

# 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.

**L. CARDENAL**  
Catedrático de Cirugía de Madrid.  
Cirujano del Hospital de la Princesa.

**J. CODINA CASTELLVÍ**  
Académico. Médico de los Hospitales.  
Director de los Sanatorios Antituberculosos.

**V. CORTEZO**  
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.  
Del Instituto de Alfonso XIII.

**L. ELIZAGARAY**  
Del Hospital General de Madrid.

**A. ESPINA Y CAPO**  
Académico de la Real de Medicina.

**A. FERNÁNDEZ**  
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.

**F. LÓPEZ PRIETO**  
Electro-radiólogo.  
Ex-Médico Titular.

**A. GARCÍA TAPIA**  
Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.

**J. GOYANES**  
Cirujano del Hospital General de Madrid.

**B. HERNÁNDEZ BRIZ**  
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

**T. HERNANDO**  
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

**F. HUERTAS**  
Del Hospital General.  
Académico de la Real de Medicina.

**C. JUARROS**  
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico.

**G. MARAÑÓN**  
Médico del Hospital General de Madrid.  
Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

**M. MARÍN AMAT**  
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.

**L. MARCO CORERA**  
Prof. honoris causa del Inst. Rubio.

**J. MOURIZ RIESGO**  
Jefe del Laboratorio del Hospital General.

**B. NAVARRO CÁNOVAS**  
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.

**S. PASCUAL Y RÍOS**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina.  
Médico forense.

**A. PULIDO MARTÍN**  
Médico del Hospital de San Juan de Dios.  
Profesor de vías urinarias.

**J. y S. RATERA**  
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

**G. RODRÍGUEZ LAFORA**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina.  
ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

**J. SARABIA PARDO**  
Director del Hospital del Niño Jesús.  
Académico de la Real de Medicina.

**F. TELLO**  
Director del Instituto Alfonso XIII.

**L. URRUTIA**  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo.

**J. M. DE VILLAVEVERDE**  
Del Real Hospital del Buen Suceso.  
Del Instituto Cajal.

**R. DEL VALLE Y ALDABALDE**  
Del Hospital General.

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:** Profilaxis del tífus exantemático en campaña, por Victor M.<sup>a</sup> Cortezo y Victoriano Serrano. — Sobre un pretendido síndrome nervioso nuevo, por José María de Villaverde. — Abdomen agudo, por el Dr. Stocker de la Rosa. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

### Profilaxis del tífus exantemático en campaña PUESTO DE DESINFECCION Y DESINSECCION (1)

POR

**VICTOR M. CORTEZO**

Jefe del Parque Central de Sanidad,

y

**VICTORINO SERRANO**

Ingeniero del Parque Central de Sanidad.

No hemos de hacer resaltar la importancia grandísima que para la Sanidad mundial tuvo el descubrimiento del medio transmisor del tífus exantemático, á pesar de ser persona muy afecta á nosotros la que por primera vez afirmó en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en París en 1903, el papel del piojo como vector del germen de dicha enfermedad; afirmación corroborada siete años después por Nicolle, sin que sepamos que hasta la fecha se haya avanzado un paso en la etiología del tabardillo pintado, aun sien-

(1) Causas ajenas á nuestra voluntad nos han obligado á remitir esta comunicación, al Congreso de Sevilla, con un lamentable retraso, ignorando, por esta causa, si será ó no incluido entre los trabajos de la Sección correspondiente.

do objeto de muy intensos trabajos por parte de los más ilustres bacteriólogos de todos los países, entre los cuales descuellan brillantemente nuestros compatriotas Ruiz Falcó, Tapia y Blanco.

La enumeración de las investigaciones de éstos y otros, no encaja en la índole, ni en las dimensiones de esta comunicación, que ha de limitarse á presentar, con la mejor voluntad y el mayor deseo de acierto, una instalación lo más completa posible, que facilite las gestiones sanitarias de nuestros compañeros en los casos, tristemente frecuentes, de epidemias de tífus exantemático.

La experiencia adquirida en las epidemias españolas y portuguesas, y las referencias de nuestra zona de protectorado en Marruecos, nos ponen de manifiesto que, si bien esta enfermedad es fácil, y fácilmente combatible, en las capitales en que se dispone de medios, aparece sembrada de dificultades cuando hay que operar en el campo, en aldeas y pueblos, en los que el sanitario se encuentra perplejo para resolver el problema de la balneación, del despiojamiento, de la desinfección, por carecer de aguas convenientemente traídas, de locales, de aparatos, en una palabra, de elementos á propósito, lo cual le obliga á recurrir á procedimientos rudi-





mentarios, cuya sencillez (y esto es condición humana) excita desde el primer momento la hostilidad, y el escepticismo suicida de los vecindarios.

\* \*

Sirviendo este propósito, presentamos al II Con-

caliente, mientras sus ropas se están desinfectando en estufa de vapor bajo presión con aplicaciones de vacío y formaldehído.

Podrán someterse á estas prácticas sanitarias cinco individuos cada vez (una hora de tiempo), y las condiciones de la instalación son suficientes

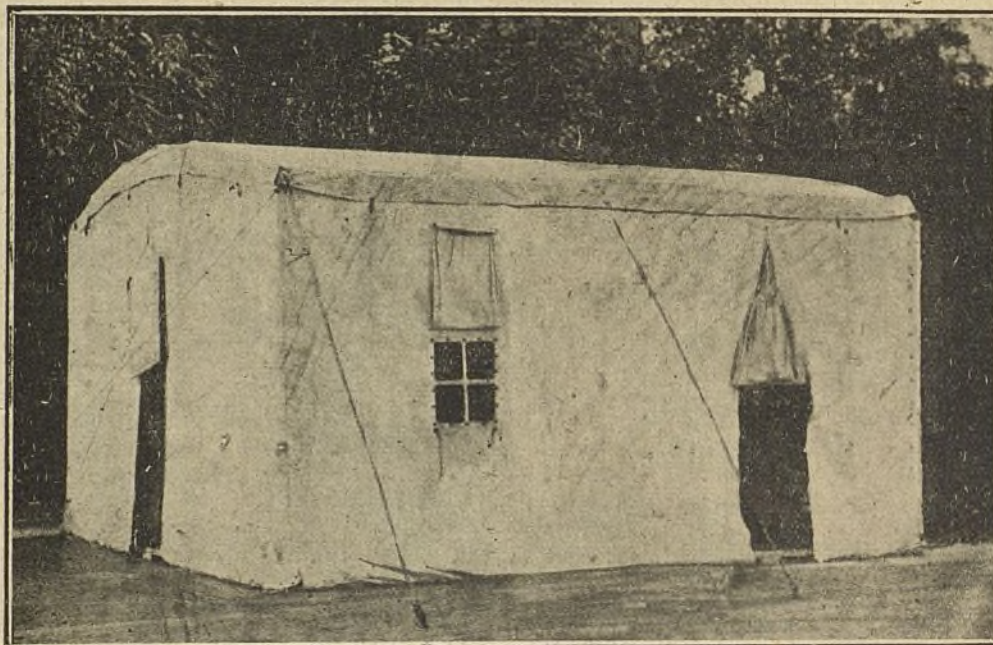


Fig. 1.<sup>a</sup>

greso de Ciencias Médicas el estudio, y modelo en sus definitivas dimensiones, de una instalación de escaso coste, fácil montaje y condiciones de solidez y abrigo, capaces de contrarrestar las intemperies.

Este puesto, que pudiéramos llamar de campa-

á garantizar el aislamiento en los departamentos, y su desinfección.

\* \*

Está constituido por una tienda de lona perfec-

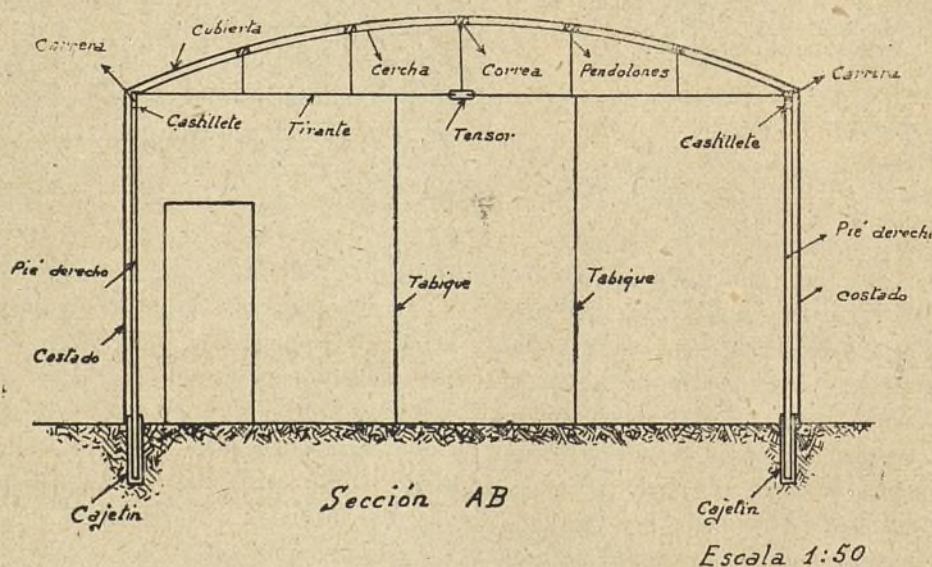


Fig. 2.<sup>a</sup>

ta, permitirá que los enfermos ó sospechosos sean convenientemente filiados, pelados, afeitados, friccionados, etc., y sometidos á una ducha jabonosa

tamente impermeabilizada, con armadura de madera y tirantes de hierro, cuyas dimensiones son de 6 metros en el frente y 5,80 metros en el eje



anteroposterior, y 3,60 metros de altura, dando una planta ligeramente rectangular á expensas del eje transversal.

Los elementos que lo integran son: armadura, cubierta, costados, frentes, tabiques, vientos, suelo y estufa de desinfección con el dispositivo de duchas.

La armadura la forman tres elementos, que se colocan paralelos y unidos entre si para garantizar

Como ya hemos indicado, para garantizar la solidez de la armadura, constituida por los tres elementos, van éstos unidos dos á dos por los extremos superiores de sus pies derechos, mediante carreras de pino de 2,75 metros de longitud y 0,10 metros de escuadría, fijadas por castilletes de hierro de dos ó tres palomillas, según correspondan á los pies derechos extremos ó á los medios," en cuyo caso corresponden á la cercha y á dos carre-

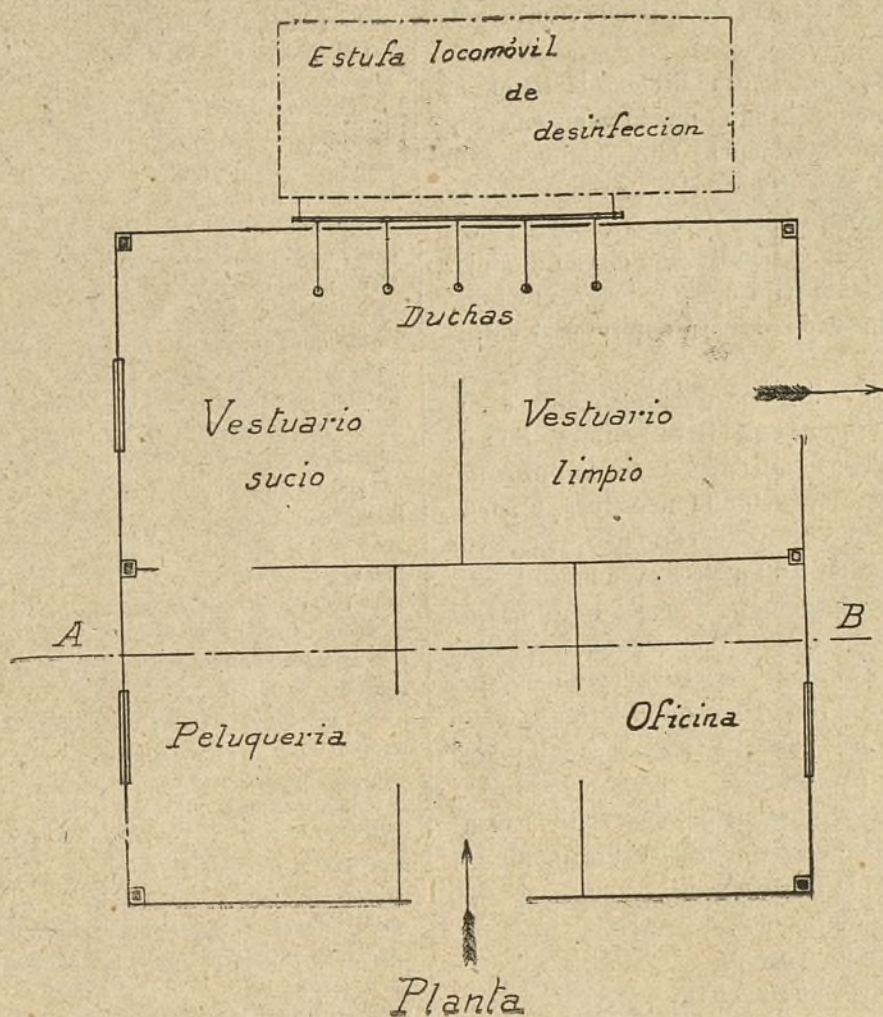


Fig. 3.a

la solidez del esqueleto sobre que ha de descansar la lona, y cada elemento ó forma se compone de dos pies derechos de pino con aristas matadas de 0,09 metros de escuadría, y 3,60 metros de longitud total; una cercha, constituida por un par de pino de 0,25 por 0,015 metros, y 5,95 metros de longitud, con objeto de que adquiera una forma elíptica rebajada; un tirante de cabillo de hierro, con tensor, en el cual se apoyan cinco pendolones, y que sirve de cuerda á la semielipse formada por la cercha, y dos cajetines de pino de 0,62 metros de longitud y 0,135 metros de escuadría, que, empujados en el suelo, sirven de alvéolos á los dos pies derechos de cada elemento.

Esta trabazón la completan cinco correas, también de madera, de 3,30 metros de longitud, que sujetan entre sí las cerchas vecinas, sirviendo de cumbrera la correa superior ó media.

*Cubierta, costados, frentes y tabiques.*—Son de lona de algodón impermeabilizada, y están constituidos por paños de un metro de anchura cosidos al canto.

La cubierta se extiende y apoya sobre las carreras, cumbreras, correas y cerchas, y tiene una faldeta corrida en todo su perímetro para evitar la entrada de las aguas de lluvia.

Los costados son de 3,25 metros de altura y 6 metros de longitud; uno de ellos lleva practicadas



dos ventanas, y el otro una ventana y una puerta, todo ello con sus correspondientes portezuelas también de lona. Además, en las ventanas se colocan placas de celuloide montadas en marcos postizos de fácil adaptación.

Los frentes son de 6 metros de longitud, y tienen: el anterior, una puerta central de entrada a la tienda, y el posterior, cinco aberturas convenientemente dispuestas, para dar paso a las cabezas de las duchas de que va provista la estufa de desinfección, quedando ésta fuera de la tienda y protegida por su toldilla.

Los tabiques son tres, que dividen la tienda en cuatro departamentos, según puede verse en el plano (planta), donde también se aprecia que uno de los tabiques, el antero posterior, no es completo, terminando un metro antes de su encuentro con el tabique posterior de la tienda, con objeto de dejar un espacio suficiente para facilitar las operaciones de loción y balneación de los enfermos ó sospechosos.

**Vientos.**—Lleva dos por cada elemento, á excepción de las esquinas que llevan cuatro. Son de alambre de acero, con tensores, y actúan directamente por un extremo sobre la armadura, y por el otro se enganchan á las argollas de los respectivos piquetes, que son de 0,50 metros de longitud.

**Suelo.**—Está formado por cuarenta rejillas de madera, de 1,40 metros por 0,60 metros, y de altura suficiente para defender del encharcamiento que forzosamente ha de producirse en el terreno, como consecuencia de los constantes riegos con líquidos desinfectantes y parasiticidas.

En resumen, esta instalación, aparte de la estufa, consta de las siguientes piezas. Corresponden á la parte rígida de la construcción:

Seis cojinetes de madera.  
Seis castilletes de hierro.  
Seis pies derechos de madera.  
Tres cerchas con pendolones.  
Tres tirantes de hierro con tensores.  
Diez correas de madera.  
Diez vientos con sus respectivos piquetes.  
Corresponden á la parte flexible ó plegable (lona):

Una cubierta.  
Tres tabiques.  
Dos costados.  
Dos frentes.

Todo ello empaquetado en cinco cajas y dos faros, con un peso total de 1.100 kilogramos que le consiente una gran facilidad de transporte.

(Continuará.)

## SOBRE UN PRETENDIDO SÍNDROME NERVIOSO NUEVO

(Parálisis homónima de cara y miembros y amaurosis unilateral alterna: síndrome de embolia de la porción terminal de la carótida interna)

POR

JOSÉ MARÍA DE VILLAVÉRDE

En un número extraordinario de *Los Progresos de la Clínica*, que ha visto la luz con motivo del pasado Congreso de Medicina de Sevilla, aparece un artículo cuyo título es el que encabeza estas líneas. Su autor es un distinguido colega: el doctor Sanchis Banús, excelente amigo por el que tenemos gran estima.

