Protargol.....	0,25 gramos.
	Agua destilada.....	25 c. c.
2. ^a	Argirol.....	0,50 gramos.
	Agua destilada.....	25 c. c.
3. ^a	Eucaliptol.....	} aa 0,25 gramos.
	Cloretona.....	
	Aceite de olivas estéril.....	
		25 —

Las pulverizaciones serán hechas con estas mismas fórmulas valiéndose de un pulverizador de pera. Si la obstrucción nasal fuese muy pronunciada, se practicará, dos ó tres minutos antes de la instilación ó de la pulverización, una pulverización destinada á preparar la vía con:

Clorhidrato de cocaína.	10 á 20 centigramos.
Adrenalina al milésimo.	X á XX gotas.
Agua destilada.....	20 c. c.

(Dos ó tres golpes de pera enérgicos por cada nariz.)

2.^o *Prevenir las recidivas*; para lo cual, el único medio eficaz es el curetaje del cavum hecho en frío, tres ó cuatro semanas después del último brote agudo. Las pequeñas vegetaciones infectadas exigen la operación, tanto como las grandes vegetaciones obstruyentes, pues de otro modo, las recidivas frecuentes terminan por comprometer el porvenir del oído, con sus catarros tubotimpánicos repetidos y sus otitis supuradas.

Algunas veces, á pesar de la ablación, se presentan todavía con frecuencia catarros nasofaríngeos agudos, siendo de necesidad en tales casos continuar la desinfección y aconsejar, en caso necesario, una cura hidromineral apropiada. (*Le Courrier Medical*, núm. 27. París, 6 de Julio de 1924.)—T. R. Y.

OBSTETRICIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El estado químico de la sangre durante el embarazo, por H. J. Stander (de Baltimore).—1.^o La mujer normal no embarazada tiene aproximadamente 32 miligramos de ázoe no proteínico, 18,5 miligramos de ázoe ureico y 3,3 miligramos de ácido úrico por cada 100 c. c. de sangre, con un poder de combinación del plasma sanguíneo para el anhídrido carbónico del 52 por 100 de su volumen aproximadamente.

2.^o En el embarazo normal, el ázoe no proteínico, así como también el ácido ureico, están disminuidos con relación á la mujer no embarazada, siendo el término medio para el primero de 28 y para el segundo de 12,48 miligramos por 100. El ácido úrico no varía sensiblemente mientras que el poder de combinación con el anhídrido carbónico cae del 52 al 45 por 100. La proporción $\frac{\text{ázoe úrico}}{\text{ázoe no proteínico}}$ cae de 57 á 44,5.

3.^o En los vómitos incoercibles, los cuadros del autor muestran un aumento del ázoe no proteínico y del ácido úrico; aumento que cesa en el momento que la paciente recobra su estado normal.

4.^o El ázoe no proteínico tiende á aumentar en la toxemia nefrítica hasta una cifra que está en relación con la gravedad del caso. En el tipo de toxemia manifestamente pre-eclámpsica, esta tendencia no es tan clara. La proporción azoada está claramente aumentada en los casos de nefritis, y es normal ó está disminuída en las toxemias de tipo pre-eclámpsico.

5.^o En la eclampsia verdadera, las cifras de ázoe no proteínico y el poder de combinación con el anhídrido carbónico son casi normales. La relación entre el ácido ureico y el ázoe no proteínico es la misma que la encontrada en la toxemia preeclámpsica.

6.^o El tenor de la sangre en ácido úrico está manifestamente elevado en los tres tipos de toxemia gravídica: tanto en la nefritis, como en la toxemia preeclámpsica ó en la toxemia eclámpsica.

El interés de estas conclusiones reside principalmente en que las investigaciones sobre este importante problema son relativamente poco numerosas. (*De Bull. of John. Hop. Hosp. Le Scalpel*, núm. 28, Bruselas, 7 de Junio de 1924.)—T. R. Y.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La terapéutica y las largas travesías, por el doctor A. Loir (del Havre).—Los grandes viajes por mar pueden producir efectos beneficiosos sobre diversos estados patológicos. Después de un viaje por mar se observa que los tejidos laxos se hacen firmes, la circulación es más activa, la respiración más profunda y la irritabilidad nerviosa desaparece. Los anémicos y los fatigados obtendrán una mejoría, siempre que puedan soportar el acrecentamiento de los cambios fisiológicos ocasionado por el viaje. En algunos casos de dispepsia, el mar produce también buenos resultados.

El mareo puede resultar hasta ventajoso en aquellos casos en que el canal alimenticio necesite ser barrido, recomendándose después la digestión sobre nuevas bases. Si no existe enfermedad orgánica del estómago ó del hígado, estos órganos serán modificados favorablemente por un viaje por mar. Se han visto algunos viajeros que han curado del acné, la seborrea, el eczema, el psoriasis y la enteritis crónica. Se acostumbra á decir que el vapor de agua salada proporciona inmunidad contra los enfriamientos, y en efecto, á bordo no se conocen los catarros. ¿Será ésto debido á la acción del aire salado, ó á la resistencia dada al organismo por la atmósfera marina?

En todos los casos las enfermedades de los bronquios y de los pulmones son mejoradas en el mar. La respiración es más libre, el sueño mejor, el enfisema vesicular menos penoso. En los casos de asma espasmódico, el enfermo no tiene los paroxismos de angustia ordinaria y en todos los casos de asma se obtienen siempre mejores resultados viajando por el mar que permaneciendo en sus orillas. Muchas neuralgias son cortadas por la cura marina, la cual impide las jaquecas y favorece la curación de la hipocondría y de la corea de los niños.

Los médicos de marina pueden proporcionar indicaciones útiles sobre la climatología en los distintos mares y sobre los beneficios que pueden obtenerse viajando por ésta ó por la otra línea de navegación. (*Bulletin de l'Academie de Médecine*, núm. 20, sesión del 13 de Mayo de 1924.)—T. R. Y.

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — Del II Congreso de Medicina, por el Dr. César Juarros. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Selial. — Inauguración de curso en el Instituto Rubio. — La hipertensión y la edad crítica. — Sección oficial: Presidencia del Directorio Militar. — Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Comisión propuesta. — Disposición no explicable.

Conforme hace tiempo anunciamos, el día 8 del próximo mes de Diciembre debe comenzar sus tareas en la capital de La Habana el VI Congreso Nacional de la Isla de Cuba, cuya Comisión organizadora dirigió amistosas invitaciones a varias Corporaciones y Centros científicos españoles, entre éstos a la Real Academia Nacional de Medicina y a la Facultad de Medicina de Madrid.

Comprendiendo toda la importancia que en el estado actual de nuestras relaciones científicas de raza debemos alentar con los países americanos de nuestro habla, y teniendo en cuenta que en la última manifestación de esta índole celebrada en Sevilla las Naciones centroamericanas de origen español no habían estado representadas en la misma proporción que las suramericanas, y debiendo mostrar un definitivo olvido que los precedentes de lucha política y de posesión hayan podido tener, se ha mostrado verdadero interés en corresponder a la invitación de nuestros hermanos de la última de las Antillas por nosotros perdida; pero al propio tiempo la longitud del viaje, la época del año en que los médicos, los catedráticos y en general los profesionales y hombres de ciencia reanudan sus tareas del invierno, y aun lo dispendioso de la Comisión, eran partes a ofrecer dificultades para una realización tan completa como el deseo de todos hubiese anhelado.