En dicho escrito y apoyándose en lo que le han mostrado dos enfermos, viene su autor á afirmar que «ha tenido la fortuna de hallar que al síndrome habitual de la embolia de la silviana se sumaba la ceguera completa unilateral del ojo correspondiente al hemisferio lesionado, y sólo por exclusión puede llegar á pensarse en el origen vascular del trastorno y con ello alcanzar la solución justa». Y al final del artículo se lee: «La embolia de la porción terminal de la carótida interna, puede dar origen á un síndrome todavía no descrito en los tratados clásicos, en el cual se asocia una hemiplejía homónima de cara y miembros con una amaurosis alterna unilateral total explicable por la obstrucción irreparable de la arteria central de la retina.»

Lo que antecede dice las cosas bien claras y no caben interpretaciones diversas. Se trata de un síndrome no descrito que ve la luz por primera vez, y como es natural, si las cosas realmente fuesen así, tendrían una gran importancia. Pero no todo el mundo participa de la opinión del autor, ya que al artículo pueden ponérsele varios reparos que por afidura afectan á lo fundamental. Y son éstos los que vamos á exponer aquí.

El artículo que vamos á escribir no es el comienzo de una polémica, á lo que no somos aficionados y que además tal como están las cosas en este asunto no puede plantearse ni menos seguirse. Tampoco es nada que signifique censura, pues lo ocurrido, después de todo es explicable. Todos hemos sentido en algún momento prurito de novedad—por cierto más digno de los que de crítica—pero no olvidemos que esto exagerado conduce á algo que debemos evitar. De todo ello se deriva como fin obligado que no se observen los enfermos con la calma necesaria; que no se los siga el tiempo preciso—que á veces desgraciadamente tiene que ser muy largo—para formar una opinión acorde con la realidad; y que de prisa, deseando en una época determinada tener estudiado un asunto que requiere muchísimo más tiempo, unido á la presencia de prejuicios que necesariamente existen siempre y que son los que de un modo forzoso deciden el sentido de las conclusiones en este trabajar demasiado rápido, se termine en cosas como éstas que en último término—repetimos—son muy disculpables. Y tanto es así, que tenemos la absoluta certeza de que el autor del artículo, de no haber mediado las circunstancias supuestas por nosotros, hubiera procedido de otra manera y el juicio definitivo formado por él sería distinto al de creer que ha dado en el descubrimiento de un síndrome nuevo en unas circunstancias que se alejan enormemente de las normas científicas modernas que son á aplicar en casos como éste.

Lo peor del caso es que con motivo del Congreso de Sevilla han venido á España una porción de extranjeros. Algunos de ellos francamente nos han manifestado su absoluta disconformidad con lo sostenido en el artículo en cues-



tión y por eso nos vemos obligados á exponer nuestra manera de pensar. Aunque esto es muy desagradable, nos sirve de estímulo el que varios neurólogos y oculistas con quienes hemos hablado de este asunto han opinado como los citados colegas argentinos y como nosotros.

Y sin más preámbulo vamos á entrar en materia.

Describir un síndrome nervioso nuevo no es una cosa extraordinaria. Pero para ello se necesitan conocimientos, espíritu de observación imparcial y estar habituado á los métodos que en cada caso deben ponerse en práctica para explorar bien los enfermos. Esto parece muy sencillo á primera vista, pero es lo cierto que de los llamados son muy pocos los escogidos.

Tratándose del cerebro, lo oscuro de la sintomatología de dicho órgano, la multitud de cosas que pueden ocurrir que no caen dentro de lo que sabemos y que las autopsias nos descubren por casualidad, hacen que debamos ser extraordinariamente circunspectos al hacer nuestras afirmaciones. Como es natural, esto no quiere decir en modo alguno que aquello sea imposible, pero siempre que se cumplan ciertas condiciones.

Es esta la razón por la que, antes de lanzarse á describir cosas que anteriormente no lo han sido y se trate de algo cerebral, hay que hacer primeramente una historia detallada del enfermo, y luego procederse á la autopsia. Pero con esto no basta, y precisa cortar el cerebro en serie, valiéndose del método de Weygert-Pal. Es esta la norma que se sigue en todos los centros neurológicos del mundo en materia de patología focal, y es así como ha llegado á saberse algo de cierto, pues podemos ver si hay más lesiones alejadas, cosa no infrecuente.

Como no siempre puede contarse con que el enfermo muera y disponerse de su cerebro, á veces el describir un síndrome nuevo se puede hacer tan sólo por el examen clínico. Pero un examen clínico que cuando menos se haga con arreglo á las normas que se conocen y con toda precisión.

El autor del artículo atribuye los síndromes descritos en sus dos enfermos á embolia, fundándose en el primero en existir un soplo sistólico de la punta, y á haber padecido el otro una fiebre tífidea y suponer que, habiendo existido una endocarditis, se produjo una embolia en una arteria cerebral. Hasta aquí las cosas se comprenden, aunque puedan discutirse.

Ahora bien; al hablar del sitio donde el émbolo se ha implantado, empieza lo oscuro. Según el título del artículo, el émbolo debió ser de un tamaño considerable para poder enclavarse en la carótida interna; pero por más que leemos el artículo, no vemos en él absolutamente nada que autorice á pensar así, á no ser el que la implantación embólica debió realizarse en un sitio donde aún no haya arrancado la arteria oftálmica y así producir ceguera en el lado de la lesión. Esto se funda en el pretender el autor del artículo que los enfermos no veían con el ojo del lado de la lesión; pero ya indicaremos luego el valor que á esto deba concedérsele.

Aquí, nuestro amigo hace una serie de consideraciones sobre la mecánica y fisiología patológica de las embolias de los vasos del cerebro, que no podemos compartir en modo alguno. Por eso antes de seguir las queremos dejar aclaradas.

Hablando de la manera de suplir una arteria por otra merced á anastomosis, dice nuestro excelente amigo: «Con respecto á la circulación cerebral, esta suplencia es conoci-

da bien de antiguo. Lewandowsky en su gran Tratado hace notar que rara vez el síndrome de una embolia llega á ser el de la privación de función de todo el territorio cerebral irrigado por la arteria destruída.» A esta manera de pensar, de la que nadie participa, se le pueden poner serias objeciones. Las arterias cerebrales son terminales, y si se obstruyen, trae esto como consecuencia que el territorio que irrigan se desorganice. La obstrucción del vaso tiene que ser prácticamente total, pues de otra manera no puede ocurrir aquello. Si un émbolo se enclava en el origen de la arteria B, que arranca de la A, siempre habrá que referir y designar la embolia y los síntomas que corresponderán á ello, como de la arteria B. Y será una gran incorrección por lo que á los síntomas se refiere, hablar de una embolia incompleta de la arteria A si es que el émbolo implantado en el origen de aquella hace un saliente ligero en la luz de esta última.

Si un émbolo obstruye una arteria cerebral, de las terminales, la teoría establecida por Virchow, y después sancionada por todos los patólogos, se realiza como en ningún otro órgano. Las supuestas anastomosis entre las ramas terminales de las cerebrales media y posterior que algunos anatómicos han descrito, prácticamente no sirven para nada, y si por añadidura tenemos en cuenta lo susceptible que es el tejido nervioso para todo lo que pueda lesionarlo y lo pronto que se desorganiza de un modo irreparable á poco que dure la interrupción de su riego sanguíneo, nos convenceremos más del poco valor que tienen aquellas divagaciones teóricas. Por eso nos choca sobremanera lo que nuestro distinguido amigo atribuye á Lewandowsky. ¿Será una errata ó querrá decir otra cosa? Porque si es cierto que se obstruye una arteria cerebral que es terminal, se reblandece todo el territorio irrigado por cada una de sus últimas ramas, aunque ocurra que clínicamente se presenten síntomas de reblandecimiento solo en los territorios afectos que tengan una función definida, y los otros, si son de los llamados «zonas tolerantes», no darán señales de haber padecido. Pero anatómicamente, todo el tejido ha sido lesionado. Esto suponemos que es lo que haya querido decir Lewandowsky y no otra cosa, porque sería incomprensible.

En el caso de un émbolo grande que obstruya el final de la carótida interna al nivel de la oftálmica y produzca en el territorio de ésta los trastornos consiguientes, lo que más arriba ocurra es ya otra cuestión. A este nivel por el polígono puede establecerse una circulación supletoria; pero no es ése el caso. Hay en los dos enfermos una hemiplejía intensa y definitiva con contractura, y ello supone una lesión del tronco de la silviana ó de las ramas que dirigiéndose á los ganglios centrales pasan por la cápsula interna, ó bien de la arteria frontal ascendente una rama de aquélla. Y así las cosas, y mientras no se demuestre lo contrario que por lo rarísimo es la autopsia el único medio que nos convencería, tenemos que suponer—si seguimos en inclinarnos por la teoría embólica de ambos síntomas—la existencia de dos émbolos, uno para la arteria oftálmica y otro para producir la hemiplejía por un reblandecimiento de la cápsula interna ó de toda la circunvolución prerrolándica. El pretendido síndrome no tiene ya razón de ser.

Ya en otro sitio de este artículo, al hablarse de cada caso se dice en el primero: «En vista de los especiales caracteres del coma... se diagnostica «embolia cerebral» probablemente de la silviana izquierda por endocarditis blenorragica.» Y en el segundo caso escribe: «Diagnóstico: Reblandecimiento cerebral por embolia de la silviana (lado derecho)-Endocarditis tífica.»

De modo que aquí ya nos encontramos ante una afirma-



ción, aunque distinta, terminante, y sobre lo que de ella se deriva, no podemos estar de acuerdo. La arteria silviana es una arteria de un calibre de importancia é irriga no sólo lo que el autor del artículo debe creer al hablar al comienzo del mismo, cuando quiere buscar el explicarse «una lesión simultánea de la corteza perirrolándica y de la vía óptica periférica», sino algo más. Esto último es algo en lo que indudablemente no ha pensado el autor del artículo, porque en caso contrario, quizás hubiera intentado explicarse las cosas de otra manera.

La arteria silviana, una de las ramas terminales de la carótida interna, irriga casi toda la cara externa del hemisferio, como puede verse en cualquier esquema de los que vienen en todos los libros de Anatomía ó de Neurología. Su obstrucción trae como consecuencia un enorme reblandecimiento, que no sólo se extiende en superficie al área aludida, sino que en profundidad penetra hasta el mismo ventrículo, destruyendo todos los sistemas de haces existentes en la substancia blanca.

Reblandecimientos de esta índole son generalmente incompatibles con la vida. En dos casos de los que hemos tenido ocasión de practicar autopsias de enfermos muertos por lesiones de éstas, hemos visto que casi todo el hemisferio se deshacía en nuestras manos.

El autor del artículo al suponer una lesión del tronco de la silviana no se ha fijado en las consecuencias. Cuando las cosas ocurren así, lo destruido no es sólo la corteza perirrolándica como el autor supone—de lo que pueda ocurrir en las arterias de los ganglios [centrales] no hace caso, aunque se trate de síntomas puramente motores—sino algo más. El no ser permeable la arteria del pliegue curvo—rama terminal de la silviana—trae como consecuencia en pos de sí un reblandecimiento en la región de las circunvoluciones supramarginal y angular que llega hasta el ventrículo, destruyendo la radiaciones ópticas que van al lóbulo occipital. Esto viene en todos los libros y con todo género de detalles está explicado y consta en numerosas historias de Henschen, que ha publicado cuatro tomos de trastornos visuales intracraniales, y no ayer, sino entre los años 1890 á 1903. Esta es una obra clásica que debe ser comentada á cada paso por el aficionado á estudios neurológicos si en algo se refieren al proceso intracerebral de la visión. Muy bien expuesto viene esto consignado también en la «Patología del cerebro», de Monakow (1905) y en el gran Tratado que escribió hace diez años sobre localizaciones cerebrales (pág. 392 y siguientes), donde trae un gran número de grabados en extremo demostrativos. Durante nuestra época de asistente en el Instituto de Neurología de von Monakow, tuvimos ocasión de estudiar en cortes seriados dos piezas de éstas, y en ellas se ve con claridad lo que acabamos de exponer. Algunas preparaciones y una porción de dibujos que de ellas hicimos los conservamos y ponemos galantemente á disposición del autor del artículo, por si pudiera interesarle, lo que nos produciría una viva satisfacción.

La lesión de las radiaciones ópticas por una obstrucción de la arteria del pliegue curvo, trae en pos de sí una hemianopsia completa ó más ó menos incompleta en forma de cuadrante. Es más, en la práctica casi siempre que tropezamos con hemianopsias por lesiones focales del cerebro, se trata de casos de este tipo, pues los reblandecimientos de la región de la cisura calcarina irrigada por ramas de la arteria cerebral posterior, son mucho más raros. Y al autor del artículo que nos habla de una embolia de la silviana—no de una de sus ramas—le ha pasado desapercibido el detalle de una hemianopsia y ni se le ha ocurrido que hubiera podido existir, aunque no fuera más que para «excluirlo», ya que

en su razonamiento entra el llegar á las conclusiones por este procedimiento, como dice al comenzar el escrito.

El haberse olvidado pensar en la posibilidad de una hemianopsia, más inexplicable aún que por las razones anatómicas que acabamos de señalar, lo es por otras de índole clínico. En la primera de las historias, se trataba de un reblandecimiento del hemisferio izquierdo y juntamente con una hemiplejía del lado derecho, se observaban trastornos del lenguaje de tipo afásico. ¿De qué tipo? El autor no dice apenas nada de esto, quiere adoptar la moderna nomenclatura de Head, que conduce á que no entendamos nada de lo que allí se expone, y eso es todo. Más adelante, dice en el curso de la enfermedad: «La afasia sintáctica ha mejorado ligeramente por reeducación adecuada.» Y seguimos con la duda.

Es decir, que ante trastornos afásicos de una cierta intensidad, no cita ni siquiera para excluirlas la posible existencia de desórdenes afásicos de tipo agnóstico—aquí seguimos la nomenclatura antigua, con la que es más fácil entenderse—y esto es tanto más chocante al ver el método de exposición seguido en la historia, donde se insiste y se vuelve á insistir sobre síntomas de segundo orden que para otro que fuera derecho á lo fundamental, merecerían importancia mínima. Si se hubiera pensado en la posibilidad de que existiendo síntomas afásicos podría también haberlos en la esfera visual, lo que muchas veces á los enfermos se les ofrece subjetivamente como cegueras, se hubiese intentado comprobar si existía una hemianopsia en alguna de sus infinitas variedades, ya que en la falta de reconocimiento de impresiones visuales suele existir al mismo tiempo algo de aquello. Y á nada de esto se hace mención. En cambio, se da la mayor importancia á la pérdida subjetiva de la visión con el ojo izquierdo, porque «de ello persistentemente se queja la enferma utilizando la mímica más expresiva.» Sólo como se ve, importa lo que dice una persona que apenas habla.

Es el caso, y esto es lo que nos interesa por el momento, que fenómenos hemianópsicos pueden conducir á un sinnúmero de desórdenes subjetivos é ilusiones para todos los gustos (los libros que tratan de esto están llenos de ejemplos). Y así las cosas, ¿qué valor debe darse á lo de no ver qué nos dice por señas una enferma afásica? ¿Cómo podrá el autor llamar á esto un fenómeno «tan característico»?

Hemos dicho algo de lo que el autor no ha pensado. Pero si consideramos más detenidamente las dos historias, no podremos menos de insistir algo más sobre lo que ha omitido y el valor que deba darse á lo que dice haber observado.

De la primera historia dice al final del artículo: «La exploración de nuestra enferma hecha en condiciones impecables, etc.» Pero esto es cosa de la que podía hablarse mucho.

Por ejemplo, nos cuenta: «La primera exploración se hizo veintidós horas después del ictus. La enferma está encamada con un aspecto claramente comatoso. Ronca, ni tan siquiera el más leve parpadeo.» Y á continuación al exponer los síntomas hallados en este examen, dice: «En cuanto al tono muscular, parece muy disminuído en toda la musculatura del lado derecho, sobre todo en el brazo (signo de Holmes-Stewart)» (1).

(1) El signo de Stewart Holmes se explora de la manera siguiente: Se ordena al enfermo que doble fuertemente el antebrazo sobre el brazo y nos oponemos á que lo realice, pero en seguida soltamos de repente la resistencia que oponíamos. Si el síntoma existe, los músculos flexores libres de la resistencia que se les oponía continúan el movimiento de flexión ahora con rapidez y acaban doblando el antebrazo sobre el brazo hasta el máximo.



Aparte de que el signo de Holmes-Stewart es para ver, no el tono muscular, sino el retardo en entrar en juego la inervación de los antagonistas y se busca en las afecciones del cerebelo, preguntaríamos: ¿Como es posible explorar en un enfermo comatoso un síntoma que supone obedecer á un mandato contrayendo un cierto síntoma de músculos y se precisa para ver su existencia la inervación voluntaria y consciente? Y más nos choca—desde el punto de vista de la asistencia facultativa por lo que no hemos de insistir aquí—el que en una enferma comatosa traten de buscarse síntomas que no pueden hallarse, que aun cuando se encontraran no nos harían variar un ápice la línea de conducta terapéutica que hay que seguir con la paciente y que por otro lado, oponiéndose á la norma de la quietud absoluta, única que debe seguirse, son intempestivos y quizás perjudiciales.

Opinamos que tampoco á esto debe darse gran importancia, pues quizás ha sido una distracción, pero es el caso que en la descripción de los trastornos visuales—asunto fundamental en el escrito—ocurre una cosa parecida. Y como quiera que en un sitio se dice una cosa, en otro lugar otra y existen contradicciones sobre tema de importancia tan extraordinaria, el lector no sabe al final del artículo á qué carta quedarse.

Veamos lo que ocurre con el primer caso. Se trata de una señora de treinta y dos años. Presenta, pasado el período comatoso, hemiplejia derecha con contractura, afasia que al autor se le antoja ser sintáctica de Head y trastornos visuales. La manera como describe éstos al comienzo de la historia es la siguiente: A los siete días del ictus, después de una pequeña remisión, y se la puede explorar nuevamente, se halla en coma post accesional. «Un nuevo especialista llamado en consulta diagnostica un tumor cerebral; el mismo practica el reconocimiento oftalmoscópico y afirma que existe edema de la papila izquierda.» Aquí se ve que este examen oftalmoscópico que fué el primero practicado habla en contra de una embolia de la arteria central de su retina.

Más adelante añade: «Pérdida total de la visión del ojo izquierdo, de lo que persistentemente se queja la enferma utilizando la mímica más expresiva». Y como un poco antes dice que, «por mi parte mantuve terminantemente el diagnóstico de embolia cerebral de la silviana izquierda», se deduce que al autor del artículo no le convenció gran cosa lo del éxtasis papilar, puesto que en lo sucesivo ni lo toma ya en consideración y mucho menos lo del tumor cerebral.

A continuación dice en lo referente al curso de la enfermedad: «La pérdida de la visión del ojo ha sido irreparable». Y al final del artículo leemos que, «la exploración de nuestra enferma hecha en condiciones impecables sorprende el primer momento de la destrucción regresiva de la retina privada de todo riego sanguíneo» ¿Qué clase de destrucción regresiva era esa? No lo dice. Eso es todo y no encontramos más detalles.

Que es imposible formarse una idea clara de lo que ocurrió, es evidente. Que en la exploración se descuidaron detalles de importancia, salta á la vista, y de esto puede vencerse cualquiera leyendo un manual de los que están al alcance de todos.

Henschen, en el tratado de Neurología de Lewandowsky—que el autor del artículo cita repetidas veces y dice haber consultado,—escribe los trastornos de la visión en los procesos intracraneales. No es muy extenso, sino que, por el contrario, peca de conciso y elemental. En el tomo prime-

Si el signo es negativo, al suprimir la resistencia, el bíceps se contrae aún un poco, pero el antebrazo se detiene en seguida en su movimiento de flexión por entrar en juego inmediatamente la acción de los antagonistas.

ro, donde se trata de Neurología general, leemos (pág. 908), después del título: «Diagnóstico general de los desórdenes visuales intracraneales»: «Para el diagnóstico cerebral, es preciso realizar un examen completo de la función visual y de sus desórdenes, lo que también es necesario para asegurarse de los procesos patológicos intraoculares, así como de los del nervio óptico. Este examen debe referirse á la acuidad visual, tanto en el campo central como en el periférico, y el determinar de un modo exacto el campo visual para la luz difusa como la coloreada, es decir, el examen cromático. Debe además observarse si existen síntomas irritativos, si hay desórdenes de los reflejos pupilares, y finalmente, si se presentan otros trastornos cerebrales. Aquí nos referimos principalmente á los desórdenes visuales producidos directamente por lesión de las vías y centros ópticos desde el quiasma al polo occipital, pero por eso no debe dejarse olvidado el nervio óptico, así como tampoco los desórdenes visuales intraoculares».

Como se vé, ha empezado por omitirse el examen de la acuidad visual, luego el estudio perimétrico, del sentido cromático no se habla para nada, etc.

Que del examen campimétrico no puede prescindirse, salta á la vista. Si la lesión se ha producido en el nervio óptico, lejos del bulbo, es inútil querer buscar nada por el examen oftalmoscópico en el comienzo de la enfermedad y de lo que ocurre sólo nos dará idea el estudio perimétrico. Por ejemplo, la acuidad visual central puede estar conservada, pero, en cambio, el campo visual estrechado hasta casi el máximo, y entonces existiendo trastornos visuales subjetivos, si esto ocurre sólo en un nervio óptico para casos como el presente, véase la importancia que puede tener. También puede ocurrir lo inverso. De si existen ó no escotomas y de su importancia, nada tenemos que decir. Y en caso de hemianopsia, sin examen perimétrico no pueda darse un paso.

Que el examen oftalmoscópico se hizo á la ligera es cosa que se ve en seguida. Sólo se habla de que un distinguido neurólogo lo practicó y diagnosticó en vista de un éxtasis papilar un tumor cerebral. Este diagnóstico no convenció á nuestro querido colega, y sin embargo, ya que habla de trombosis de la arteria central de la retina, no nos dice en ningún otro sitio que apoyase su diagnóstico en la imagen oftalmoscópica de esta enfermedad, y habla sin embargo de su existencia repetidas veces.

Pero en el segundo enfermo, las cosas se presentan aún más incomprensibles. Aquí se trataba de un sujeto joven que por no tener fenómenos afásicos podía ponerse con él en relación muy bien, y por tanto, practicarse todo género de exploraciones. Este caso, en el que según nuestro queridísimo amigo y colega las lesiones fraguadas no eran tan características, presentó los síntomas visuales siguientes, como se ve en la historia: «Ojo derecho, visión nula, atrofia papilar, etcétera». De síntomas visuales sólo se habla en la época en que se practicó la exploración, y nada se dice de su evolución ni de si presentaron ya los trastornos citados al salir de la fase sin conocimiento que precedió á la hemiplejia del lado izquierdo y que se remonta á hace dos años.

La atrofia papilar puede ser de varias clases, que por su origen, evolución, pronóstico, etc... son completamente diferentes. Una, la atrofia simple, otra, la atrofia postneurítica; pero no se nos dice nada de si una de estas formas era posible antes de suponerla secundaria á la embolia de los vasos retinianos.

Si se tratara de una atrofia simple que es la tabética y que nada tendría que ver con la hemiplejia, como es natural, no hubiera estado de más que se dieran más detalles, pues



es chocante, que precisamente á este caso no se le practicó punción lumbar, para proceder al examen del líquido cefalorraquídeo, mientras en la otra enferma que no presentó tal imagen oftalmoscópica, nos dice nuestro querido amigo que la hizo. Por otro lado, no hubiese sido innecesario que nos hubieran dicho algo de la acuidad visual y se hubiese practicado un examen campimétrico, pues así hubiéramos podido ver el estrechamiento visual y tratándose de colores—conforme lo que es característico de esta enfermedad—averiguar si la visión para el verde y rojo, son los primitivos y más intensamente afectados.

Si se trataba de una atrofia postneurítica, fase avanzada de una neuritis retrobulbar que primitivamente no dió síntomas oftalmoscópicos, también debió procederse al examen en regla. Pero en todo caso, tratándose de procesos de esta índole, el factor evolución no es de despreciar, y por eso, durante algún tiempo deben practicarse diversos exámenes para ver las variaciones que pudieran ocurrir.

En todo caso, nada de esto tiene que ver con lo que el autor pretende, al llegar á sus conclusiones. La suposición de una atrofia isquémica de la papila—que es así como se designa al fenómeno después de la obliteración de los vasos centrales—es cosa que, aunque se suponga, no puede admitirse más que á título de una remota hipótesis, por permanecer en la obscuridad la historia del proceso y, además, por no haberse intentado buscar—por un examen oftalmoscópico—si como realmente en algunos casos raros ocurre, hay elementos para atribuir el fenómeno á ese origen.

Nadie ha visto si dos años antes la imagen oftalmoscópica fué la de una oclusión de la arteria central de la retina, y la atrofia presente puede ser debida á muchísimos procesos con mayor ó menor razón llamados neuríticos y que como consecuencia producen una degeneración descendente de las fibras ópticas.

Llegamos al final del artículo. De él podemos decir, que se describen dos casos de hemiplejía; por embolia cerebral, probablemente. Estos dos casos presentaron síntomas visuales que, por lo poco precisos, por la escasez de tiempo ó por irse los enfermos—como á todos nos ocurre—no han podido estudiarse y darles su verdadera significación.

El no poder estudiar bien un enfermo sucede en neurología á todo el mundo, pues si se repiten las exploraciones se cansan y se van á otro lado. La consecuencia de esto es que nos quedemos á veces con la duda de algo que hubiéramos querido estudiar mejor.

Ahora bien; en estas condiciones, querer describir un síndrome, es muy expuesto á cometer errores definitivos. Y para llamar la atención sobre lo importante de este punto es por lo que hemos escrito las líneas que anteceden, no siendo otro, en modo alguno, nuestro propósito.

## ABDOMEN AGUDO <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. SLOCKER DE LA ROSA

Excelentísimo señor: Señores académicos: Señores:

Siento el rubor del que por vez primera habla en esta casa, no obstante haber recibido ya hace años el honor de alternar en las sesiones científico-literarias desde que fui

(1) Discurso leído en la Real Academia Nacional de Medicina en la recepción como académico de número, el día 20 de Junio.

nombrado académico corresponsal; y aunque estos motivos hacían esperar que este acto no me habría de producir turbación, por la costumbre y la cordial hospitalidad que esta Real Academia ha prestado á mis trabajos, me encuentro con que estos antecedentes no llegan á borrar de mi espíritu la impresión de que hoy recibo una prueba más al elevarme á la categoría de académico de número. Esta sensación hace latir mi alma con un tono nuevo para mí, como si fuera la vez primera que me dirigiese á la Academia.

Si las deudas de gratitud al pagarlas se renuevan, me dejáis encadenado una vez más y sólo queda por mi parte hacer cuanto pueda para ser digno del honor que hoy se me confiere. Esto se deriva de la imperiosa sustitución que impone la muerte, y en este caso motivada por la del doctor Ortega Morejón, del que en vida recibí la merced de su amistad, que era para él un culto.

El Dr. Fernández Sanz ha hecho una notable necrología del malogrado compañero y amigo (y de ella tomo datos para rendirle este modesto homenaje, que el respeto á su memoria merece), bien penetrado de la vida científica y profesional de su biografiado, con el que le unía cariño de compañero y de amigo, hace resaltar las admirables cualidades que le reconocían todos y algunas de las menos conocidas.

Nació el Dr. D. Luis Ortega Morejón en Madrid, en cuya Facultad de Medicina siguió sus estudios brillantemente, siendo premiado varias veces. Fué ayudante honorario de la Sala de Disección y alumno interno del Hospital Clínico, por oposición.

Inauguró sus primeros trabajos literarios médicos en 1882, con la publicación de historias clínicas del segundo curso de Médica. Se hizo licenciado y doctor con nota de sobresaliente.

Ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar por oposición.

La actuación más brillante de Ortega Morejón comenzó con su ingreso en la Beneficencia municipal de Madrid, á la que perteneció hasta su muerte, en 1923. La política le llevó á ocupar el cargo de concejal del Ayuntamiento de Madrid y el de inspector de dicho brillante Cuerpo. Durante la epidemia de cólera prestó voluntariamente asistencia gratuita á los enfermos y representó á la Beneficencia municipal en el Congreso Médico de Roma. Organizó y presidió el Ateneo Médico-Farmacéutico municipal en una de sus épocas, pronunciando varias conferencias y presidiendo otras que organizó. Es digna de encomio su labor como médico de la Santa Hermandad del Refugio, donde llegó á director de la Policlínica.

Como académico corresponsal tomó parte en los trabajos de la Real Academia de Medicina desde 1890, y en Septiembre de 1903 ingresó como académico numerario, ocupando la vacante del Dr. Nieto y Serrano, marqués de Guadalerzas; perteneció á la Sección de Literatura, que presidió, y á la primera Comisión de Medicina forense.

En el Colegio de Médicos de Madrid actuó muchos años como vocal de la Junta directiva primero, y como presidente después.

También tomó parte activa en las tareas de la Sociedad de Higiene. Perteneció al Comité ejecutivo del Congreso Internacional de Higiene, celebrado en Madrid; y fué autor de un proyecto de «Sanatorio tónico de montaña».

Desde 1893 desempeñó una subdelegación de Medicina en Madrid.

Como publicista desplegó sin igual actividad desde que fundó *El Monitor Sanitario*, donde defendió cuestiones de higiene y política sanitaria, y fué colaborador de *EL SIGLO MEDICO* y *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*.

Sus publicaciones más importantes son: *Nuevas fun-*



*ciones y patología desconocida del corazón; Nuevo tratamiento de las hemorragias en general y de las hemoptisis en particular por los vasodilatadores; Nuevas interpretaciones del murmullo vesicular; Nueva interpretación de la ventilación pulmonar; Etiología de la difteria; Importancia terapéutica del azeo; Patogenia, diagnóstico y tratamiento de la angina de pecho, y otras muchas de gran mérito.*

Las múltiples actividades profesionales de Ortega Morejón no le impidieron durante largo tiempo atender una gran clientela, y el campo de sus relaciones sociales se ensanchó considerablemente por su trato afable y siempre dispuesto para prestar su ayuda ó favor á cualquiera que se acercase á él, que le daba gran relieve. En la política lo tuvo también, después de actuar brillantemente en el Claustro de Doctores, donde su gestión provocó grandes modificaciones, dando vida á una institución apagada; representó varias veces á la Universidad Central en el Senado, donde su actuación fué continuada y movida.

Al detallado y profundo estudio que hace el Dr. Fernández Sanz, conocedor como pocos de las cualidades de hombre bueno y médico eminente del Dr. Ortega Morejón, únicamente queda por añadir este fragmento del retrato que hace magistralmente el Dr. Pulido en la Memoria de Secretaría, leída en la sesión inaugural de este curso:

«Los caracteres tenaces, batalladores y solitarios cual el de Morejón, que jamás se ablandan, ni se entregan á las complacencias y acomodaciones con los compañeros, porque, como ellos, llevan firmes sus convicciones, y sus intereses se han cristalizado, no se funden con el alma de los demás, no desvanecen sus trazos típicos personales, ni la crudeza de su color propio en la pasta confusa de la masa general. Estos caracteres, que son los llamados *irreductibles*, suelen provocar á veces desagradados, antipatías y hasta verse aislados, no porque los demás los eliminen, sino porque ellos no se suman ni se confunden, y algo de esto sucedía frecuentemente á Morejón, sobre todo en el Parlamento, donde siempre actuó solo.

«Pero, aparte de que todo lo que tenía de duro y de perdurable en la lucha, mostraba de amante y tolerante en la concordia. Morejón era por sí muy servicial, cariñoso, nada recalcitrante en sus hostilidades, y quien se le dirigía amablemente y tendíale la mano, podía abrigar la seguridad de que él le abría sus brazos, le prodigaba sus afectos, mostrábase complaciente larguezas y recibía conmovido y rebozante de gratitud las pruebas de atención que se le dispensaban. Es decir, Morejón era siempre servidor; jamás dejaba sin respuesta una pregunta, inservida una demanda, sin satisfacción caballeresca un agravio ó desconsideración de los producidos en el ardor del combate; no por herir al adversario, sino por defender personal y colectivamente los prestigios, los intereses, los derechos y las aspiraciones, á veces no razonables ni convenientes al interés público de aquellos Cuerpos, que fueron los exaltadores de sus méritos y los beneficiados con su múltiples y fecundas gestiones, ya en sus Centros administrativos, ya en el Parlamento. Estos organismos fueron: el Cuerpo de Beneficencia municipal, el de los Subdelegados y el de los Doctores del Claustro extraordinario; todos los cuales hubo de presidir.»

Es difícil, por no decir imposible, que el natural deseo de cumplir con la gratitud y con la tradición, háyase logrado siquiera en medida suficiente para que corresponda al nivel y amplitud que la costumbre impone en estos actos; pero aumenta la dificultad al pretender que el tema elegido

para este discurso pueda interesar por su originalidad, ó, al menos, por el modo de presentarle, ya que á la sólida cultura de la Corporación seguramente no se escapa el tema más trivial por poco trillado que se halle en los momentos actuales; y sería vano intento pretender otra cosa que se desplazara de lo que creemos pueda ser nuestro temperamento, esto es, laboriosidad, para marcharnos por derroteros de investigación que nunca alcanzamos seriamente y por temas nuevos ó que se llamaran así, torciendo las condiciones características conquistadas en el trabajo clínico de todos los días. Así, pues, séanos permitido pasar una revista á algunos grupos de lesiones en que el cirujano tiene algo que hacer, disertando en el menor tiempo posible acerca de «Abdomen agudo».

..