La Real Academia Nacional de Medicina ha nombrado, aprovechando su disposición patriótica y desinteresada, al miembro de su seno, excelentísimo Sr. D. José Codina como delegado particular suyo, y la Facultad de Madrid ha hecho la misma designación y teniendo en cuenta igual plausible motivo al ilustrado catedrático D. Rafael Mollá, quien al propio tiempo es individuo numerario de la primera de las referidas Instituciones.

Esperamos confiadamente que nuestros dos amigos han de representar de un modo decoroso y digno a la Ciencia médica y a España en general en su difícil misión, y también confiamos en que el

Gobierno tendrá en cuenta lo que ella representa de costoso para subvencionarla de una manera, al menos, decorosa.

Ya era raro que no se hubiera cubierto la plaza de inspector general de Instituciones sanitarias que quedó hace un año vacante con motivo del ascenso del señor Murillo, que antes la desempeñaba, a director general de Sanidad. La sorpresa ha sido más grande cuando ha publicado la *Gaceta* hace pocos días el nombramiento del propio Sr. Murillo para aquel cargo, junto con el de director general; como si las funciones de la Dirección no llevaran en sí comprendida la inspección de todos los servicios, y no resultara ilógico que el director desempeñara dos cargos, uno supeditado al otro.

Alguien pensó al principio, al ver que no se cubría la plaza que dejó vacante el Sr. Murillo, que acaso se trataba de suprimir la Inspección de Instituciones sanitarias en los próximos presupuestos; pero ahora, al ver que se pone en activo dicho cargo, parece ser que continúa la función, y que acaso se trata sólo de cubrir la retirada para el porvenir. No creemos nosotros tal cosa, haciendo honor a la seriedad de la Dirección general de Sanidad.

Siempre hemos sido *práctica y manifestamente* enemigos de la existencia de la Dirección general, cuyos peligros políticos habíamos tocado y preveíamos; pero lo que no podía ocurrirnos es que, conservándose las Inspecciones (únicos cargos a nuestro juicio necesarios), se desempeñara por una misma persona una Inspección y una Dirección.

Esperamos que el tiempo aclare causas que por ahora no comprendemos.

DECIO CARLAN

DEL II CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA

ASPECTOS DEL FRACASO

Lleno de inquietud y desazón asistí al Congreso de Sevilla. Los comentarios del desastre, leídos en los periódicos profesionales, han agudizado mi malestar. No es posible contemplar, serenamente, por qué escondidos

senderos vase encaramando en las conciencias el embuste de que no hubo otra derrota sino la que puede considerarse como, natural y lógica, consecuencia de la mala organización. Mayor acierto en el rito y a estas horas cantaran la victoria del dogma gargantas y Prensa.

No es esto, sin embargo, ni el problema ni la verdad. Lo fracasado no fué la secretaría del Congreso, sino la tendencia internacional que lo justificaba. Se había hablado, quizá en exceso, de una labor de captación de las voluntades de la América española, de un estrechamiento de lazos, de la conquista de una beligerancia técnica, hasta ahora, regateada ó parcamente concedida.

Esto se decía lo esencial. Precisamente lo más ruidosamente venido al suelo y trocado en escombros.

El desmoronamiento se ha verificado llenándonos de ridículo. No es sólo de mecanismo la derrota, lo es, también, de calidad de labor, de cantidad.

Se pone la esperanza en las actas. Las actas puede adelantarse, serán de vulgaridad y pobreza abrumadoras. Hay que temer su publicación.

Nadie se atrevería á negar que hubo aportaciones valiosísimas; pero fueron las menos. Ha dominado el tono gris. Abundó lo mediocre. No escaseó lo malo.

La Exposición pecó de comercial. Salvo la instalación del Dr. López Durán y media docena más, el resto tuvo sólo prestancia de anaquelera de Bazar.

Al invitar á los americanos parecía lo sensato que tal invitación hubiese sido hecha después de tener seguridad del éxito, de la brillantez, del valor. A juzgar por los resultados, se hizo todo con más buena fe que meditado esfuerzo, con más optimismo que estudio, con más vanidad que sentido autocrítico. Se improvisó más que se preparó.

¿Cómo volver á hablar de hispanoamericanismo médico? ¿Cómo soñar con que las juventudes trasatlánticas prefieran, para su adiestramiento, las clínicas españolas á las francesas ó alemanas? ¿En qué basar la aspiración á ser pilotos de la cultura latina?

La responsabilidad de los que nos llevaron á esta situación desairada, no puede quedar diluida entre cuatro invocaciones á la idiosincrasia de la raza y en unas cuantas loas, tan justas como innecesarias, al encanto brujo de Sevilla.

Se ha pedido á los hermanos de lengua de América que viniesen á dar fe de nuestro progreso, de nuestra cultura, de nuestra capacidad didáctica internacional, y cuando estos cofrades entusiastas han cruzado los mares no se ha sabido ofrecerles sino el espectáculo de nuestra desunión, de nuestra torpeza para hilar Congresos, del deficiente alojamiento de nuestras disciplinas médicas, de la indiferencia ú hostilidad de una gran cantidad de médicos españoles abstenidos, del raro comportamiento de varios colegas que después de haber aceptado el oropel de una ponencia, ni han asistido á las sesiones ni han enviado el anunciado trabajo.

Sería suicida y vergonzoso que de este Congreso no se derivaran sanciones y propósitos de enmienda. Va en ello la dignidad de nuestra Ciencia,

Perdida la ocasión de adquirir un prestigio mundial ha de aspirarse, por lo menos, á conseguir un momento de sincera contrición, una firme rectificación, de cauces. Sin dejarse llevar por egolatrías morbosas se puede asegurar que el nivel técnico nacional es mucho más alto que el exteriorizado en Sevilla. Constituye, por tanto, un deber hacerlo resaltar ante los ojos ahora atónitos y desconcertados de los extraños.

Y ninguna ejemplaridad mejor que el examen de conciencia individual y el nombramiento de una Comisión, encargada de determinar quién tuvo la culpa de que los médicos sevillanos no pudiesen desenvolver todas sus iniciativas, encadenados por audaces intromisiones cortesanas. No se olvide que es el segundo Congreso fracasado, y que en ambos hubo predominio de un mismo deplorable y perturbador caciquismo.

La bandera del hispanoamericanismo médico yace en tierra y urge que sea recogida y de nuevo desplegada á los vientos.

DR. CÉSAR JUARROS

Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

La ESCUELA ESPAÑOLA DE FISIOLÓGIA que el Sr. Verdes Montenegro preside, organizó una serie de conferencias que á diario han venido ofrendando á la consideración pública en el Colegio Médico los especialistas que á continuación enumeramos.