Un poco aventurado es consagrar desde este sitio y en este momento, la denominación de este discurso para aquellos fenómenos patológicos que se desarrollan en la cavidad abdominal, antiguos ó recientes, pero que de una manera súbita, y más ó menos inesperada, ponen al enfermo en grave compromiso para su salud ó su vida, y en no menor trance de inquietud al médico que se encarga de su asistencia.

Algo exótico, pero breve y compendioso, abarca este capítulo aquellos grupos de lesiones cuya individualidad se trató siempre aparte en las obras de Cirugía, puesto que el número de enfermos afectos forma un tanto por ciento muy elevado en las estadísticas de las clínicas públicas y privadas de todos los cirujanos. Señala un momento en que la lesión adquirió su máxima intensidad, su máximo dolor y su no menor peligro, y al propio tiempo lleva aparejados conceptos de diagnóstico rápido, el planteamiento inmediato de resoluciones donde se ha de contrastar con la decisión, la mayor seguridad en el diagnóstico, y con la técnica algunas veces poner á contribución los mejores recursos, y muchas, el improvisar sobre el terreno, donde entra por mucho la imaginación creadora que en esos momentos pueda ser sople de inspiración que consagre nuevos procedimientos, resultado de la experiencia adquirida y detalles que se observan por vez primera, y que sin estas resoluciones no tendrían práctica aplicación. El haber desarrollado durante más de veinte años desde la época de nuestros estudios en la Escuela de Medicina, de Valencia, que siempre recordaremos nostálgicos, nuestras actividades quirúrgicas con verdadero entusiasmo, principalmente en el sector de la Cirugía abdominal, nos permite si no tener una autoridad definitiva en estos asuntos, por lo menos sentirnos menos ausentes del tema elegido en cuanto al título del discurso, ya en función de nuestro decidido propósito de ocupar la atención de los oyentes breve tiempo y sin quebranto. La primera época de nuestro ejercicio profesional se ha deslizado durante bastantes años en el desempeño del cargo de médico de guardia del Hospital de la Princesa, desde que allí ingresamos por oposición; y, por lo tanto, hubimos de actuar en infinitas ocasiones en casos de cirugía de urgencia, que representa para los enfermos que se admiten anualmente allí el 40 por 100 de los acogidos en el establecimiento; y descontando los traumatismos muy numerosos, por pertenecer á un sector de la población de gran actividad en las construcciones, industrias, etc., nos permitió desde muy pronto estar frente á frente y todos los días, ante casos que si entonces nos parecían difíciles por el diagnóstico y por las graves soluciones á que se prestaban, no son más fáciles hoy, con haber pasado unos lustros y aumentado, naturalmente, nuestra información personal y literaria acerca de estos asuntos.



De entonces acá, y séame permitido avisar que no me ocuparé más que de muy pocos traumatismos del abdomen (pues ello motivó que publicase durante una larga temporada algunos casos interesantes de este género y que luego fueron tema de una Memoria presentada á esta Academia), se han acumulado importantes documentos referentes á este asunto.

Además, vivo el recuerdo de la Gran Guerra, que determinó la triste aportación de tantos miles de casos que sugirieron serios estudios publicados en todas las revistas quirúrgicas del mundo, no haremos más que recordar muy ligeramente algo de lo mucho que se vió fuera de aquí, y lo que en nuestro propio país, por desventura, nos proporciona con una cronicidad desesperante, que no lleva trazas de terminar, y que hubiera sido preferible recibir un solo golpe y de una vez, al menos con la gloria de una decisión y de un gallardo arranque, que hubiera sido tan propio de nuestro temperamento y de nuestra historia y hasta — ¿por qué no decirlo?— de esta fuerte, á pesar de todo, nuestra raza aventurera.

Así, pues, diremos como síntesis, por lo que respecta al extremo de los traumatismos de abdomen, que de los cerrados seguidos de muerte tenemos menos noticias en la práctica civil, por ser la autopsia judicial, y no permitir fáciles informes, sin embargo, dado lo incompletos que á nosotros llegan, permiten dar por cierto que las lesiones encontradas superan siempre á las supuestas. La muerte llega, á más de la hemorragia, por el shock, y de este círculo vicioso y fatal pocas veces derivamos una indicación operatoria. O las lesiones son tales que no admiten reparación, ó los difusos fenómenos del comienzo se localizan, individualizan sus contornos y permiten más prudente espera, que es muchas veces lo bastante para llegar á la curación sin contratiempo y también sin intervención.

No pasa lo mismo cuando después de un traumatismo cerrado, el vómito, melena y desaparición de macidez hepática, mandan imperiosos fijar la atención en un órgano sobre el que no es dable, sin resquemor, dejar de actuar.

Ya es distinto asunto el muy complejo de la herida del abdomen, donde la duda, la sola duda de una perforación, plantea el problema de intervenir inmediatamente y no justifica la extendida, la torpe y falaz expectación, el hecho de que hubo casos en que con hacer nada más que esto, «contemplar los acontecimientos», curaron; pero en cambio, ¿cuántas veces hubo una «explosión de tranquilidad» y se precipitaron fenómenos graves que llevaron al enfermo rápidamente á la muerte?

Al referirme á los resultados obtenidos en la antes aludida campaña de Marruecos, en este mismo lugar, hablé de cómo los cirujanos militares en España, entre ellos Pagés, por no citar más que á los muertos, aunque no fuera más que por justísimo homenaje, había llegado á un 50 por 100 de curaciones de los intervenidos; y cómo la estadística, con cifras elocuentes, iba añadiendo éxitos á medida que la intervención se hacía más cerca del momento de la herida. Si bien en la práctica civil nos aproximamos mucho á las circunstancias en que se ocasionan las heridas de guerra, hay otros factores de índole individual, de agotamiento físico, de emoción, que ponen al sujeto en una situación que, parodiando la célebre frase del excelso Canalejas, «bordea ya la patología» y le ponen en condiciones de inferioridad.

Hay, sin embargo, casos (muy contados, es cierto, pero que no representan postulado) en que la no expectación, sino la suerte, nos permitió salir airosos; y aquí va uno de los más recientes que en nuestra práctica tuvimos.

Un hombre de veintiocho años, fuerte, sin taras, recibe un tiro casi á quemarropa é ingresa en nuestro servicio del

hospital, hace pocos días, con orificio de entrada en epigastrio, un poco á la derecha de la línea media, á unos 5 centímetros del apéndice xifoides, con dolor, pulso frecuente, sin fiebre ni vómito, pero con el vientre abombado y sumamente rígido en fosa ilíaca derecha y un poco por encima. No nos hace la impresión de ser una herida que perfora el intestino, aunque parece penetrante, y se conviene en hacerle radiografía por si aún puede suministrar algún dato sobre localización.

Cuando va á obtenerse, nos presentamos en el gabinete y procedemos á una radiografía; pero el proyectil luego se trasladó á distinto territorio, siempre dentro de lo que ya iba siendo un quiste, cuyo fin era la epiploitis y probable fijación á la pared ó á una víscera; y el epiplón hizo con él, de una manera burda, lo que hace con cualquier corpúsculo de algún tamaño que no puede absorber rápidamente, á pesar de la gran absorción que le caracteriza, y que yo, como otros, tuve ocasión de comprobar en el terreno experimental, en animales. Este papel defensivo, lo mismo en lesiones traumáticas é inflamatorias, su rápida adherencia y en las delicadas funciones que se le asignan, permiten tener en él la mejor colaboración, lo mismo espontánea que quirúrgica, pues aquélla nos da la norma de recursos técnicos que utilizamos á diario, bien practicando injertos libres ó pediculados que nos permiten defender de la perforación lesiones ó suturas dudosas.

El proyectil estaba un poco por encima del ciego, y apenas le podemos desplazar hacia arriba, mas se puede mover hacia la izquierda. Navarro Cánovas hace una localización con su cuadrícula y nos señala un punto en el que á los 3 centímetros de profundidad debe encontrarse. Este espesor corresponde aproximadamente al de la pared abdominal, y cuando nos decidimos á intervenir no encontramos el proyectil á pesar de haberle visto con la pantalla. Llegamos al peritoneo, y no se encuentra siquiera zona de contusión parietal; ensanchamos la herida é introduciendo un dedo tocamos el epiplón libre sin adherencia á la pared, y en cuyo espesor y cerca de su borde hay un nódulo del tamaño de una nuez.

Exteriorizamos el epiplón, y tiene un aspecto el dicho nódulo, rojizo; al apretarle entre los dedos da una sensación de renitencia como si hubiera líquido en su interior, y no obstante estar el enfermo apirético al abrirle, tiene pus y el proyectil en su interior estaba enquistándose. Resecamos el trozo correspondiente y el herido ha curado sin complicación.

Ha sucedido aquí lo que en tantos casos: que la herida fué penetrante de cavidad abdominal, pero no de víscera, y el epiplón acudió donde estaba el peligro á recibir el proyectil, como si fuera una hamaca, por la propiedad que le otorga la movilidad, y como si en el momento en que atravesase la piel y la capa muscular se hubiera verificado una contracción rápida del diafragma y de los músculos abdominales, cuyo resultado fuera el llevar dicho epiplón precisamente al sitio de la penetración. Luego de recibir el proyectil se plegó sobre él, y favorecido este plegamiento por la inmovilidad de la contractura primero, y de la paresia abdominal después, permitió que sus múltiples franjas se adhirieran rápidamente para aislarlo de la cavidad peritoneal. De modo que la localización con la cuadrícula pudo ser exacta.

\*\*\*

*El dolor.*—En estado fisiológico, cualquier estímulo producido en una víscera llega á la medula, y de ésta á vasos, músculos y otros órganos, ó al mismo punto del que partió, como reacción obligada, sin que nos demos cuenta.



Ahora bien; una lesión visceral produce un estímulo más enérgico, y entonces en la medula, las células vecinas, á las que ordinariamente le reciben, reaccionan según sus funciones respectivas.

Cuando el estímulo afecta al trayecto de un nervio sensitivo, se produce dolor y éste es referido á la distribución periférica del nervio.

Las vísceras son insensibles á los estímulos periféricos corrientes, y que producen dolor en la superficie, en la pared del cuerpo. Mackenzie recuerda que se demostró por Haller que las vísceras podían cortarse y quemarse mientras el animal comía indiferente, y hace la observación de que frecuentemente se intenta demostrar el dolor que produce la presión en los órganos, comprimiéndolos á través de las paredes del cuerpo; y que hay que tener en cuenta la sensibilidad peculiar de los tejidos estimulados de esta manera, puesto que el dolor producido al estimularlos es referido por el sujeto, objeto de experiencia, á otro tejido diferente; recuérdese que en la pared del cuerpo existen tres capas que son finamente sensibles al dolor: la piel, cuya sensibilidad aumenta en las enfermedades viscerales, acompañándose de contracción muscular exagerada; la capa muscular, que se excita rápidamente, y que la hipersensibilidad profunda se extiende más allá del órgano afectado, apéndice, estómago, riñón, etc.

La tercera capa sensible fué sospechada por Mackenzie cuando insinuando los dedos entre los rectos, en casos de úlcera gástrica, no llegaba á afectar al estómago con la presión, y confirmada luego por Ramström su existencia, viendo que el tejido celular subperitoneal está ricamente innervado, procediendo de la de los músculos parietales. El peritoneo, propiamente dicho, no es doloroso si es normal; pero si está ó estuvo inflamado ó con adherencias, sí lo es.

Teniendo presente la sensibilidad de estos tejidos, que aumenta en las lesiones viscerales, se puede calcular que es difícil medir la sensibilidad visceral por la exploración externa, y que ésta no nos da la medida más que del estado de la sensibilidad de la pared. El mismo autor, que concienzudamente hace muchos años estudia la interpretación del dolor visceral, cree que la situación del dolor no tiene relación alguna con la situación de la lesión, y que el dolor no se siente en el órgano, sino en los nervios sensitivos que se distribuyen por la superficie del cuerpo.

El estímulo del dolor no se limita á un segmento medular, sino que alcanza á distintos territorios de varios segmentos, y el dolor á distancia es explicable por la diferente innervación que reciben ciertos territorios de nervios cuyas ramas mandan también alguna á órganos lejanos; si estas ramas son estimuladas, duele todo el territorio conectado, y afecta á un órgano, si su innervación secundaria estuviese estimulada: dolor á distancia.

La manera de propagarse el dolor (irradiación) demuestra la verdadera naturaleza del visceral, siempre con una extensión mayor que la de la víscera interesada, debido á la extensión de la irritación, que abarca los extremos centrales de los nervios sensitivos en la medula, y por lo que se acompaña al llegar á otro segmento más arriba ó más abajo, de zonas de hiperalgnesia en la piel, lejanas en un principio, y por la repetición del estímulo, volver como respuesta, excitando el origen de los nervios que cubren el órgano afecto. El dolor, además, es el único reflejo sensitivo de las enfermedades viscerales, pues otros como el frío, calor, requieren muy probablemente el estímulo de los medios especiales, que únicamente se logran por artificios adecuados y privativos para excitar estas sensaciones, no impresionándose si se estimula su trayecto y sí en su ter-

minación. Al hablar de adherencias peritoneales insistiremos en el punto concreto de la influencia de la innervación de cada territorio: los nervios intercostales, por ejemplo, de distinta altura en su nacimiento medular.

Lo difícil es estudiar el acoplamiento de las zonas de hiperestesia cutánea en cada una de las lesiones viscerales, y más difícil aún la superposición de estas zonas cuando hay vísceras próximas enfermas, y cuyo estudio ha de dar otras muy extensas al investigarlas; y la hiperalgnesia cutánea se encuentra casi siempre en zona mal definida, pues los estímulos van por porciones del campo de distribución de una ó más raíces espinales. Los centros de estos nervios de la medula están en estrecha relación con los nervios simpáticos procedentes de la víscera afecta, que, aunque se la mueva y cambie de sitio, el dolor referido no cambia de localización, está siempre fijo en el mismo punto. Es sabido el hecho que las vértebras pueden ser sensibles cuando hay lesión visceral, dato que debemos su mar á los otros de dolores irradiados para cambiar ó desear la localización de la afección en determinados órganos, así como la contractura.

*Síndromes.*—Ante un enfermo que tiene dolor abdominal, defensa muscular y alguna zona de hiperestesia, pero que al mismo tiempo tose, hay que investigar si tiene una lesión puramente abdominal ó coexiste con enfermedad torácica. La exploración del tórax, lo mismo desde el punto de vista radiológico que por la auscultación y la percusión, nos dará elementos de juicio para eliminar un proceso agudo de pecho y fijarnos en el abdomen. Los síntomas agudos que en el abdomen pueden presentarse debemos investigarlos sistemáticamente: en las vías biliares, en el hígado y en el espacio subfrénico; infecciones de la vesícula biliar ó de los conductos biliares, abscesos del hígado y peritonitis subfrénica con exudado ó sin él.

Perforaciones agudas ó sobreagudas de úlceras de estómago y duodeno, dilatación aguda del estómago, dilatación aguda del duodeno, pancreatitis aguda y subaguda hemorrágicas ó supuradas. Esplenitis aguda, abscesos esplénicos, torsión del bazo de largo pedículo. Torsión del epiploón, epiploitis aguda supurada, trombosis y embolia de los vasos mesentéricos y supuración aguda de los ganglios. Por el lado del intestino delgado hay que tener presente la inflamación aguda del divertículo de Meckel, las distintas formas de íleo, especialmente la obstrucción, debida á adherencias congénitas ó adquiridas y la intususcepción, íleo paralítico, los divertículos del asa sigmoide, el vólvulo del intestino grueso, las enterocolitis y los divertículos rectales é inflamados.

En el ciego y apéndice, la inflamación aguda y crónica, incluso la tuberculosa, así como la infección secundaria del carcinoma apendicular y cecal; la infección aguda de los ganglios íleocecales.

Por parte del peritoneo, la peritonitis aguda de cualquier origen, incluso la propagada del aparato genital femenino, así como la peritonitis pneumocócica. La peritonitis tuberculosa subaguda secundaria de cualquier proceso apendicular tuberculoso ó genital.

El aparato génitourinario tiene las infecciones agudas del riñón y del tejido perirrenal, así como también los momentos agudos del cálculo ureteral y renal; las acodaduras del uréter, debidas á obstrucción por estrechez seguida de infección, que también pueden presentar los tumores del riñón. La torsión de un testículo no descendido, así como la inflamación abdominal del conducto deferente, da también síntomas agudos abdominales. El aparato genital de la mujer nos ofrece diferentes ocasiones de cuadros agudos de abdomen, de los que la torsión del pedículo de un quiste ovárico ó de un mioma subseroso es ejemplo notable; las



salpingitis y ovaritis agudas, solas ó complicadas con apendicitis, así como el embarazo extrauterino, pueden ser motivos de graves síndromes.

Eisendrath agrupa como causas de confusión en los síndromes de abdomen agudo las extraabdominales, como la pleuresía y neumonía, sobre todo diafragmática; y por lo que se refiere al sistema nervioso, los dolores ocasionados en la espina dorsal y medula, así como las crisis renales y gástricas de la tabes, sin olvidar los fenómenos de la histeria.

Es indudable que, por lo que se refiere á vías biliares, el síndrome agudo de abdomen es muy frecuente y el cólico hepático debido á cálculo por el paso de la vesícula al cóledoco, y por éste último, producido no sólo por la erosión, si que también por la distensión al retenerse el contenido acompañado por la mayor ó menor de las vías biliares con infección, sobre todo cuando ha habido ataques anteriores con ó sin ictericia ó expulsión de cálculos. En ocasiones puede presentarse el cuadro de cólico hepático sin cálculos, y es muy difícil entonces interpretar el cólico hepático por lo que se refiere al dolor con sus irradiaciones y á la rigidez en la región de la vesícula si hay ó no hay cálculo. Se ve con frecuencia que la irradiación del dolor es hacia el hombro derecho y espalda, cuya intensidad llega á producir el colapso en ocasiones. También hacia el hombro izquierdo se irradia en algunos momentos, y en cualquiera suele haber aumento de temperatura y vómitos biliosos que contribuyen al malestar y á la sensación de angustia que el enfermo experimenta. Con frecuencia se les ve ceder momentáneamente y hasta desaparecer del todo, como he tenido ocasión de comprobar en un caso de hidropesía vesicular con cálculo en la embocadura del cístico, en que al dolor provocado al intentar forzar el paso el cálculo, se añadía la distensión más acentuada de la vesícula por el líquido contenido y en el que indudablemente, al retroceder del cístico á la cavidad vesicular, se vaciaba ésta y desaparecía el contacto con el conducto. En ocasiones, avanzando en las vías biliares hacia el duodeno, provoca con la retención biliar, ictericia y el aumento de volumen de la vesícula, que es palpable cuando cede la defensa muscular del recto derecho; pero no podemos fiarnos en la aparición de la ictericia, para juzgar si hay ó no cálculo en el cóledoco. También puede aparecer la ictericia con fenómenos dolorosos menos agudos, en los casos de infección de las vías principales y aun sin ella, cuando hay estrictura en la ampolla de Water; conformación anatómica que puede predisponer á la obstrucción, bien sea por la detención de un cálculo, por úlceras del duodeno, por pancreatitis, etc., etc., del mismo modo que las acodaduras congénitas ó adquiridas por lesiones extrahepáticas de órganos próximos. La inflamación del cóledoco, si es que podemos admitirla en clínica, separada del resto de las vías biliares, puede producirse por la detención del cálculo siempre acompañada de infección y de ictericia con acolia. El dolor por sí no significa infección, y en los casos en que el cóledoco es el más responsable del síndrome, se acerca á la línea media. En cambio, acompañado de escalofrío y fiebre, es signo de infección que, además, se comprueba por el examen de la sangre. La infección hepática, proceso que sería muy entretenido comentar, tiene momentos álgidos en que la intervención del cirujano puede ser urgente y salvadora. Conforme hoy comprendemos el cólico hepático, el papel mecánico que antes desempeñaba el cálculo ha quedado á segundo término, es más amplio (como dice Bravo, en su magnífico trabajo acerca de la litiasis biliar), sin que esté ligado exclusivamente á la litiasis, si bien en esta enfermedad se presenta con frecuencia y es la infección la responsable; deter-

mina cambios en la vesícula, moviliza los cálculos, y éstos, por su cuenta y emigración, tal vez produzcan trastornos secundarios, aunque importantes, y que desde el punto de vista del abdomen agudo puedan ser trascendentes.

La distensión vesicular y de los conductos biliares determinada por la infección, sin que tenga que intervenir el cálculo, es aceptada hoy.

La situación de la vesícula biliar más ó menos hundida en el parénquima hepático, formando el peritoneo en ocasiones un meso, hace que las inflamaciones agudas tengan siempre trascendencia para el enfermo, y que el cuadro clínico sea, leve ó grave, casi siempre peritoneal.

Lo importante es considerar cómo la vesícula, al igual que el apéndice, al infectarse, infecta inflamando el peritoneo. Si las sucesivas crisis han determinado peritonitis parciales, cuyos exudados se han reabsorbido, queda, sin embargo, la reliquia de las adherencias más ó menos íntimas con los órganos próximos.

La infección sobreaguda de la vesícula no da tiempo al peritoneo para defenderse y defenderla, y al dolor intenso se añade, con la contractura, el colapso, que viene con la perforación, del que si reacciona el enfermo, puede producirse una peritonitis sobreaguda que mata en seguida. Es posible que la intervención no llegue á tiempo, por rápida sea.

(Continuará.)

## Bibliografía. (1)

MICROMETODOS Y SEMIMICROMETODOS APLICADOS Á LOS ANÁLISIS QUÍMICOS DE LA SANGRE Y DE LOS HUMORES, por el Dr. Duropt, jefe de Laboratorio de la Facultad de Medicina de París. Un volumen en 82.º, 268 páginas, 22 figuras, encuadernado en tela, 15 francos.

Hasta el momento actual, la literatura alemana y americana puede decirse que eran las solas en que se encontraban tratados de técnicas microquímicas y aun en éstas no se encontraban reunidos en un solo manual todas las que interesaban al médico.

El mérito del Dr. Duropt en su obra está en presentar un verdadero prontuario de análisis químico cuantitativo aplicado á las pequeñas cantidades de sangre ó de líquidos orgánicos. El interés de estas técnicas no puede escapar á ningún médico y la posibilidad de dosificación de los nitrógenos, el azúcar, el amoníaco, los cloruros, la alcalinidad, las grasas, la colesteroína, el ácido úrico y el agua de la sangre con dos ó tres gotas de este líquido es susceptible de poder aportar á la clínica progresos de importancia. El Dr. Duropt nos presenta en primer lugar los micrometodos ofreciendo igual exactitud que los macrometodos con la ventaja de no necesitar un personal selecto ni un material de alta precisión. Los métodos por él estudiados no exigen más que la observación de los numerosos detalles en los que estamos iniciados desde la lectura del primer capítulo referente á las reglas generales del microanálisis.

Pasa después á la exposición de los diversos micrometodos, dedicando un capítulo á los que él llama semimicrometodos que proceden de los mismos principios que el análisis químico ordinario, pero que se aplican á las pequeñas cantidades de líquidos orgánicos ó de sangre.

Por último, el análisis del gas sanguíneo que parece ser de la última actualidad, lo trata en un capítulo especial exponiendo métodos al alcance de todos.

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



En nuestro siglo de superactividad en que el tiempo tanto se estima, el médico pierde la mitad del suyo en los necesarios cambios de lugar á que obligan los macrométodos; por esto, es de estimar la aportación de medios para utilizar este tiempo perdido, que se hacen preciosamente en este manual de edición manejable y selecta que le hace un verdadero libro de lección para los médicos.

## Periódicos médicos.

### HISTOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Influencia del plomo en el crecimiento celular, normal ó anormal, por W. Blair Bell.**—Tratando de hallar substancias capaces de detener el desarrollo y la proliferación celular, y después de haber tratado en vano de aislar la substancia que en el feto inhibe y suspende el desenvolvimiento del epitelio del corión, se le ocurrió al autor utilizar el plomo, cuyas propiedades abortivas son bien conocidas y atribuibles á la acción directa del veneno sobre las células embrionarias del epitelio del corión; las hemorragias placentarias y las contracciones uterinas no son más que fenómenos secundarios. Como el plomo, por otra parte, ejerce acción electiva sobre ciertos elementos (células nerviosas, células seminales, hematíes, células embrionarias) que tienen de común su riqueza en fosfátidos y especialmente en lecitina, ofrecía interés estudiar á fondo la influencia del plomo en el crecimiento de las células normales y anormales, objetivo íntimamente ligado al problema del cáncer.

Auxiliado por numerosos colaboradores especializados y bien retribuidos, Blair ha estudiado la cuestión bajo todos sus aspectos, habiendo obtenido resultados que, aunque requieren ulterior comprobación, no por eso son menos alentadores.

Entre los fenómenos puestos de manifiesto por el estudio toxológico, señalamos la acción del plomo sobre las fibras musculares del intestino y del útero: lejos de excitar su contracción, la inhibe ó dificulta.

El plomo ejerce acentuada influencia sobre el crecimiento de las células normales, así sobre las células vegetales (retardo del desenvolvimiento de las raíces de bulbos de jacinto, reducción de la capacidad de germinación de las semillas de la mostaza y de los berros) como sobre las células animales (deficiencias de germinación de los huevos de rana, después de colocados en soluciones de acetato de plomo, aun cuando estén dili en la proporción de 1 : 100.000; retardo del crecimiento de los renacuajos). Hecho notable es el de que la intensidad de la acción inhibitoria ejercida por el plomo es proporcional á la capacidad de crecimiento que poseen las células. Cuanto más en vías de proliferación activa se hallan las células, tanto más se hace sentir la acción del plomo: los huevos de rana son mucho más sensibles que los renacuajos y éstos son tanto más influenciados cuanto más jóvenes son; las ranas adultas no parecen afectadas. El plomo ejerce, pues, un efecto verdaderamente específico sobre el crecimiento. Esta propiedad es puesta aún más de manifiesto por el estudio histológico del mecanismo del aborto saturnino: el epitelio del corión, dotado de una actividad de proliferación tan notable que recuerda por ciertos conceptos la de los tumores malignos, queda completamente destruido tras una inyección de plomo coloidal. Las lesiones producidas parecen guardar paralelismo con la riqueza en fosfátidos de los órganos; estas substancias abundan en los huevos y en los seres jóvenes. Así se explica que en éstos

sean generales los efectos del plomo mientras que son locales en los individuos adultos. Pero la demostración química de esta reacción entre el ión de Pb y los fosfátidos, y en particular la lecitina, aún falta.

La acción del plomo sobre el desenvolvimiento anormal de las células no es menos notable. No siendo posible juzgar directamente por el examen histológico de los tejidos neoplásicos, hay que fundarse en la clínica. Desde fines del 1920 han sido tratados 122 cancerosos por el plomo. En estado de sal, y aun en el estado de yoduro de plomo parcialmente cordial, el plomo es demasiado tóxico para poder ser empleado sin peligro en el hombre; se ha usado el plomo coloidal, preparado por un procedimiento análogo al de Bredig, en inyecciones intravenosas. Algunas horas después de la inyección, que va seguida ordinariamente de reacción general intensa, casi siempre se presentan dolores en el campo de la neoplasia. Tras varias inyecciones por lo general sobreviene edema periférico si se trata de un epiteloma; cuando se trata de un sarcoma suele presentarse reacción congestiva local acompañada de fiebre. Después, si ha de evolucionar favorablemente, el tumor adquiere un aspecto lobulado y se fragmenta, debiendo ser entonces sometido á la radioterapia. Los sarcomas pueden fundirse ó reabsorberse. Es frecuente que al mismo tiempo los pacientes aumenten de peso, pero pueden presentar síntomas de saturación, benignos si el tratamiento es convenientemente dirigido.

De los 122 cancerosos tratados, inoperables casi todos y la tercera parte de ellos afectados de neoplasmas secundarios, 19 pueden ser considerados como curados; 6 presentaron una suspensión en la evolución del tumor desde hace uno ó dos años; 6 se hallan todavía en tratamiento, habiendo mejorado; uno murió de enfermedad intercurrente después de haber presentado una suspensión en la evolución del tumor; 20 murieron casi al principio del tratamiento; 30 murieron sin haber presentado mejoría; 13 después de mejoría pasajera, y 18 interrumpieron el tratamiento. Es necesario que transcurra tiempo para juzgar definitivamente de los resultados; pero éstos no dejan de ser alentadores. (*The Lancet*, P. L. Marie; *La Presse Medicale*, 29 de Marzo de 1924.)—  
PELÁEZ.

### ODONTOLOGIA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Los trastornos oculares de origen dentario, por Camille Fromaget.**—Estos trastornos, señalados desde hace más de un siglo, han sido objeto de interesantes investigaciones que el oftalmoscopio asociado á la radiografía y á la bacteriología ha permitido estudiar bajo nuevos aspectos, especialmente después del descubrimiento de las lesiones periapexianas invisibles, orígenes de accidentes septicémicos descritos en América bajo el nombre de infección focal. Tales trastornos pueden manifestarse ya en el momento de la erupción dentaria, la cual se acompaña de múltiples perforaciones de la encía que constituyen puertas de entrada para todos los gérmenes de la cavidad bucal y, en particular, para la tuberculosis que tan frecuentemente ataca en la infancia á los ganglios cervicales y submaxilares. Son además causas importantes todas las enfermedades del diente y del alvéolo: la caries con sus complicaciones, las periodontitis, abscesos, fístulas, fluxiones, osteoperiostitis circunscritas ó difusas, osteomielitis, piorrea alveolar y cuerpos extraños. La terapéutica dentaria debe ser también considerada como un factor importante: los desastres ocasionados por una extracción poco afortunada son demasiado numerosos; á los



cuales hay que unir en la actualidad las infecciones periapexianas silenciosas que resultan de cuidados conservadores insuficientemente asépticos, los focos recubiertos por las amalgamas, las coronas de oro y las dentaduras que dan lugar á focos infecciosos periapexianos: granulomas, quistes y abscesos que no pueden ser descubiertos más que por la radiografía.

Los trastornos oculares observados son relativamente poco frecuentes en comparación con las lesiones dentarias tan numerosas que se observan en todas las bocas, pero ello quizá sea debido en gran parte á que pasan desapercibidos para los oculistas por no buscar sistemáticamente esta etiología ni concederle la importancia que indudablemente adquirirá en el porvenir.

Las complicaciones oculares que determinan las lesiones dentarias son: 1.º, complicaciones de vecindad; 2.º, complicaciones á distancia. Las primeras pueden recaer, ó sobre el aparato lagrimal ó sobre la órbita, que son las más graves. Las periodontitis, osteoperiostitis, osteomielitis y sinusitis conducen algunas veces á la fluxión orbitaria y más frecuentemente al flemón que puede acarrear la pérdida de la visión, la destrucción del globo y aun la muerte por meningitis y absceso del cerebro ó por flebitis de las venas oftálmicas y de los senos cavernosos. El mecanismo de estas complicaciones es bien conocido: la propagación se hace por continuidad y por contigüidad por las vías osteoperiostica, celular, linfática y venosa.

Las complicaciones á distancia dan lugar, por parte de los anejos del ojo, á trastornos sensitivos, motores y secretorios. En lo que respecta al ojo propiamente dicho, tales complicaciones pueden recaer sobre cualquiera de sus partes, pero más especialmente sobre la córnea, la úvea, el nervio óptico y la retina. Las queratitis revisten en general la forma ulcerosa con trastornos anestésicos que recuerdan el tipo neuroparlítico. Las uveitis son las complicaciones más comunes bajo la forma de iritis, de ciclitis, de coroiditis, de iridociclitis, de coriorretinitis y de panoftalmia, las cuales se acompañan ordinariamente de modificaciones en la tensión ocular y revisten el tipo glaucomatoso. Las neuritis y las neurorretinitis han sido también observadas con frecuencia. En la retina se presentan flebitis, arteritis, embolias y desprendimientos. Todas estas afecciones oculares determinan en definitiva, por parte del aparato visual, trastornos sensitivos, motores, vasomotores, oftalmotónicos, secretorios, trópicos y sensoriales. Los primeros son debidos á la irritación ó á la infección del trigémino. Los segundos dependen de alteraciones reflejas de los centros motores: excitación ó parálisis. Todos los demás se hallan bajo la dependencia del simpático de donde emanan los vasomotores que regulan el calibre de los vasos: del simpático depende el tono ocular, del parasimpático craneano dependen los trastornos secretorios, y en los trastornos tróficos se afirma asimismo el papel del simpático.

Ahora bien; todos estos trastornos á distancia, aparte de los puramente mecánicos, tienen por origen una infección microbiana: ora el foco dentario obra localmente irritando é infectando las terminaciones del trigémino y del simpático y determinando trastornos reflejos sin penetración del germen en el ojo; ora el germen procedente del foco infeccioso es transportado por la circulación al ojo mismo, donde determina alteraciones más ó menos graves. En casi todos los casos puede comprobarse que la lesión ocular asienta en el mismo lado que el foco dentario, cuya unilateralidad — la primera ley de los reflejos —, indica ya el papel importante del sistema nervioso en estos trastornos oculares.

Las perturbaciones reflejas, sin infección ocular, se ex-

plican fácilmente por la irritación de los filetes del trigémino: la vía centripeta del reflejo está constituida por él; las vías centrifugas pueden afectar, ora los nervios de la vida de relación, ora á los nervios de la vida organovegetativa. Los nervios motores de los ojos y de los párpados corresponden á los primeros. Pero el papel más importante parece ser debido á la reacción de la vía organovegetativa: simpático y parasimpático.

Los trastornos visuales pasajeros pueden explicarse por las modificaciones de la pupila y de la acomodación y por las perturbaciones circulatorias que se producen en el nervio óptico, la retina y la coroides. Las perturbaciones vasomotoras persistentes pueden determinar trastornos tróficos, y, en general, todo trastorno reflejo complicado de infección ocular es producido por lo que se llama en América «focal infection».