Envío el Sr. Royo Villanova, rector de la Universidad de Zaragoza, para la conferencia inaugural una extensa y luminosa disertación en que á conciencia dejó bien diseñados el papel que «El individuo y la sociedad en la lucha contra la tuberculosis», tienen asignado. Considera al remedio como á lo menos importante á la misma, y reconoce á cambio excepcional importancia á una mayor cultura, más equitativa instrucción, adecuados medios económicos y una perseverante acción social.

El Sr. Sousa, á cuyo cargo corriera su lectura, escuchó los aplausos de la concurrencia.

A cargo del Sr. Gil Casares estuvo la segunda, en que con gran competencia y lujo de detalles dejó bien delimitadas las indicaciones, contraindicaciones y técnica del «Neumotórax y la toracoplastia».

Fué el tercero el Sr. Elizaguirre (de San Sebastián), que tomando como epígrafe la «Necesidad de revisar la interpretación del síndrome de vértice», y unas cuantas proyecciones que acompañó como medio de pruebas, dejó bien demostrado no ser como viene suponiéndose el vértice el punto de iniciación de los tubérculos, que en la cisura interlobular primitivamente se fijan y desde ella se extienden. Fué muy felicitado y aplaudido.

El Sr. Verdes Montenegro, que como presidente, y siguiendo la costumbre debió hablar en último término y hacer el resumen, se prestó á rellenar el sábado, pero no sin fustigar jovialmente la injustificada y pueril prevención que por algunos supersticiosos se tiene á ese y otros días. Como él sabe hacerlo, y reforzado por la autoridad que de buen grado se le reconoce, hizo un paralelo entre los distintos

tratamientos hasta aquí empleados, y patente el por qué de los modernos en uso. El Sr. Verdes Montenegro fué insistentemente aplaudido por la numerosa concurrencia.

Actuó á continuación el veterano y nunca viejo Sr. Espina (D. Antonio), aportando al común esfuerzo el fecundo manantial de sus inagotables experiencias, en este caso circunscritas á lo que de sí arrojan las «Sombras externas é internas en la exploración radiológica del tórax». Como el anterior, fué efusivamente felicitado y aplaudido.

En turno el prestigioso profesor del Hospital general Sr. Elizagaray, se ocupó extensamente de los «Síndromes anodulares de naturaleza tuberculosa» á las cuales consideran producidas por bacillus de Koch de escasa virulencia, ó por una inmunidad relativa del organismo; asegurando que tanto las pleuroneumonías, como las hemoptisis y las pleuresías que por desconocer su causa son catalogadas como reumáticas, caen dentro de la tuberculosis. El Sr. Elizagaray fué muy aplaudido.

A su vez el Sr. Fernández (D. Obdulio) puso de manifiesto las deficiencias, anomalías y particularidades á cada paso observadas en «El metabolismo del tuberculoso», también aplaudidas y celebradas.

Y, por último, cierra la serie el culto médico militar señor Costa, que bajo el tema «La tuberculosis en el ejército» enumeró los estragos que ésta produce, las causas á que principalmente obedece, y los resultados que en contra de la región gallega y andaluza arrojan las estadísticas; proponiendo para aminorar el contingente de tuberculosos en el ejército, modificar el cuadro de exenciones, evitar vengan á filas los predispuestos, intensificar la higiene y las conferencias sanitarias en los cuarteles, establecimiento de salas para tuberculosos en los Hospitales y creación de Sanatorios especiales.

Muy aplaudida fué la notable conferencia que á ellas puso digno remate y que hemos creído más conveniente reseñar conjuntas en síntesis que no fragmentadas.

La Enseñanza de las Anatomías y Acción de la Sociedad de Beneficencia Española en Buenos Aires, fué el tema desarrollado por el auxiliar de aquella Universidad, D. Alberto Gutiérrez, á cuyo padre D. Avelino es debida la actual organización. Construídos y en funciones el número de anfiteatros correspondientes, subdivididos los alumnos en grupos de 20 á 30 como máximo, colocados á su frente un director jefe supremo, un subdirector, personal auxiliar capacitado que explica, demuestra y hace repetir á los alumnos la lección á la orden del día, difícil es llegue ninguno al fin del curso sin una sólida preparación. Así es de creer y esperar del sistema que á todos obliga á la asistencia y á la repetición de lo que ve y escucha.

Por lo demás, de estimar es el grande esfuerzo por la Sociedad Benéfica Española hasta la fecha realizado, y muy de tener en cuenta los elementos de que dispone y los buenos propósitos que la animan; porque seguro es que á sus expensas elevarán los servicios al máximo de perfección y rendimientos á que aspiran, dejando así bien atendidas y á cubierto las grandes y primordiales necesidades que bajo los aspectos benéfico y sanitario se proponen solucionar y

atender. La paciente exposición por el Sr. Gutiérrez llevada á cabo, correspondida y premiada quedó con una efusiva salva de aplausos.

La insuficiencia hepática en el embarazo, apellidó el ilustre catedrático de Santiago de Chile, Dr. Monckeberg, la conferencia que á requerimiento de los alumnos se vió precisado á repetir en la Facultad de Medicina. Demostrada su gratitud por el cariñoso recibimiento que le dispensaron, contrayéndose al enunciado de la conferencia, dijo: Que en los cinco primeros meses de la gestación se alteran poco las funciones nutritivas de la madre, pero que, á partir de esa fecha, los gastos son superiores á los ingresos y queda establecido el desequilibrio y alguna vez con carácter pernicioso. El hígado de la madre al suministrar el material constructivo, se empobrece por su parte. Otras causas acarrear las ictericias de las embarazadas con retención de bilis, bien por espasmos de la glándula ó sus conductos, bien por acodamiento ó bien por infección. Estas deficiencias pueden acarrear hemorragias, convulsiones y reblandecimientos de huesos que hacen precisa la administración de extractos de hígado y la medicación cálcica. El conferenciante se despidió afectuoso y reconocido del auditorio, que á su vez corresponde con una larga salva de aplausos.

En la Real Academia Nacional de Medicina, el doctor D. Alejandro Ceballos, profesor de la Universidad de Buenos Aires, previamente presentado por el Dr. Pulido que se pinta solo para el cumplimiento de estos gratos menesteres, desarrolló el tema «Tratamiento de la anquilosis», exponiendo, con tan elegante y castiza dicción, y con expresión tan sobria y precisa, cuanto al proceso patológico, tratamiento, técnica y plan postoperatorio se refiere; que confieso mi pecado, á segundo lugar queda relegado cuanto con el interés científico de su conferencia pudo tener relación, arrobado por tan deleitosa música que para mí suponían aquellas cadenciosas armonías, no recuerdo si alguna vez por mí en lenguaje humano de parecida manera saboreadas y sentidas. Facilitó é hizo perfectamente comprensibles los procedimientos por él puestos en juego en distintos casos por medio de adecuadas proyecciones que el selecto público aplaudía cuando yo, abstraído, pensaba en la dificultad de volver á escucharle.

El Dr. Pittaluga á quien por su intervención en la Comisión científica enviada por la Sociedad de las Naciones á los Balcanes y á Rusia tanta ansiedad había por escuchar; tuvo el privilegio de agrupar en la Residencia de Estudiantes á un público tan numeroso como distinguido, ante el cual dió á conocer el objeto é itinerario de su viaje, explicando con metódica precisión las cualidades características de Yugoslavia, Grecia, Bulgaria y Rumanía, en que hoy se agitan abstrusos problemas de orden moral y material.