¿Cómo tiene lugar esta infección? Una sola teoría es posible: las bacterias extraídas de la pulpa ó del alvéolo por los linfáticos y las venas dentarias son arrastradas á la circulación general y transportadas al ojo ó á cualquier otra parte del cuerpo por la vía arterial. En este caso serían las arterias ciliares y la central de la retina las que introducirían el germen en la cápsula ocular. La infección ocular es de origen hemospórico ó septicémico, y la localización del germen en el ojo es favorecida por el tropismo del microbio y por el *medio favorable* que resulta de las perturbaciones reflejas del simpático. La infección es, pues, la causa determinante, y la reacción simpática es la causa predisponente, localizadora.

Ahora bien; para afirmar la etiología dentaria de una afección ocular no basta la comprobación de que el enfermo tiene mala boca, sino que es preciso establecer de un modo claro la relación de causa á efecto, por medio de exámenes bacteriológicos de los focos dentarios, periorbitarios ó oculares; habiendo necesidad en los hemospóricos de hacer hemocultivos. Cuando no se han hecho exámenes bacteriológicos ni radiográficos (que son los únicos que pueden descubrir todos los focos dentarios ó periapexianos), solamente se podrá afirmar el origen dentario en el caso de que, por una terapéutica exclusivamente dentaria, se haya conseguido con rapidez una curación que no había podido lograrse por ninguno de los otros medios conocidos hasta entonces. El tratamiento curativo consiste en la avulsión del diente culpable y en la desinfección del foco alveolar. La extracción se impone desde luego en todos los casos graves ó de marcha rápida, ya sean debidos á una infección de vecindad ó á una hemosporia; cuando no haya peligro inmediato, se puede intentar la conservación del órgano, suprimiendo los focos infecciosos. El tratamiento local podrá ser completado con la autovacunación, aunque hasta ahora no ha producido resultados demostrativos. En ciertos casos resultarán de suma utilidad las inyecciones intravenosas ó intramusculares, mercuriales y arsenicales.

El tratamiento profiláctico es de la mayor importancia y consistirá en una higiene dentaria rigurosa, en la extirpación de todas las raíces y de todos los dientes descoronados y en el tratamiento de los dientes cariados, de la piorrea, de los abscesos alveolares y de los focos periapexianos.

Gracias á los procedimientos modernos de desinfección de los canales dentarios y á los progresos de la asépsia y de la antisepsia dentarios, se pueden conservar algunos dientes enfermos sin necesidad de sacrificarlos todos, pues aun cuando la esterilización absoluta es una ilusión, en la práctica se pueden obtener resultados positivos y duraderos.

La infección periapexiana no es fatal, y aun puede llegar á ser excepcional, si el dentista lleva á cabo tan aséptica-



mente como le sea posible todos los actos de la pulpectomía, de la desinfección y de la obliteración. Por otra parte, estos resultados deberán ser comprobados por la radiografía que pondrá de manifiesto la habilidad ó la insuficiencia del acto operatorio. Más tarde, los exámenes radiográficos repetidos permitirán asegurarse del mantenimiento de la curación ó de la aparición de focos periapexianos que podrán ser destruidos por un tratamiento quirúrgico apropiado, preferible en todo caso á la roengenterapia y á la curieterapia que no han producido hasta ahora resultados alentadores.

La radiografía es, para terminar, un medio de diagnóstico y de control tan indispensable para el dentista como la oftalmoscopia para el oculista. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 46, París, 7 de Junio de 1924).—T. R. Y.

## PSIQUIATRIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La imaginación en los afásicos, por Noica.**—Comparando el autor sus enfermos afásicos sensoriales con los afásicos motores, ha observado que los primeros rehúsan dar á los objetos que tienen entre sus manos otro empleo que el propio: por ejemplo; un portaplumas entre las manos de un afásico sensorial no sirve más que para escribir; un bastón para caminar, etc. Esto es así, en el caso en que reconozcan el objeto que se les ha puesto en las manos; de otro modo, es decir, en el caso en el que sean agnósicos serían capaces de comer un trozo de jabón imaginándose que es una fruta. Contrariamente á éste, el afásico motor puede, si se lo pedimos, servirse de un portaplumas para simular un martillo y golpear con él un clavo; ó con un bastón simular un clarinete, etc. Esto ha sugerido al autor la idea de buscar cómo es la imaginación representativa en los afásicos. El resultado ha sido el siguiente: el afásico sensorial ha perdido la imaginación representativa, mientras que el afásico motor la ha conservado muy bien. Podría temerse que el afásico sensorial no comprendiera bien las preguntas, pero el autor afirma haber tomado todas las precauciones para evitar este error. Podría decirse también que el enfermo era agnósico, es decir, que no conocía el instrumento que el autor quería hacerle imaginar, pero tampoco era así porque cuando se daba al enfermo el violín y el arco, los colocaba muy bien y esbozaba los movimientos habituales. Al instante que se le ocultaba el violín y se le daba un minuto después dos pedazos de madera, el enfermo no podía imaginarse que tenía entre las manos un violín y un arco para servirse de ellos. El autor ha visto esta pérdida de imaginación acompañarse también de apraxia. Por ejemplo, un afásico sensorial no ha podido imaginarse teniendo entre las manos un lápiz y un portaplumas, que lo primero era un clavo y que lo segundo era un martillo á fin de hacer penetrar el lápiz en la plancha que estaba delante de él (trastorno de imaginación). Entonces el autor le dió un clavo y un martillo verdaderos, comprendiendo el enfermo así de lo que se trataba y tomando el clavo con la mano izquierda le colocó en la plancha y después cogió el martillo con la derecha. No quedaba ya más que hacer el movimiento de golpear con el martillo en la cabeza del clavo, pero el enfermo había olvidado cómo se clava un clavo y se contentaba con frotar el clavo sobre la plancha, buscando probablemente de hacerle penetrar así en la madera. Todo esto no tiene nada de extraordinario porque se sabe que los afásicos sensoriales son también apráxicos. ¿Cómo explicar esta pérdida de imaginación representativa? Parece sencillo: el autor la atribuye á la pérdida de la memoria de evocación visual de los objetos cono-

cidos. Para que, teniendo un bastón en la mano, podamos imaginarnos que es un violín y simular el gesto de una persona que toca el violín, es preciso que la memoria de evocación visual funcione normalmente; dicho de otro modo, es preciso que delante del bastón completemos, con ayuda de la imaginación, todos los detalles de las partes que componen un violín. Pero si la memoria está turbada y hasta perdida, no hay nada que hacer, es como si, por ejemplo, se pidiera á una persona normal imaginarse un instrumento de música que nunca haya visto. No se pueden encontrar trastornos semejantes en los afásicos motores porque éstos han conservado bien la memoria de las cosas aprendidas por la percepción visual. (*Société Roumaine de Biologie, Compt. Rend. de la Soc. de Biologie*, núm. 27, 1924, pág. 747.)

## BACTERIOLOGIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **La reacción de Dick en los sujetos normales y en los casos agudos y convalecientes de escarlatina.**—El Dr. Abraham Zingher después de un estudio detenido de esta reacción, tanto en sujetos normales como en los afectados de escarlatina, establece las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La reacción de Dick es un índice fidedigno de la inmunidad y susceptibilidad á la escarlatina.

2.<sup>a</sup> En conjunto con la inmunización activa con la toxina escarlatínica, ayudará á resolver el problema del dominio de la escarlatina.

3.<sup>a</sup> Sirve para indicar las personas susceptibles que necesitan la inmunización pasiva con antitoxina escarlatínica. La posibilidad de interpretar la reacción á las doce horas, es de mucho valor clínico. Hasta la fecha, siete de los reactores positivos y ninguno de los negativos han contraído la escarlatina.

4.<sup>a</sup> Ayuda en el diagnóstico de los casos dudosos de escarlatina. Una reacción fuertemente positiva al principio de la enfermedad y de nuevo tardíamente en la convalecencia, milita contra el diagnóstico de escarlatina. Una reacción negativa precisa durante los primeros dos días de la erupción, también debe ponernos en guardia, pues quizás no se trate de escarlatina. Una reacción negativa, por lo general, no se presenta sino del sexto al décimo día de la enfermedad, cuando ha desaparecido la erupción.

5.<sup>a</sup> Otras aplicaciones de la cutirreacción consisten en el estudio de la naturaleza específica de la toxina producida por distintas razas del estreptococo hemolítico. Esto sería de valor en el diagnóstico de los casos dudosos, en la clasificación de los estados clínicos provocados por el estreptococo hemolítico, pero sin erupción escarlatínica y en la identificación de los portadores. Quizás hasta podría exigirse antes de dar de alta á los convalecientes de la escarlatina, que no alojaran los microbios específicos.

6.<sup>a</sup> La aplicación de la reacción dará nuevo impulso al estudio de la escarlatina para determinar si comprende una sola entidad clínica, ó si, como se ha supuesto desde hace tiempo, comprende varias enfermedades con semiología semejante, pero no forzosamente asociadas con las razas específicas del estreptococo hemolítico de la escarlatina.

7.<sup>a</sup> La escarlatina es una infección tóxicobacteriana combinada, provocada por un estreptococo hemolítico específico. La inmunidad consecutiva á un ataque es antitóxica y no en modo alguno antibacteriana. Prueba de esto es que los convalecientes que acusan una reacción de Dick negativa, pueden manifestar complicaciones sépticas secundarias, producidas por el estreptococo específico. La permanente inmunidad antitóxica consecutiva á la dolencia, ex-



plica la falta de segundos ataques de escarlatina. Sin embargo, es posible que, en los repuestos de la escarlatina, pueda provocar el estreptococo hemolítico infecciones subsecuentes, sin erupción. También podrían presentarse éstas en los que acusan una reacción negativa de Dick.

8.<sup>a</sup> La toxina diluida se conserva bien y puede repartirse en esta forma. Hemos indicado una prueba de testigo por medio de toxina calentada al punto de ebullición en un baño-maria durante una hora, para identificar la seudorreacción.

9.<sup>a</sup> Los resultados con la reacción de Dick en los sujetos normales indican que el porcentaje de los susceptibles es muy semejante al de los susceptibles a la difteria, determinado por medio de la reacción de Schick.

10. La aplicación de la reacción de Dick, en el primer período de la escarlatina, acusó resultados positivos en los 141 pacientes comprobados. Las reacciones pronto se volvieron menos positivas y resultaron negativas del séptimo al décimo día de la enfermedad.

11. De 170 escarlatinosos comprobados durante la convalecencia, 158, ó sea 93 por 100, acusaron una reacción negativa de Dick. Hay alguna duda acerca del diagnóstico en la mayor parte de los otros doce pacientes. En la convalecencia de la escarlatina, pueden producirse reacciones positivas con diluciones más poderosas de la toxina (1,100). Por lo tanto, es necesario practicar estudios comparativos para descubrir una dilución tipo de la toxina.

12. La inmunización activa con la toxina escarlatínosa es un procedimiento seguro, sin que produzca síntomas orgánicos, si se aumenta gradualmente la dosis. El método mejor de aumentarla es por dosis de cutirreacción, representando cada inyección 100, 250 y 250 dosis de cutirreacción para los niños de menos de doce años, y 100, 250 y 250 dosis de cutirreacción para las personas de más de doce años. Las inyecciones se administran con intervalos de una semana. Los resultados inmunizantes parecen alentadores. Una gran proporción de los individuos seleccionados revelan seudorreacciones, lo que indica la necesidad de pruebas de testigo.

13. La purificación de la toxina, por medio de la precipitación con cloruro de sodio y ácido acético, proporciona una preparación muy apropiada para la reacción y la inmunización activa.

14. El tratamiento de la toxina con formaldehído para privarla de casi todas sus propiedades tóxicas, sin afectar su valor antigénico, parece constituir un tiempo importante en la inmunización activa contra la escarlatina.

15. El suero antitóxico neutraliza una proporción múltiple de toxina escarlatínosa. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1.º de Septiembre de 1924.)

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. La cuestión de los tumores malignos primitivos de la pleura, por el Dr. Ch. Massias.—Es clásico admitir que los tumores malignos primitivos de la pleura son raros, y siempre ha sido de gran dificultad la clasificación de los tumores pleurales malignos a causa, sobre todo, de la significación histológica dada a la capa de revestimiento de las serosas, que es un endotelio para los unos y un epitelio para los otros. A propósito de un caso personal de epitelio primitivo pleural, el autor trata de responder a las cuestiones: ¿Qué es el endotelioma de la pleura? ¿Es un epitelio-ma? ¿Cuál es su origen? ¿Qué debe entenderse por epitelio-ma del celoma? Del examen histológico del caso personal y del estudio de otras 7 observaciones recogidas en la literatura,

el autor llega a la conclusión de que el antiguo endotelioma pleural es en realidad un epitelio-ma; el tumor nace a expensas de la capa de revestimiento de la serosa y no a expensas del endotelio de los linfáticos. Además, la existencia de tumores papilares pleurales demuestra su naturaleza epitelial; y por otra parte, el tejido de revestimiento pleural es un epitelio, el epitelio celómico, por lo tanto, el epitelio-ma pleural es una forma del epitelio-ma primitivo del celoma. El epitelio pleural puede dar lugar, más bien por desviación neoplásica que por inclusión fetal, a epitelio-mas que presentan a veces una disposición papilar en los sitios en que su desarrollo es completo. Acompañan al trabajo 7 láminas en negro y una nutrida bibliografía (160 publicaciones).—(*Archives Françaises de Pathologie Générale et Experimentale et d'Anatomie Pathologique*, núm. VI, 1923).—E. LUENGO.

2. Degeneración amiloidea local del pulmón, por el Dr. M. Ecoffey.—Los casos de degeneración amiloidea local del pulmón son raros. El interés del que describe el autor reside en una coloración atípica de la substancia amiloide, y, además, en la localización constante de esta coloración en la vecindad del tejido elástico, lo cual no ha sido nunca observado. Trátase de un hombre de ochenta y ocho años, fallecido a consecuencia de una fractura del cuello del fémur. Siempre gozó de buena salud; en la autopsia se encontraron las siguientes lesiones: arterioesclerosis generalizada; arterioesclerosis de las válvulas del corazón, sobre todo aórtica y mitral; insuficiencia aórtica; atrofia gris del miocardio; hipertrofia excéntrica del corazón; degeneración amiloidea de los bordes del pulmón derecho; enfisema pulmonar senil y antraeosis; atrofia senil del bazo; atrofia senil y arterioesclerosis de los riñones; fractura extracapsular del cuello del fémur derecho. Del estudio llevado a cabo por el autor acerca de este caso, se deduce que la degeneración amiloidea podría ser debida a trastornos locales de nutrición (y a una alteración de la sangre en relación con la senilidad y la arterioesclerosis). La presencia de masas amiloideas ocasiona la destrucción del tejido elástico, una inflamación reactiva y la neoformación de hueso. La substancia amiloidea no contiene ácido condroéctrico-sulfúrico. La coloración atípica de la amiloidea se localiza de manera constante en los sitios en que existe tejido elástico. La causa quizá pueda buscarse en una impregnación de la substancia amiloide por la elastina alterada.—(*Archives Françaises de Pathologie Générale et Experimentale et d'Anat. Pathologique*, Fasc. VII, 1924).—E. LUENGO.

## PARASITOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Disenteria por lamblia tratada con tetracloruro de carbono, por M. Khalil.—El autor cita tres casos en los que se encontraban quistes de *Lamblia* en las heces; los enfermos presentaban diarrea disenteriforme. Fueron tratados con tetracloruro de carbono, seguido dos ó tres horas más tarde por un purgante de sulfato de magnesio. Los quistes habían desaparecido a los dos días y los síntomas también. Durante dos meses de observación no hubo señales de recidiva. Los enfermos fueron dos niños, de tres y cuatro años, y un adulto de veinticinco; las dosis fueron XX gotas para los niños y 5 c. c. de tetracloruro para el adulto. (*The Journal of Trop. Med. and Hygiene*, núm. 18, 15 de Septiembre de 1923).—LUENGO.



## 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 Carlán. — La evolución de las Ciencias Médicas y la Facultad de Medicina de París, por el Profesor H. Roger. — Los titulares reaccionan, por S. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal. — Sección oficial: Guerra. — Gracia y Justicia. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

## Boletín de la semana.

La higiene municipal. — Inauguración de la Academia Médico-Quirúrgica.

Las imposiciones de la necesidad, la evidencia de los abusos y la alarma egoísta de los intereses creados, han puesto en estos últimos tiempos á la orden del día asuntos que nunca debieran haberse tenido en olvido, por nuestra Corporación municipal madrileña y por los que al frente de ella se han encontrado. El problema de la vivienda, el abastecimiento de las aguas, la carestía de las subsistencias y la cuestión de las carnes frescas y congeladas vienen ocupando con predilección á la Prensa y parece que han conseguido enfocar la atención del Concejo madrileño. Hállase, por fortuna, al frente de éste un hombre joven, independiente, desinteresado y culto, que viene dando muestras de bien orientados deseos al abordar cuestiones que, por lo visto, le preocupan más á él solo que á todos los que en ellas debieran preocupar. Por mucho que deseemos que el señor conde de Vallengano vea coronados por el éxito sus buenos propósitos, la experiencia y la práctica no interrumpida de tantos años nos hace que lo dudemos, pues aun estimando en lo que valen el brío y la perseverancia de un solo hombre, no será maravilla que se vean vencidos por las resistencias pasivas que ha de hallar en los organismos que debieran secundarle y en los que fuera de ellos se han de sentir heridos por las justas reivindicaciones del interés público que á su vez venían ellos ofendiendo.