Estudió particularmente las respectivas organizaciones Sanitarias, haciendo resaltar entre ellas á Yugoslavia que en todos los aspectos, y sobre todo los sociales, está demostrando la vitalidad de un pueblo joven y vigoroso.

La Rusia soviética mereció del conferenciante una descripción detenida de las regiones de la Ucrania, el Cáucaso y el Volga, la ciudad de Moscú, el Kremlin y la Colonia de los Gorriónes, teniendo ocasión de estudiar la organización obrera en la región entre el Ural y el Volga en la cual se refleja la disciplina societaria y su influencia en la goberna-

ción del país, á pesar de lo que los hombres de ciencia realizan una labor titánica y han librado una gigantesca batalla contra el paludismo, más intensiva y beneficiosa que en la Europa occidental, de lo cual son buena prueba el centenar de Sanatorios diseminados alrededor de los grandes centros de producción. Cree el Dr. Pittaluga que las actividades extrañas á la doctrina soviética se desenvuelven y progresan, pero no así el doctrinarismo que choca y se esteriliza con la realidad. El conferenciante fué calurosamente aplaudido á la terminación de su discurso.

* *

La SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA es la primera que entre sus similares se exhibe en la presente temporada, bajo la presidencia del Dr. Bourkaib.

Disertó el Sr. Luque acerca de las ventajas é inconvenientes que puede llevar consigo la «Histerectomía total ó subtotal», y pidió á los compañeros su concreta opinión en asunto tan importante. El Sr. López Dóriga emite la suya de acuerdo con la expuesta. El Sr. Haro dice supeditaría su juicio á lo que en cada caso se desprenda, y al estado general. Manifiesta el Sr. Bourkaib que no pueden *á priori* adoptarse de una manera general procedimientos exclusivos, porque la conducta á seguir se desprende de cada caso, debiendo, no obstante, tenerse presente que en los pretuberculosos y en los de fibromas en que vuelven á presentarse molestias, la histerectomía conviene sea total.

El señor secretario da lectura á una Memoria del señor Pérez Velasco (ausente), á propósito del «Diagnóstico bacteriológico en la infección puerperal», y transcurridas las horas reglamentarias, ambas mociones quedan sobre la mesa, levantándose la sesión.

SEDISAL.

Inauguración de curso en el Instituto Rubio.

El lunes día 3 tuvo lugar á las diez de la mañana y con las solemnidades de años anteriores, el acto de inaugurar el curso en esta benéfica Institución.

Como en años anteriores también, asistieron todos los profesores, jefes de sala, cirujanos, ayudantes y Cuerpo de enfermeras que desde largo tiempo vienen laborando y contribuyendo á que el Instituto Rubio sea uno de los centros más significados y mejor atendidos entre los de su clase.

En la capilla del Instituto se celebró una misa en sufragio del alma del fundador, D. Federico Rubio, y acto seguido, y ya en el salón de conferencias, el secretario de la Institución, Dr. Peña, leyó una detallada memoria, resumen de la labor realizada durante el curso anterior por los diferentes servicios de que se compone el Instituto, haciendo resaltar lo fructífero de ella y la alta inspiración que la preside.

Después del Sr. Peña hizo uso de la palabra el director del Instituto Dr. D. Luis Soler, que pronunció un elocuentísimo y sentido discurso en el que aludió á la infatigable labor que se viene realizando en aquel centro desde que lo fundó D. Federico Rubio, y á los continuadores de su obra.

A continuación del discurso del Sr. Soler, que fué muy aplaudido, éste hizo entrega de sus títulos á tres nuevas enfermeras.

Acto continuo todo el profesorado, acompañado de las señoras curadoras, señores protectores y personal del Instituto, fueron al Parque del Oeste á depositar una corona en el monumento erigido á su glorioso fundador, D. Federico Rubio.

LA HIPERTENSIÓN Y LA EDAD CRÍTICA SU TRATAMIENTO

En un libro reciente sobre «La hipertensión arterial», los Dres. Lian y Finot insisten acerca de la hipertensión de la edad crítica.

Entre los cuarenta y cinco y los cincuenta y cinco años el organismo, dicen estos autores, entra en un pasaje peligroso, á veces, y casi siempre incómodo. En la mujer es el período de la menopausia con todos sus accidentes tan á menudo descritos; en el hombre este período de transformación genital es menos aparatoso, pero sus repercusiones sobre el organismo entero no se dejan menos sentir y, en ambos casos, se debe considerar la hipertensión como el fundamental elemento de la patología de la edad crítica.

Los sujetos entrados en la cincuentena presentan casi todos, ó por lo menos una mayoría de ellos, una presión arterial superior á la de los que cuentan treinta años. Por otra parte, la esclerosis renal es una compañera habitual de la hipertensión, siendo frecuente que coexista con ellas, aun cuando más tarde, cierto grado de esclerosis arterial (Lian).

Ordinariamente, la arterioesclerosis aparece después de las dos primeras, pero hay lazos muy íntimos entre estos tres órdenes de accidentes: hipertensión, nefroesclerosis y arterioesclerosis, constituyendo un conjunto que Lian llama elegantemente «automose».

En la aparición de estos fenómenos morbosos hay que conceder una parte á las deficiencias de secreciones endocrinas, lo cual está demostrado suficientemente por la ablación quirúrgica del útero y de los ovarios; pero no debemos exagerar esta influencia y hemos de dar importancia grande á la repercusión sobre el organismo de las afecciones antedichas, de las intoxicaciones más ó menos periódicas, de la fatiga intelectual y física, en una palabra, del desgaste del organismo llegado al período de declive de su actividad.

En definitiva, en este período, el sistema nervioso está hiperexcitable; particularmente el sistema simpático exagera sus reacciones sobre los diversos aparatos; el músculo cardíaco se ve obligado á proveer un trabajo exagerado á causa de la resistencia arterial que ha de vencer por la disminución de elasticidad y de la contractura espasmódica de las fibras musculares vasculares; los órganos glandulares de eliminación, particularmente el hígado y los riñones, ejecutan de una manera imperfecta su trabajo eliminatorio; el estado general del individuo y su nutrición se resienten fuertemente de estas perturbaciones y así es como se instala la arterioesclerosis sobre la hipertensión.

Evidentemente que la restricción alimenticia, sobre todo de alimentos azoados, y una higiene moral y física bien comprendida, pueden corregir la evolución de este síndrome morbo; pero, además, es imprescindible reducir la hiperexcitabilidad del simpático, tonificar el músculo cardíaco y hacer cesar el espasmo vascular periférico, así como mejorar la depuración urinaria.

Para conseguirlo, es suficiente emplear la Guipsine, en dosis de entretenimiento, de tres á cuatro píldoras diarias y tratamiento de quince á veinte días. Los glucósidos el alcaide inosita que contiene constituyen una asociación que responde á esta cuádruple indicación, y las numerosas observaciones de Gaultier, de Huchard, de Pic y de sus alumnos en Francia, de Fedeli, de Fubini y de Tobler, en el extranjero, demuestran bien claramente, que bajo su influencia descendi progresivamente la tensión sanguínea, aumenta la diuresis clorurada y azotúrica y desaparecen poco á

poco los diversos síntomas de la hipertensión y de la arterioesclerosis. La Guipsine es el verdadero medicamento de la edad crítica.