La moción relativa á lo que se llama el problema de la vivienda, presentada por el señor alcalde de Madrid y que viene siendo objeto de comentarios en la prensa, aunque parezca que á nosotros no nos competa de un modo directo, es, sin embargo, la más necesitada en Madrid de una pronta y radical resolución.

Por mucho que se nos impongan y por algo que se nos alcancen los aspectos jurídicos del árido problema, no hemos de tratarlos limitándonos exclusivamente al que en la cuadrícula distributiva (siquiera sea artificiosa) de las competencias se nos

confiere, ó por lo menos no se nos haya hasta ahora negado. Por hoy hemos de limitarnos á decir, alentando en lo que nos sea dable al Sr. Conde de Vallengano, que el aspecto higiénico del problema de la vivienda, es el más importante de cuantos problemas sanitarios pueden ofrecerse á la solución y á los organismos oficiales interesados en el bienestar y en la prolongación de la vida de sus administrados.

La casa espaciosa, bien aireada y bien iluminada por la luz natural, con ventilación suficiente y proporcionada para sus moradores, importa más á la salud de éstos que la misma alimentación, que el vestido y que la forma de ejercicio en su trabajo. Importa más, sí, porque ella representa garantía y colaboración eficaz en la alimentación, abrigo y comodidad en el ambiente, bienestar y complacencia en los ejercicios todos de la vida.

Como éste es asunto digno de ser tratado más despacio, así hemos de hacerlo, y si deploramos, al pronosticarlo, que el señor alcalde ha de tropezar con viva y vigorosa oposición en el logro de su justo empeño, por nuestra parte le ofrecemos nuestra colaboración desinteresada, asidua y decidida, que aunque no sea jurídica, alguna importancia ha de tener al estar inspirada en el desinterés, en la verdad científica y en el patriotismo.

La simpática y ya tradicional Academia Médico-Quirúrgica Española ha dado, como en otros años, ejemplo de su entusiasta actividad inaugurando el lunes último las sesiones del curso de 1924 á 1925.

Presidió el acto, que se efectuó en el local del Colegio de Médicos, S. A. R. el Infante y doctor médico D. Luis Fernando de Baviera, miembro honorario de la Corporación y persona que de continuo muestra su más vivo afecto á las clases médicas españolas.

La Memoria de secretaría estuvo á cargo del Sr. Sanchís Bantús, quien como es bien sabido representa una de las personalidades más prestigiosas de la juventud médica nacional, ya no en esperanza, sino en evidentes consagraciones. Leyó el dis-



curso doctrinal el presidente de la Academia señor Cifuentes, y con sólo decir esto y añadir que versó su trabajo acerca del interesante punto de la especialidad que cultiva con merecido éxito, pues se trató de las complicaciones *post-operatorias* en la Cirugía renal, hemos dicho cuanto teníamos que decir para asegurar que fué oído con profunda atención y aplaudido con innegable justicia.

Desde el lunes próximo seguirá celebrando la docta Corporación sus sesiones semanales en el mismo local del Colegio de Médicos.

DECIO CARLAN

### Aportaciones á la divulgación de conocimientos sobre evolución de las Ciencias Médicas

#### FRANCIA

Por los profesores: H. Roger, decano de la Facultad de Medicina de París; C. Sigalas, decano de la Facultad de Burdeos; Jean Lépine, decano de la Facultad de Lyon; J. Enzière, decano de la Facultad de Montpellier; S. Spillmann, decano de la Facultad de Nancy; Jorge Weiss, decano de la Facultad de Strasburgo; R. Abelous, decano de la Facultad de Toulouse; Brindeau, Pablo Carnot, Enrique Clande, J. L. Faure, H. Hartmann, E. Jeanselme, Menetrier, Nobrecourt, Sergenr, Menard, Le Fur, Victor Pauchet, etc., etc. Versión castellana de F. Javier Cortezo, miembro corresponsal y oficial facultativo de la Real Academia Nacional de Medicina.

### LA EVOLUCIÓN DE LAS CIENCIAS MÉDICAS Y LA FACULTAD DE MEDICINA DE PARÍS

POR EL

PROFESOR H. ROGER

Decano de la Facultad.

La evolución de las Ciencias Médicas, pese á su gran complejidad, puede dividirse en tres períodos: En el primero, período empírico ó período de observación, limitábanse los médicos al estudio del aspecto del enfermo, á informarse acerca de sus sensaciones, á determinar los trastornos aparentes, y de este modo, agrupando los resultados obtenidos, se llegaba á la coordinación de los síntomas y á clasificar los tipos clínicos.

Es preciso llegar al siglo XVI para encontrar una nueva orientación en la Medicina. Los estudios anatómicos comenzaron y adquirieron entonces una importancia grande. Pero hasta el siglo XVIII no se encontró lo bastante estudiada la Anatomía normal para que se pudieran emprender investigaciones de Anatomía patológica.

Esta nueva ciencia, fundada por Bonnet, de quien la obra fundamental, *Sepulchretum*, apareció en 1679, y por Morgagni (1762), progresó rápidamente en el siglo XIX gracias á los trabajos de Leënnec, Cruveilhier, Lancereaux, Cornil, Ranvier y Malasses, modificando la orientación de las Ciencias Médicas. El esfuerzo de los clínicos se encaminó, desde entonces, á encontrar las relaciones obligadas entre los síntomas observados durante la vida y las lesiones comprobadas después de

la muerte del enfermo. La clasificación puramente sintomática fué instituida por las clasificaciones anatómo-patológicas. Aún en la actualidad persiste en apreciable número de sabios el convencimiento de la superioridad de este método, de indiscutible importancia.

No obstante nos encontramos ya con una nueva tendencia. Las concepciones sintomáticas y anatómicas dejan su lugar preeminente á las concepciones biológicas modernas.

La lesión preocupa menos que el trastorno funcional. Actualmente resulta de mucho menos interés que en tiempos pretéritos el aspecto anatómico de los órganos, su peso, su volumen, su consistencia, su color; se desdeña aun el mismo examen microscópico; lo que interesa conocer es si el órgano resulta capaz todavía para realizar su función. Nada más demostrativo á este respecto que el ejemplo de la historia de la patología renal.

No hace aún muchos años que las nefritis se clasificaban en dos grandes grupos, según que el riñón fuese grande ó pequeño, blanco ó rojo, duro ó blando, degenerado ó escleroso: los conceptos de nefritis intersticial y de nefritis parenquimatosa englobaban esta dualidad anatómica. Pues bien, las expresiones de referencia han caído completamente en desuso; desaparecidas de la nomenclatura médica se han visto reemplazadas por las de nefritis hidropígena y nefritis uremígena, destinadas á la expresión del déficit funcional del órgano.

De este modo se desenvuelve progresivamente el período biológico del que Galien fué genial precursor, y que afianza sus inspiraciones en las investigaciones de los fisiólogos. La Medicina ha cesado de ser anatómica para convertirse en experimental.

Esta transformación profunda de las concepciones médicas y de las tendencias modernas fué preparada por los estudios de Bichat, Legallois y sobre todo por los descubrimientos de Magendie, Flourens, Claudio Bernard, Bert, Chauveau, Marey, Brown-Sequard, Bonchard y Dastre.

Lo que más ha contribuido á precipitar la reforma ha sido el advenimiento de la Bacteriología. Esta moderna ciencia, ya esbozada á fines del siglo XVII por Leuwenhoeck y en el siglo XVIII por Spallanzani, comenzó á detener la atención de los médicos después del descubrimiento de Davaine, que el año 1850 observó, por primera vez, un microbio patógeno: el bacilo del carbunco.

Gracias al genio de Pasteur, las etapas se han franqueado velozmente. En escaso número de años se descubrieron los agentes de numerosas infecciones, llegando así á introducir en las clasificaciones médicas un nuevo elemento: precisaba tener en cuenta al hacerlas la noción etiológica. Para no citar más que dos ejemplos, recuérdese lo acaecido en lo que respecta á la tuberculosis y la disentería.

El descubrimiento del bacilo tuberculoso ó de Koch ha permitido comprender en un solo grupo mórbico enfermedades y lesiones con anterioridad bien distantes. Este fué el triunfo de la Bacteriología sobre la



Anatomía patológica. En lo referente á la disentería, la modificación fué á la inversa; se desdobló este tipo mórbico, en el que se englobaban en igual expresión dos enfermedades diferentes: una debida á bacilos, de los que al menos son conocidas tres variedades, y otra de agente etiológico amibico, es decir, protozoario. Pero es necesario reconocer que en la mayor parte de los casos los descubrimientos modernos no han hecho más que confirmar las antiguas divisiones; de tal modo fué perspicaz el genio de los clínicos y los anatomopatólogos.

Los estudios bacteriológicos, puramente morfológicos al principio, habían de conducirnos hacia la biología. Los experimentadores demostraron, en efecto, que la presencia de las bacterias en un organismo vivo provoca reacciones funcionales que transforman completamente las propiedades de la sangre. Las células, influenciadas por los venenos microbianos, reaccionan vertiendo en el medio interno nuevos productos, ó mejor dicho, para no prejuzgar en nada, provocando transformaciones químicas, aun mal conocidas, que se revelan modificando las propiedades fisiológicas del suero sanguíneo.

Este líquido se hace capaz de ejercer acciones especiales ó, mejor dicho, específicas sobre los agentes patógenos que han invadido el organismo; modifica su vegetación, altera su forma, provoca su aglutinamiento, atenúa su virulencia, etc. Estos resultados permiten un gran número de aplicaciones clínicas. Widal ha demostrado todo el partido que puede sacarse del estudio de las aglutinaciones de los microbios para el diagnóstico de las infecciones, y especialmente de la fiebre tifoidea. Bordet, mediante un análisis extremadamente delicado de las modificaciones del suero, dotó á la ciencia de un nuevo método, aplicado por Wassermann al diagnóstico de la sífilis.

Estos primeros trabajos habían necesariamente de dar á la evolución científica un nuevo impulso. Los resultados obtenidos en el estudio de las enfermedades infecciosas, demostrando la insuficiencia de la observación pura y simple, llevaron á pensar en la necesidad de someter á los enfermos á minuciosas exploraciones. En la actualidad, para que una observación sea completa se precisa haber realizado el análisis químico, bacteriológico y citológico de los humores (sangre, líquido cefalorraquídeo), de las secreciones gástricas, del líquido duodenal, de los excrementos, de la orina y de los productos patológicos; haber estudiado los gases de la respiración, haber determinado la forma de eliminación de diversas sustancias introducidas en el organismo y haber investigado sus efectos en ciertos órganos; es necesario, mediante inyecciones intradérmicas, subcutáneas ó intravenosas, provocar diversas reacciones locales ó generales; es necesario utilizar los métodos gráficos que fijen los movimientos de la respiración y, sobre todo, los del corazón y de los vasos; el empleo del método electrocardiográfico que precise el estado funcional del corazón. Una de las aplicaciones más importantes de los descubrimientos modernos es el empleo de los rayos X. Sus revelacio-

nes son de tal modo preciosas, que obligan á recurrir constantemente á ellos; las indicaciones que mediante su empleo se obtienen, á condición de ser bien interpretadas, son indispensables para precisar el estado de los pulmones, del corazón, de la aorta, de los órganos abdominales. Muy á menudo deciden sobre la oportunidad de una operación quirúrgica, al propio tiempo que determinan las condiciones de la intervención. He aquí cómo el diagnóstico médico ha cesado de ser un arte para convertirse en una ciencia.

Al mismo tiempo que el diagnóstico, resulta transformada la terapéutica. Hace aún pocos años todavía que el médico se contentaba con prescribir gotas, píldoras ó jarabes. En la actualidad se recurre constantemente á la inyección intravenosa de productos extremadamente activos de los que el empleo debe ser observado minuciosamente. Utilizanse los agentes físicos de delicada aplicación. Se practican cada vez más á menudo las operaciones quirúrgicas. Los afectos de las visceras más profundas de los órganos abdominales ó torácicos, de los centros nerviosos, pueden ser sujetos de un tratamiento operatorio. No hay en la actualidad parte alguna del organismo sobre la que no se pueda intervenir. De este modo la colaboración del médico y del cirujano se hace cada vez más frecuente y más necesaria.

Esta transformación de los medios de diagnóstico y tratamiento trae, como consecuencia, una mayor complicación en la práctica de la Medicina. En los casos difíciles resulta imposible para el médico, cualquiera que sea la extensión de sus conocimientos, llegar por sí solo al establecimiento de un diagnóstico preciso. Deberá rodearse de colaboradores expertos y tener á su disposición una serie de aparatos y medios complicados y costosos.

A un distinguido médico parisién, el Dr. Martinet, se debe el meritorio esfuerzo de propagar los útiles consejos acerca de la instalación moderna necesaria en la práctica y sobre las investigaciones que deberán hacerse. Mas esto que hoy resulta suficiente, no lo será, de fijo, al cabo de algunos años; los exámenes no se podrán practicar sino en Institutos especializados en que la colaboración de los expertos resulte asegurada.

Esto será simplemente hacer extensivo á la práctica privada el sistema establecido para los hospitales.

El progreso evolutivo de las ciencias médicas ha impuesto profundas modificaciones que se han llevado á la realización en estos últimos años.

Gracias á una subvención votada por las Cámaras, los franceses han podido engrandecer la mayor parte de las clínicas parisienses dotándolas del número de camas necesario para la enseñanza.

Se han modernizado las instalaciones é instrumentales. Se ha agregado á cada profesor, un número considerable de ayudantes y colaboradores. Los servicios de las clínicas se han convertido en verdaderas fábricas donde se hace á los enfermos beneficiarse de todos los progresos de la ciencia y donde se da á los discípulos, considerables en número, una enseñanza completa y minuciosa.



No obstante lo crecido de su número, los alumnos no son, hoy día, simples espectadores; colaboran en el trabajo diario, examinan los enfermos, recogen las observaciones, practican incluso algunas operaciones; todo resulta de tan perfecta organización que se puede, sin molestia del enfermo, dar una enseñanza técnica minuciosa á una gran cantidad de estudiantes.

Rodeados de un *estado mayor* culto y disciplinado, teniendo por colaboradores agregados inteligentes que dominan la técnica, estimulados por la constante presencia de profesores extranjeros y nacionales y por la atención del ávido mundo estudiantil, los clínicos modernos desenvuelven una enseñanza en que nada puede echarse de menos. Sin abandonar las tradiciones que tan alto han colocado el crédito de la Medicina francesa, los médicos modernos son los dignos continuadores de los grandes clínicos del siglo XIX: Laënnec, Corvisart, Andral, Bouillaud, Trousseau, Potain, Dieulafoy, Charcot, Fournier, Landouzy, Terrier, Guyon, etcétera, etc., siendo al propio tiempo los innovadores que rejuvenecen las antiguas concepciones con la aplicación ó el descubrimiento de nuevos métodos.

Los laboratorios de investigación, instalados en la Escuela práctica de la Facultad de Medicina de París, no pueden estimarse tan perfectos como las clínicas. Resultan como agobiados en el interior de aquella antigua fábrica y no cuentan con los necesarios útiles y aparatos, esperándose en el término de algunos años mejorar sus instalaciones.

Un crédito de 5.500.000 francos, votado por el Parlamento, en la mañana del armisticio de la gran guerra, permitió adquirir en la calle Vaugirard, un terreno de cuatro hectáreas y media en el que al presente se encuentra instalada una clínica quirúrgica modelo. Actualmente se encuentra en edificación un Instituto de Higiene y se planea la creación del Instituto de Biología médica. La crisis económica por que atraviesa Francia ha dificultado la realización de los proyectos aceptados por el Gobierno en ocasión de la compra del terreno. Acaso la iniciativa privada intervenga en favor de su establecimiento.

En Francia se ha padecido del gran error de contar excesivamente con las subvenciones oficiales y de no solicitar más á nudo la prestación de personas que se encontrarían dispuestas á hacer donaciones y legados. Sin la generosidad de Rockefeller la Medicina americana no hubiera conquistado su actual gran renombre.

En Francia son frecuentes los legados para fundación de Premios que no sirven en absoluto para nada. El donante generoso que se interesase en la creación de un Instituto de Biología Médica, en donde estarían reunidos los servicios de fisiología, de patología experimental, de química y de física, procuraría á la ciencia francesa un beneficio inconmensurable, y por los beneficios que del laboratorio desbordarían por la Medicina entera, por la precisión que resultaría para los diagnósticos y tratamientos, se podría considerar justamente como benemérito de la humanidad.