Sección oficial.

PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

REAL DECRETO

A propuesta del jefe del Gobierno, presidente interino del Directorio militar, y de acuerdo con éste,

Vengo en nombrar inspector general de instituciones sanitarias al director general de Sanidad, Dr. D. Francisco Murillo Palacios, el cual desempeñará dicha plaza en comisión simultáneamente y atendiendo las obligaciones y deberes impuestos á ambos cargos.

Dado en Palacio, á 31 de Octubre de 1924.—ALFONSO.—
El presidente interino del Directorio militar, Antonio Magaz y Pers. (Gaceta del 4 de Noviembre.)

GOBERNACIÓN

Dirección general de Administración.

BENEFICENCIA GENERAL

Oposiciones á tres plazas de médicos-cirujanos, vacantes en el Cuerpo de Médicos de número de la Beneficencia general.

QUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA EL PRIMER EJERCICIO (1).

88, Pleuresía aguda. — Formas. — Síntomas. — Tratamiento; 89, Cuadro clínico de la neumonía fibrinosa. — Tratamiento; 90, Formas clínicas de la bronconeumonía; 91, Tratamiento medicamentoso de la tuberculosis pulmonar; 92, Del neumotórax artificial. — Indicaciones. — Técnica. — Accidentes; 93, Del edema agudo del pulmón. — Descripción clínica. — Patogenia. — Tratamiento; 94, Variedades de congestión pulmonar y su estudio clínico; 95, La bronquitis en el niño, en el adulto y en el viejo. — Sus caracteres clínicos. — Sus cuidados especiales.

96, Asmas sintomáticos. — Descripción de las principales; 97, Pneumoconiosis. — Su estudio anatomoclínico; 98, Los gases asfixiantes de guerra. — Lesiones que producen. — Su tratamiento urgente; 99, Los métodos modernos de exploración en el diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares; 100, La tensión arterial en clínica; síndromes principales, diagnóstico y tratamiento; 101, Estudio clínico de la endocarditis aguda; 102, Diagnóstico diferencial y tratamiento de las lesiones valvulares del corazón; 103, Aortitis agudas y crónicas. — Formas clínicas principales; diagnóstico y tratamiento; 104, Etiología, diagnóstico y tratamiento de las miocarditis agudas; 105, Esclerosis cardíaca. Formas anatomoclínicas; diagnóstico, pronóstico y tratamiento; 106, Etiología, diagnóstico y tratamiento de los aneurismas de la aorta torácica y abdominal; 107, Estudio clínico de la pericarditis; 108, Formas clínicas de la arterioesclerosis. — Diagnóstico y tratamiento; 109, Angina de pecho. — Formas clínicas, diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento; 110, Los grandes síndromes de la insuficiencia cardíaca; pronóstico y tratamiento; 111, Concepto anatomoclínico, diagnóstico diferencial y tratamiento de las principales formas de arritmias cardíacas; 112, Juicio crítico del tratamiento higiénico fisioterápico y farmacológico de las en-

fermedades del corazón; 113, Valor del examen clínico, quimismo gástrico y radiología, en las enfermedades del aparato digestivo; 114, Tubaje duodenal; sus aplicaciones al diagnóstico y tratamiento; 115, Síndrome clínico y tratamiento de las dispepsias; 116, Úlcera de estómago; 117, Diagnóstico diferencial del cáncer del estómago y de la linitis práctica; 118, Estenosis pilóricas; diagnóstico, pronóstico y tratamiento; 119, Juicio crítico del tratamiento médico de la apendicitis; 120, Concepto y clasificación de las cirrosis hepáticas; 121, Síndromes principales de las enfermedades del páncreas. — Diagnóstico y tratamiento; 122, Diagnóstico diferencial de las principales formas clínicas de esplenomegalias; pronóstico y tratamiento; 123, Litiasis biliar. — Formas clínicas, diagnóstico, pronóstico y tratamiento; 124, Insuficiencia hepática. — Síndrome clínico y valor de los métodos de exploración funcional del hígado, para su diagnóstico. — Tratamiento; 125, Concepto anatomoclínico y criterios de clasificación de las nefritis; 126, Etiología, patogenia y principales tipos clínicos de las nefritis agudas.

127, Formas anatomoclínicas de las nefritis crónicas; su diagnóstico diferencial y tratamiento; 128, Esclerosis renal; 129, Síndrome cardioaórtico de las nefritis crónicas; 130, Principales tipos anatomoclínicos de nefritis específicas; diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento; 131, Formas clínicas de la insuficiencia renal; 132, Pronóstico y tratamiento de la uremia; 133, Tratamiento general de la nefritis; 134, La albuminuria como síntoma en las enfermedades renales; otras variedades de albuminuria; 135, Síndromes endocrinos de origen tiroideo; 136, Formas clínicas de la insuficiencia suprarrenal; 137, Tratamiento de la insuficiencia suprarrenal; 138, Síndromes hipofisarios; diagnóstico diferencial y tratamiento; 139, Formas clínicas de la obesidad; diagnóstico, pronóstico y tratamiento; 140, Formas anatomoclínicas de la peritonitis tuberculosa. — Diagnóstico y juicio crítico de su tratamiento; 141, Principales formas clínicas del reumatismo poliarticular agudo; 142, Reumatismo crónico; 143, Tratamiento de la diabetes azucarada; 144, Tratamiento de la diabetes insípida; 145, Formas anatomoclínicas de las leucemias; diagnóstico, pronóstico y tratamiento; 146, Diátesis hemorrágicas; estudio de sus principales formas; 147, Concepto y diagnóstico diferencial de los diversos tipos clínicos de pseudorreumatismo; tratamiento; 148, Etiología y patogenia de las dermatosis; 149, La cianosis en la clínica. — Formas principales; patogenia, diagnóstico y tratamiento; 150, Etiología y patogenia de las ictericias; 151, Diagnóstico clínico y hematológico de las anemias simples, clorosis y anemia perniciosa; tratamiento; 152, Gangrena simétrica de la extremidad; 153, Formas anatomoclínicas de la tuberculosis cutánea; 154, Tumores del mediastino; 155, Tratamiento quirúrgico y antiséptico de las heridas infectadas; 156, El drenaje en Cirugía; 157, Infecciones de las heridas por anaerobios; bacteriología y formas clínicas; 158, Patogenia y tratamiento del shock traumático; 159, La hemorragia desde el punto de vista quirúrgico. — Mecanismo de la muerte por hemorragia. — Mecanismo de la hemostasia espontánea; 160, Transfusión sanguínea; 161, Quemaduras; 162, La metaplasia funcional y la regeneración, y su importancia en Cirugía; 163, Gangrenas de origen arterial; 164, Contusiones y heridas arteriales; 165, Fisiopatología y sintomatología de los aneurismas arteriovenosos; 166, Tratamiento de los aneurismas; 167, Linfangitis y adenitis agudas; 168, Elefantiasis de los miembros, no parasitaria (elefantiasis nostras); 169, Patogenia y anatomía patológica de la osteomielitis aguda; 170, Patogenia y anatomía patológica de la tuberculosis ósea; 171, Diagnóstico radiológico de las lesiones

(1) Véase el número anterior.

tuberculosas y neoplásicas de los huesos y articulaciones; 172, Patogenia y tratamiento de las contracturas y anquilosis en general; 173, El proceso de consolidación de las fracturas; 174, Pseudoartrosis; 175, Contractura esquémica de Volkmann; 176, Diagnóstico de las lesiones traumáticas de los nervios; 177, Tratamiento de las lesiones traumáticas de los nervios; 178, Tumores de los nervios: anatomía, patología y formas clínicas; 179, La adaptación funcional del hueso; leyes de Wolff y su importancia en la patología del hueso; 180, Tratamiento incruento de las fracturas de los huesos largos en general; 181, Diagnóstico y tratamiento de la luxación de hombro; 182, Fracturas de la extremidad superior del húmero; 183, Fractura de la diáfisis de ambos huesos del antebrazo; 184, Exploración clínica de la cadera; 185, Artritis crónicas no tuberculosas de la cadera; 186, Coxa vara; 187, Fracturas de la diáfisis del fémur; 188, Diagnóstico y tratamiento de la artritis tuberculosa de la rodilla; 189, Varices del miembro inferior; 190, Pie equino varo congénito; 191, Operaciones para la substitución funcional de los músculos paralizados en la parálisis infantil; 192, Principios fundamentales de las amputaciones cimpáticas; 193, Patología de los muñones de amputaciones; 194, Anatomía patológica del cáncer de la mama; 195, Tratamiento del cáncer de la mama; 196, Mastitis crónicas; 197, Mecanismo y síntomas de las fracturas de la columna vertebral; 198, Tratamiento operatorio de mal de Pott; 199, Tratamiento de las pleuresías crónicas purulentas; 200, Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar; 201, Tratamiento quirúrgico de la bronquiectasia y del enfisema pulmonar.

202, Heridas del corazón; 203, Tratamiento quirúrgico de las pericarditis; 204, Miopía y astigmatismo; 205, Tracoma; 206, Lesiones del saco lagrimal; 207, Traumatismos del ojo; 208, Oftalmía purulenta; 209, Sífilis del ojo; 210, Tumores del ojo; 211, Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento operatorio de la catarata; 212, Oftalmoscopia; datos que suministra; 213, Bacteriología de los loquios; 214, Indicaciones operatorias en las fracturas abiertas del cráneo; 215, Indicaciones operatorias en los traumatismos cerrados del cráneo; 216, Indicaciones de la intervención para cuerpos extraños craneocerebrales; 217, Síntomas y pronóstico de las heridas de los grandes vasos de la cabeza; 218, Consecuencias tardías de los traumatismos del cráneo; 219, Los traumatismos del cráneo y la invalidez; 220, La hernia cerebral y su tratamiento; 221, Tumores cerebrales y su tratamiento quirúrgico; 222, Reparación de pérdida de substancia de los huesos del cráneo.—Sus indicaciones; 223, Balazos del cráneo y cara; 224, Fracturas del maxilar inferior; tratamiento; 225, Absceso cerebral.—Síntomas y tratamiento; 226, Cáncer de la lengua y suelo de la boca; 227, Heridas penetrantes del abdomen; 228, Tratamiento de los traumatismos cerrados del abdomen; 229, Obstrucción del colédoco.—Indicaciones operatorias; 230, Infecciones de la vesícula biliar; 231, Quistes hidatídicos abdominales extra-hepáticos; 232, Hernia diafragmática.—Síntomas.—Tratamiento; 233, Úlcera del estómago perforada.—Síntomas.—Indicaciones; 234, La resección de estómago en la úlcera y en el cáncer; 235, Estenosis intestinal crónica; 236, Exploración radiológica del abdomen; 237, Quistes gaseosos del intestino.—Síntomas y tratamiento; 238, Divertículo de Meckel y apendicitis; 239, Hernias del ovario y quiste del ligamento redondo; 240, La anestesia en cirugía abdominal; 241, Complicaciones postoperatorias de la laparotomía excluyendo las peritonitis; 242, El desagüe en cirugía abdominal; 243, Menorragia; 244, El dolor en Ginecología; 245, Mioma y embarazo; 246, Indicaciones de la cesárea vaginal.

247, Contraindicaciones del raspado uterino; 248, Síntomas del embarazo ectópico sin ruptura; 249, La colpotomía en las lesiones anexas; 250, Tratamiento del cáncer del útero; 251, Menopausia; 252, Dilatación aguda del estómago; su tratamiento; 253, Eventraciones; 254, Las adherencias postoperatorias en cirugía abdominal; 255, La apendicitis y lesiones anexas; 256, Quistes parováricos; 257, Formas de infección puerperal.—Tratamiento; 258, Sífilis y embarazo; 259, Estrecheces pélvicos desde el punto de vista de las distocias; 260, Quiste del ovario y embarazo; 261, Embarazo gemelar.—Diagnóstico; 262, Ruptura del útero; 263, Distocias de origen fetal; 264, Esterilidad de la mujer; 265, Tratamiento de la gestación en útero canceroso; 266, Anestesia en obstetricia; 267, Reacciones biológicas para el diagnóstico del embarazo; 268, Angina de Ludwig; etiología, síntomas y tratamiento; 269, Epistaxis; etiología y tratamiento; 270, Epitelioma de la laringe; síntomas, diagnóstico y tratamiento; 271, Cuerpos extraños de las vías respiratorias; síntomas y tratamiento; 272, Indicaciones de la traqueotomía; 273, Mastoiditis aguda; evolución clínica y tratamiento; 274, Estrecheces esofágicas; variedades y tratamiento; 275, Sinusitis maxilar; etiología, síntomas y tratamiento; 276, Absceso retrofaringeo; 277, Otitis media; síntomas y tratamiento; 278, Trastornos cerebrales producidos por las afecciones del oído; 279, Síntomas y diagnóstico de la tuberculosis renal; 280, Riñón flotante; etiología y estudio clínico; 281, Etiología y patogenia de la anuria; 282, Síntomas y diagnóstico de los cálculos renales; 283, Indicaciones generales en el tratamiento de la litiasis renal; 284, Pionefrosis; etiología y diagnóstico; 285, Diagnóstico de los tumores del riñón; 286, Flemón perinefrítico; etiología y diagnóstico; 287, Exploración de la función renal; medios que pueden emplearse; 288, Hematuria; variedades y diagnóstico; 289, Tratamiento de las hematurias; 290, Piuria; caracteres clínicos y diagnóstico; 291, Etiología y síntomas de la cistitis; 292, Síntomas y tratamiento de los tumores vesicales; 293, Indicaciones generales del cateterismo uretral.

294, Retención completa de orina; diagnóstico de sus causas; 295, Estrecheces uretrales; etiología y síntomas; 296, Complicaciones de las estrecheces uretrales; 297, Uretritis blenorragica aguda; evolución clínica y tratamiento; 298, Complicaciones de la uretritis blenorragica en el hombre; 299, Roturas uretrales; variedades y reglas generales de tratamiento; 300, Síntomas y diagnóstico de la tuberculosis testicular; 301, Diagnóstico de los tumores del testículo; 302, Síntomas y tratamiento de la pielonefritis; 303, Infección urinaria; formas y tratamiento; 304, Uremia; sus teorías patogénicas; 305, Cuerpos extraños vesicales; 306, Indicaciones de la sonda uretral permanente; 307, Estudio de conjunto de las funciones psíquicas; 308, Plan para el estudio de un enfermo mental; 309, Locura maníacodepresiva; síntesis clínica; 310, Demencia precoz; resumen de sus formas clínicas; 311, Confusión mental aguda; su estudio; 312, Síntesis clínica de los delirios sistematizados esenciales; 313, Degeneración mental; estudio de sus diferentes tipos; 314, Sintomatología de la parálisis general progresiva; 315, Evolución del concepto de la psiconeurosis; 316, Las reacciones antisociales de los enajenados; aspecto médico legal; 317, Fisiología patológica del sistema nervioso visceral; 318, Estudio del automatismo medular; 319, Oftalmoplejias; su estudio; 320, Estudio de conjunto de las algias; su tratamiento; 321, Fisiología patológica de la contractura espasmódica; 322, Trastornos de la micción y defecación en las afecciones medulares; su fisiopatología; 323, Heredoataxia espinal y cerebela, descripción; 324, Diagnóstico de las atroñas musculares; 325, Esclerosis múltiple y pseudoesclerosis; su estu-

dio; 326, Estudio del síndrome extrapiramidal; 327, Electrodiagnóstico; estado actual de la cuestión; 328, Meningoencefalitis epidémica; su estudio; 329, Formas clínicas de la sífilis cerebromedular; 330, Epilepsia; exposición de las diferentes formas clínicas; 331, Sintomatología y evolución de la esclerosis lateral amiotrófica; 332, Signos de la muerte; estudio detallado de ellos; 333, Aborto criminal é infanticidio; aspecto médico legal; 334, Legislación vigente acerca de los accidentes del trabajo; comentario; 335, Intoxicación mercurial; 336, Intoxicación saturnina; 337, Intoxicación alcohólica crónica; resumen de los diferentes tipos; 338, Intoxicación por el opio y la morfina; 339, Intoxicación por la cocaína; 340, Intoxicaciones alimenticias.

Madrid, 28 de Octubre de 1924.—El director general, *Calvo Sotelo*. (*Gaceta* del 29 de Octubre.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,6; ídem mínima, 699,0; temperatura máxima, 18°,6; ídem mínima, 5°,8; vientos dominantes, SO. S.

Continuando en la misma proporción los afectos catarrales agudos de las vías respiratorias, los reumatismos y las fiebres palúdicas, parece que en las de carácter y localización intestinal se presentan algunos casos infecciosos de índole tifoidea, por fortuna poco frecuentes y benignos.

En las afecciones crónicas, sobre todo en las arterioesclerosis con localizaciones en los grandes vasos, se observan empeoramientos propios de las vicisitudes estacionales.

Crónicas.

Con el presente número comienza a publicarse el tomo VI del *Formulario crítico* «*Por las Clínicas de Europa*», obra notable de una utilidad práctica verdaderamente extraordinaria, que reconocen todos los médicos.

Se está reimprimiendo el tomo III y se pondrá á la venta dentro de poco. Los tomos I, II, IV y V están de venta en la Administración de nuestra revista.

Del Congreso de Sevilla.—D. Pedro Belón, presidente del Comité argentino, que asistió al Congreso Iberoamericano de Ciencias Médicas, en el instante de ausentarse de España, ha dirigido al Dr. Recasens una carta en la que le ruega sea intérprete ante la colectividad médica española del agradecimiento de los médicos argentinos por las cordiales manifestaciones y los agasajos recibidos durante su estancia, que califica de inolvidable, en la madre patria; «demostraciones—dice—que confirman una vez más los indisolubles vínculos que nos unen».

Homenaje al Sr. García Olalla.—En el número anterior dábamos la noticia de que al benemérito odontólogo, señor García Olalla, le había sido hecha la regia distinción de nombrarle caballero Gran Cruz de la Orden de Beneficencia, por la labor realizada durante largo tiempo en el Hospital Asilo de San Rafael.

El día 25 del pasado Octubre se celebró en aquél simpático establecimiento benéfico el acto de imponerle las insignias de la referida orden, por el obispo de Sión, y el día 30, en el Hotel Ritz, se obsequió con un banquete al señor Olalla.

EL SIGLO MEDICO envía su enhorabuena al altruista odontólogo.

Muerta á consecuencia del tétanos.—El lunes pasado falleció en su domicilio, Avenida de San Isidro, una mujer llamada Rosa Marañón, de sesenta y cuatro años de edad, la cual había sufrido una terrible infección tetánica consecutiva á una herida que se produjo, en una mano, trabajando en una fábrica de cajas de cartón.

La desventurada anciana había sido asistida en la Casa

de Socorro sucursal de la Latina, donde se calificó de leve la herida.

El médico del Registro civil consideró pertinente dar parte del caso al Juzgado de guardia, el cual ordenó el traslado del cadáver al Depósito judicial para que se practique la autopsia.

Notas de Valencia.—El doctor argentino D. Pedro Caride ha pronunciado en el Instituto Médico de Valencia una interesantísima conferencia sobre el tema «Autoterapia».

—Los médicos homeópatas de Valencia se han reunido en banquete para celebrar el éxito alcanzado en el Congreso Internacional Homeopático celebrado en Barcelona.

Los enfermos y la Diputación.—En una de las últimas sesiones del mes de Octubre de la Diputación provincial de Madrid, fué aprobada una comunicación insistiendo cerca de la Comisión provincial de Segovia en el sentido de que sea la que se encargue del leproso Ramón Pradena, y por unanimidad se acordó solicitar de la Superioridad que, al ser modificada la ley Provincial, se disponga que esta clase de enfermos deben ser asilados en sus provincias respectivas, sin tener en cuenta las condiciones de vecindad.

Una nota de la Alcaldía, sobre vacunación.—«Al terminar el mes de Octubre, considera conveniente la Alcaldía dar á conocer las siguientes cifras, que representan la campaña de vacunación contra la viruela, realizada por el servicio del Laboratorio Municipal:

Vacunaciones hechas á domicilio, 29.066. Número de vacunaciones que se han hecho en los Centros: calle de Teruel (Cuatro Caminos), 10.770; calle de Ferrer del Río (Guindalera), 7.643; Tenencia de Alcaldía del distrito del Hospicio, 3.737; ídem íd. del Congreso, 4.022; ídem íd. del Hospital, 4.562; ídem íd. de la Inclusa, 5.063; ídem íd. de Buenavista, 5.093; ídem íd. de Chamberí, 5.752; ídem íd. de la Universidad, 6.300; ídem íd. de Palacio, 7.853; ídem íd. del Centro, 10.648; ídem íd. de la Latina, 12.069.

Suman las vacunaciones, 112.378.

Dosis de vacuna entregadas á médicos particulares y vecinos, 7.524; Clínicas y Casas de Socorro particulares, 16.140; á Centros y Asociaciones de toda clase, 37.650; á Casas de Socorro, Instituciones y servicios municipales, 15.860; á Centros de la provincia, 2.260; á Centros y servicios del Estado, 4.800.

Suman, 84.232.

De los datos que anteceden y de los ya publicados referentes á los últimos días de Septiembre, se deduce que por el servicio del Laboratorio se han vacunado 144.510 personas y facilitado vacuna para 154.232, sumando un total de 298.742 vacunaciones, cálculo hecho descartando una cifra prudencial como pérdida de vacuna.

Pedidos de vacunación para fábricas, talleres y oficinas, se han atendido 254.

En fin de Octubre quedan disponibles en el Laboratorio 45.600 dosis de vacuna, dispuestas en viales, para comenzar las operaciones del mes de Noviembre.

El señor alcalde presidente, apreciando la buena disposición que ha demostrado el vecindario, y agradeciendo como es debido la importante cooperación de las Asociaciones de toda clase que han organizado centros de vacunación, constituyéndose en poderosos auxiliares, así como también de la prestada por los centros de vacunación oficiales y particulares que existen en Madrid, y no menos la acción eficaz de los señores médicos, ha acordado prorrogar el plazo de vacunación voluntaria por todo el mes de Noviembre; y con este motivo hace un nuevo llamamiento á la cultura del vecindario, en la seguridad de que ha de continuar reclamando con igual entusiasmo que hasta hoy el servicio de vacunación.»

Contra el alcoholismo «Más leyes secas».—Comunican de La Paz que el presidente de la República de Bolivia, don Bautista Saavedra, acaba de promulgar una nueva ley votada por el Congreso boliviano intensificando las medidas de restricción alcohólica.

Con arreglo á dicha ley se prohíbe la entrada de aguardientes y alcoholes extranjeros al territorio de Bolivia, y se recarga en un 37 por 100 los impuestos sobre alcoholes y aguardientes nacionales.

Un parte de Washington da cuenta de que el Gobierno acaba de decretar que la 18.ª enmienda á la Constitución norteamericana, prohibiendo la importación y consumo de alcohol en el territorio de la Unión, se aplique al archipié-

lago de las Filipinas. En su consecuencia, los cónsules norteamericanos en el extranjero han recibido orden de no despachar en las Aduanas á los navíos con destino á las Filipinas cuando lleven á bordo cargamento de bebidas.

Un botón de muestra.—En la Guía del lector publicada en el importante diario *El Sol*, de 30 de Octubre, se anuncian para tal día seis conferencias distintas en otros tantos centros culturales; de las seis conferencias anunciadas cuatro son acerca de asuntos médicos, y se dan por médicos extranjeros y nacionales; esto no es una excepción, constantemente vemos la preponderancia que en el movimiento de propaganda y divulgaciones culturales tiene la parte activa de los médicos sobre las restantes manifestaciones científicas en Madrid y fuera de Madrid. Esto que es ó debe ser motivo de justo pláceme para los ajenos á la profesión y de noble enorgullecimiento para los profesionales, es interesante hacerlo resaltar con más vivacidad de lo que una mal entendida modestia ó lo que sea, limita á los médicos españoles.

La cocaína en Lisboa.—La Policía continúa su activa campaña contra el comercio clandestino de cocaína, pues la toxicomanía se había extendido estos últimos tiempos en Lisboa en proporciones alarmantes.

Han sido detenidos varios individuos de ambos sexos que se dedicaban al comercio del tóxico, vendiéndoselo sobre todo á las muchachas que frecuentan los cabarets.

El jefe superior de Policía ha declarado que se empleará todo el rigor de la ley contra los culpables.

Inauguraciones, donativos y mejoras en los Establecimientos de Beneficencia.—En Irún (Guipúzcoa) se celebró el día 30 de Octubre el solemne acto de inaugurar el Dispensario de la Cruz Roja.

Asistieron S. M. la reina Doña Cristina, el archiduque Eugenio y las autoridades administrativas y sanitarias de la localidad.

Después de la inauguración hubo recepción y lunch en el Ayuntamiento.

—Terminadas las obras del nuevo pabellón del Sanatorio Marítimo de Chipiona, al que se ha dado el nombre de San Carlos, el jueves último tuvo lugar el acto de su inauguración y bendición.

La viuda del ilustre y llorado Dr. Tolosa Latour, fundador del Sanatorio, se trasladó desde Madrid para asistir al acto.

Esta ilustre dama, colaboradora de su esposo en tan elevada labor, continúa siendo el alma de aquel refugio benemérito en el que la infancia desvalida encuentra salud y cariño.

—El día 1 del corriente, según costumbre de años anteriores, á las doce de la mañana, tuvo lugar la apertura de comedores Monteros de la calle del Pacífico, donde diariamente se servirán hasta 200 raciones de comida y otras tantas libretas de pan á quienes presenten [vales expedidos por el fundador y sostenedor de esta obra de misericordia, D. Gabriel Montero Labradero.

—El alcalde de Huelva ha entregado á la superiora del hospital provincial una cantidad en metálico á fin de que facilite diariamente un litro de leche, un bollo y los componentes de un cocido á 30 mujeres que se hallen en el último mes de gestación.

Excipiente inerte.—Nada hay tan bueno que contente á todos; pero siempre es bueno lo que por mucho tiempo contente á muchos.

(Zabaleta.)

El hombre político que quiera vivir en relativa paz de conciencia debe mitridatizarse contra todos los venenos, ponzoñas, virus é infecciones que impregnan el medio en que va á vivir.

(Ich.)

Oposiciones á médicos.

La Editorial Campos, Peligros, 3, tiene apuntes para las próximas oposiciones á Beneficencia municipal de Madrid, á 75 pesetas; Sanidad Militar, 75 pesetas; Sanidad de la Armada, 75; Sanidad Exterior, 75; Inspectores provinciales, 60; Prisiones, 50; Forenses, 50; Subdelegados, 30, etc. y programas.

Pellidol.—Acompañamos con el número presente un prospecto sobre los preparados de la casa Kalle y C.^a, espe-

cialmente del del Pellidol, recomendando el pedido de muestras á Barcelona, Trafalgar, 37.

Treinta lecciones de análisis clínico, por el Dr. Maestre Ibáñez, 200 páginas. Diversos grabados. Tablas numéricas. Modelos de certificaciones de análisis. Presupuestos para instalar un laboratorio. Precio de la obra (encuadernada), 15 pesetas. Pedidos á la Administración de nuestra Revista.

Digibaïne.—Un prospecto-tarjeta de los Laboratorios Deglaude, de París, Representante en Barcelona, Sr. Balasch, Diagonal, 440, acompañamos con el número presente y recomendamos el pedido de muestras.

PALMIL Jiménez. Purgante Ideal.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M-33.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,75 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,25 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos. — **Muestras gratuitas.**

VINO PINEDO El mejor tónico.

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO
FISIOLÓGICAMENTE PURO
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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