Precisa reconocer, no obstante, que ciertas secciones de la Escuela práctica se encuentran bien instaladas,

El pabellón de disección, ejecutado según los planos de Farabef, responde á las necesidades de la enseñanza. Anejo á él se encuentra el Museo de Anatomía Normal donde se conservan hermosas piezas obtenidas por seccionamiento en cadáveres congelados. Son dignos también de mención los laboratorios de anatomía patológica, con un museo de piezas tratadas por los métodos modernos que permiten á los tejidos conservar el aspecto y coloración propios; los laboratorios de química y física, de histología, de farmacología, de terapéutica, de bacteriología y de parasitología. Los museos Orfila y Dupuytren son con justicia célebres y encierran interesantes colecciones de anatomía normal y patológica. El nuevo Instituto Médico-Legal es un modelo en su género.

Los servicios menos perfectamente instalados son los de fisiología y patología experimental, las dos ramas de la Ciencia médica que en los últimos tiempos han realizado los progresos más importantes y hacia las que convergen en el día las mayores actividades de los investigadores. La evolución rápida de las ciencias experimentales obliga á una transformación radical en los locales. Por tal motivo serán trasladados esta clase de servicios al anejo de la calle Vaugirard. Actualmente los extranjeros padecen en París algún desencanto ante las deficiencias de las instalaciones experimentales, pero no tardan en reconocer, que pese á la defectuosa instalación, á la ausencia de instrumental moderno y á la penuria de sus subsidios permiten emprender las más importantes investigaciones. Tales defectos no han impedido á Carlos Riche el logro de los descubrimientos que han hecho ilustre su nombre y le han valido el premio Nobel. Débese esto á que los franceses se adaptan fácilmente á las menos favorables condiciones de los medios. El ingenio suple las deficiencias, y los extranjeros que frecuentan los laboratorios de investigación franceses advierten fácilmente que las dificultades de realización para las experiencias, lejos de detener al que las intenta, le inducen á un mayor apasionamiento en los problemas biológicos. No es esto querer decir que sean recomendables las instalaciones defectuosas y cabe esperar que algúndía será un hecho el Instituto de Biología que responda á las necesidades modernas. Lo que se pretende afirmar es que el trabajo útil es posible en los actuales laboratorios igualmente que en las clínicas.

Tales, escueta y rápidamente expuesta, la situación de la Facultad de París. Añadiremos que después de la guerra se viene realizando un continuado esfuerzo para intensificar sus relaciones con las Universidades de los países amigos y aliados. En ocasiones numerosas los sabios extranjeros han honrado á Francia viniendo á laborar en ella, á ocupar sus cátedras y sus clínicas. Recíprocamente los profesores franceses han llevado en persona, á los más distantes países, la difusión de sus investigaciones y resultados.

Se ha fundado en París una Asociación para el desenvolvimiento de las relaciones médicas con el extranjero: La A. D. R. M. En la Facultad de Medicina existe un organismo dedicado á facilitar á los sabios ex-



tranjeros la visita á nuestras Escuelas y Establecimientos de enseñanza superior. Todos los años se organizan cursos de ampliación de estudios, que son seguidos por numerosos médicos extranjeros. Se han constituido diversas Asociaciones para laborar por la cordialidad y estrechamiento de estas relaciones con los países extraños.

El ideal que se aspira á realizar es el de una colaboración íntima de todos los hombres y de todos los pueblos que deseen trabajar en el progreso de la Ciencia y el mejoramiento de la Humanidad.

El éxito de la Medicina francesa está asegurado por la unión estrecha de la Facultad y los hospitales. Las clínicas de la Facultad no son lo suficientemente numerosas para la enseñanza que precisa completar en los servicios de hospital dependientes de la asistencia pública, bajo la dirección de los encargados de su régimen.

Esta gran institución dirigida actualmente por un experto médico á quien se debe la feliz y notable innovación, trabaja en concierto con la Facultad para intensificar la importancia y el prestigio de la Ciencia francesa.

Los médicos, cirujanos y especialistas de los hospitales están ayudados por antiguos discípulos que permanecen á su lado como colaboradores, por internos nombrados en difícil oposición, y por externos seleccionados en concurso abierto entre todos los estudiantes de Medicina.

Los médicos de los hospitales contribuyen á la enseñanza de los estudiantes de la Facultad y muchos entre ellos organizan cursos clínicos que obtienen siempre éxito grande y justo.

Quien quiera que desee una completa idea acerca de la organización médica en París, no debe considerar sólo lo que respecte á la Facultad y hospitales, precisa también tener en cuenta el esfuerzo realizado en las Escuelas de Sanidad Militar y Naval, en algunas clínicas particulares y en ciertos Centros científicos (Facultad de Ciencias, Colegio de Francia, Museo, Escuela de Veterinaria, Instituto Pasteur), que poseen Cátedras de Medicina ó de Ciencias, para médicos.

Solamente agrupando en una impresión de conjunto todo cuanto se ha realizado en las distintas instituciones, se podrá llegar á comprender el movimiento médico actual francés.

## LOS TITULARES REACCIONAN

Al revisar la prensa profesional en los órganos de los Colegios Médicos representada, encontramos en el *Boletín de la Unión Sanitaria*, de Guadalajara, los siguientes acuerdos:

«No formar Asociación de titulares en la provincia y que el Colegio en todo momento asuma la representación de los mismos.

Hacer la rectificación de partidos tomando como base la clasificación acordada por el Colegio; y una vez formada ésta, oír á los pueblos, resolviendo la Junta de Gobierno cuantas reclamaciones éstos y los médicos formulen, elevan-

do después la clasificación al Ministerio para su aprobación definitiva.

Pedir se reduzca el plazo de seis meses que hoy duran las interinidades.

Solicitar para los titulares iguales derechos que para los secretarios.

Aceptar la entrada de los titulares en el Montepío municipal.

Gestionar la elevación del arancel forense en consonancia con las actuales circunstancias, y que proporcionen medios fáciles de hacer efectivos los derechos devengados.

Adherirse á la propuesta del Dr. Cortezo pidiendo al Gobierno conceda una subvención para el Colegio de huérfanos de médicos, como compensación á la asistencia que gratuitamente se presta á la Guardia civil.

Cooperar á la prosperidad del Colegio de Huérfanos.

Ratificar el acuerdo ya aprobado por este Colegio respecto á la limitación de títulos.

Y trabajar en pro de la unificación de tributos.»

No es mal programa si se cumple.

El Sr. Perezagua, presidente del Colegio Médico de Toledo, hace en su *Boletín* algunas consideraciones respecto á la situación en que los titulares quedan después de la publicación del Reglamento de funcionarios municipales; y asegurando que nada importa que contra la clase se conciten aviesas voluntades, si ésta se halla estrechamente unida, condensa su opinión en los siguientes términos: «El Colegio Médico, el bloque médico con la incommensurable fuerza que le da la compenetración de todos sus colegiados, será un muro en el que se estrellarán cuantas acometidas sean lanzadas contra nosotros, y, por nuestra parte, sin violencias, sin medidas radicales, sin apartarnos un momento del terreno de la legalidad, conquistaremos los mayores triunfos.»

Verdad axiomática es que en la unión está la fuerza, y en no dejar que se rompa ó afloje, está, á no dudar, el secreto de alcanzar de la opinión pública el respeto y consideración á que por tantos conceptos es acreedora clase tan culta y necesaria como la médica.

No es mal camino el trazado si se consigue verle expedito.

S.

## Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

Hace su segunda aparición el 5 la SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Botella.

Por lo raro del caso, el Sr. Torre Blanco dió á conocer las anomalías observadas en la hernia estrangulada de una mujer nuligesta, de treinta y siete años, aquejada de grandes dolores en el lado izquierdo, exacerbados durante el período menstrual, que al ser operada reveló, no sólo la presencia del epiplón y una brida inserta en el reborde, sino la retroversión del útero y una tumoración correspondiente á anejos que hizo precisa la histerectomía.

Interviene el Sr. Macau en la discusión del tema en la anterior sesión expuesto por el Sr. Luque, emitiendo su opinión en sentido favorable á la histerectomía total en los casos de leucorrea persistente. El Sr. Cospedal manifiesta: que si bien en términos generales rehuyó la práctica de la histerectomía total, no por eso deja de reconocer la necesidad de recurrir á ella en los casos en que haya algo intersticial, epiteloma, fibroma, infecciones del cuello, lesiones bilaterales anexiales, temor de cáncer, etc., en que no ve



inconveniente se practique, teniendo en cuenta los perfeccionados procedimientos y técnicas de que hoy se puede disponer.

Historia el Sr. Macau un caso de metritis séptica en mujer de veintidós a veinticuatro años, en segundo mes de gestación, con algunas décimas de temperatura los primeros días, luego aumentada a  $37^{\circ} \frac{1}{2}$  y  $38^{\circ}$ , tos, y pequeña hemorragia intensamente fétida, de la cual recogió materiales que sometidos al cultivo y siembra consiguientes dieron colonias en que resultó comprobado el germen tífico. Traladada a Maternidad y practicado el vaciamiento, murió en su casa ocho días después a consecuencia de una complicación miocárdica. Considera el Sr. Torre Blanco nefasta la interrupción del embarazo en las fiebres sépticas, y cita en comprobación de su aserto el caso de la esposa de un compañero que afecta de amplio y sostenido dolor renal, se practicó el análisis de orina con resultado negativo, revelando el curso de la enfermedad tratarse de la raquialgia precursora de una erupción variólica en cuyo transcurso dió sin dificultades a luz un niño, que como ella falleció a sus consecuencias. Dice el Sr. Luque que es muy conveniente investigar en todo caso la clase de gérmenes productores, porque ellos han de dar la clave del más acertado tratamiento. Y se levanta la sesión transcurridas las horas reglamentarias.

\* \*

Anunció para el jueves 6 sesión la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA y a ella acudieron dos señoritas y algunos aficionados, a quienes después de prudencial espera se invitó a desalojar el local, produciéndoles una molestia que pudo y debió evitarse consignando en la convocatoria el carácter privado que sus deliberaciones habían de revestir.

Reconocerán conmigo los señores pediátricos, que no es esa la mejor manera de atraerse al público que con su asistencia honra a una Sociedad.

\* \*

Celebré el viernes 7 su inaugural sesión científica la SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID, en que a falta de temas a la orden del día, el Sr. Márquez, dejando la presidencia al Sr. Castillo, hubo de ocuparse en poner de resalto «Las enseñanzas de una sesión operatoria de cataratas». Encomia la extraordinaria importancia de la sutura de la córnea en la operación de las cataratas, y en apoyo de su aseveración cita dos casos: uno de evolución lenta en que a pesar de la previa sutura, el cristalino salió disparado y empezó a fluir vítreo que pudo detenerse reforzando la sutura con técnica que describe, y otro en que, apenas comenzada, apareció el humor vítreo entre los bordes de la herida que suturó al cuarto día, practicando en días posteriores la iridectomía sin cortar los hilos, sacando el cristalino sin dificultad. Habla a renglón seguido de las hemorragias expulsivas, de la terminación dramática que constantemente las acompaña, y de la sorpresa que para el operador la presencia de éstas supone; dando cuenta de los casos en que se vió precisado a intervenir en un Sanatorio y en el Instituto; y concluyendo por recordar una ocasión en que por el simple abombamiento del párpado pudo diagnosticar ante un especialista extranjero la proximidad de la hemorragia que a poco quedaba comprobada. Relata el Sr. Cuevas un caso de esta índole recientemente operado. El Sr. Basterra cree en estos casos indicada la enucleación, porque con ella se evitan largas y penosas molestias. El Sr. Carrera se muestra partidario de la compresión de la carótida cuando exista el temor de expulsión del vítreo; y le parece acertada la enucleación en los casos que se indican. Manifiesta el señor

Mansilla que también él ha sido testigo presencial de hemorragias expulsivas, de que cree son la mayor parte de las veces responsables la predisposición y los traumatismos, y que no está conforme con la enucleación, porque a nada obedece ni nada resuelve. El Sr. Castillo aporta la experiencia de un caso que vió operar en París en que salió vítreo a pesar de practicada la sutura; y el de otra pobre tuerta, cuya segura ceguera le impresionó hondamente por serle muy afecta. Rectifica el Sr. Márquez, mostrando su gratitud a los que en esta discusión intervinieron, y su disconformidad con la enucleación, que sólo practicaría existiendo grandes dolores u oftalmías simpáticas que con imperio la requirieran.

Terminada la discusión y con ella la sesión pública, congregada queda la Sociedad privadamente para el examen de cuentas y renovación reglamentaria de Junta directiva.

\* \*

Nos deleitó el sábado 8 el presidente del Colegio, doctor Blanc Fortacín, exponiendo en bien documentada disertación el estado de la Asistencia pública y Asociación de Beneficencia de Buenos Aires, y principales centros de población de la República Argentina, que, como es sabido, visitó recientemente. Y para dar una ligerísima idea de lo que en ella supone y cómo se entiende la Sanidad, bastará saber, como detalle que lo evidencia, que días antes del desembarco invitaron al pasaje a la vacunación; y cómo por medio de la cultura general, conferencias prácticas y prodigalidad de consejos en vehículos, establecimientos públicos, hospederías, etc., se lleva al ánimo de todos el convencimiento y la necesidad de seguirlos. A grandes rasgos da a conocer la forma y procedimientos por la Sanidad observados en la adopción y empleo de donativos, a su pericia, y no al capricho de los donantes, confiados, como único medio de que éstos resulten eficaz é inteligentemente distribuidos y aprovechados. Enaltece y aplaude la estimación y alto concepto en que a los médicos, como a representantes de una clase social ilustrada y distinguida, se les tiene. Enumera la organización, distribución y finalidad de todos los servicios que bajo la férrea y competente férula del director de la Asistencia pública, nombrado por el Ayuntamiento, automática y ordenadamente se llevan a cabo. Describe con minuciosidad perfectamente inteligible, con un croquis a la vista, la manera de funcionar y prestarse la diversidad de asistencias, servicios y previsiones sociales, tanto en la casa central como en las periféricas de socorro: Mufiz, Alvear, Ramón Mejía, Durán, Alvarez, Ruano, Fernández, Mufeyro, servicios de Cirugía de Bosch Arana, Hospital Tournié, etc., en que no sólo se prestan los servicios urgentes de momento, sino que en ellos se encuentran a la perfección atendidas la enseñanza, especialidades y previsiones sociales, que empezadas en el Dispensario, terminan en los Preventorios y Colonias, a que se extiende la acción tutelar social a las familias de contaminados que no deben estar hospitalizados. Y si a todo esto *grosso modo* por nosotros captado y repetido, se añaden la inspección y profilaxis alimenticia en 40 puestos distintos ejercida, las antivariolosas y antivenéreas, el cuidado asiduo de valetudinarios y el esmero con que la maternal asiste y auxilia con *trousseaux*, alimentos, etcétera, a las embarazadas y parturientes, podrá formarse una idea aproximada de la magnitud y esplendidez con que la Sanidad actúa y se desenvuelve, y de la ardua labor desenvuelta por el Sr. Blanc Fortacín, hasta el cansancio aplaudido por la selecta concurrencia.

SEDISAL



## Sección oficial.

## GUERRA

## REAL ORDEN CIRCULAR

Excmo. Sr.: En cumplimiento á lo prevenido en el Reglamento orgánico de la Academia de Sanidad Militar, aprobado por Real decreto de 22 de Abril de 1899 (C. L., núm. 87),

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Se convoca á oposiciones para cubrir 105 plazas de alféreces médicos alumnos de la Academia de Sanidad Militar á los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten hasta el 26 de Enero próximo, con sujeción á las bases aprobadas por Real orden circular de 29 de Marzo de 1921 (O. O. núm. 86) y teniendo en cuenta las modificaciones que se insertan á continuación, siendo los programas que han de regir los publicados por Real orden circular de 20 del actual (D. O. núm. 241).

2.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en esta Corte, y en el local de la Academia, calle de Altamirano, núm. 33, dando principio en 1.º de Febrero de 1925.

3.º De conformidad con lo prevenido en el art. 26 de las bases de referencia, el Tribunal de oposición celebrará su primera sesión pública en dicho local, á las diez del día 31 de Enero próximo, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos á las oposiciones, á fin de determinar el orden en que éstos han de verificar los ejercicios.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 30 de Octubre de 1924.—El general encargado del despacho, Duque de Tetuán.—Señor...

## Modificaciones que se indican.

Artículos 1.º al 12, ambos inclusive, siguen igual.

Art. 13. Los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía que soliciten tomar parte en el concurso de oposiciones á plazas de alumnos médicos, abonarán en el acto del reconocimiento, en concepto de derecho de oposición, 50 pesetas, sin que les quede derecho alguno para reclamar su devolución.

Art. 14, queda igual.

Art. 15. Los ejercicios de oposición serán cuatro: dos teóricos, el primero y cuarto, y dos prácticos, el segundo y tercero.

Los teóricos consistirán: el primero, en contestar oralmente á cinco preguntas, una de cada uno de los grupos del cuestionario que se publican con la Real orden de la convocatoria, y el cuarto, en redactar una Memoria sobre un tema sacado á la suerte de entre los treinta que figuran en el programa que se adjunta.

Los prácticos consistirán: el segundo, en el examen de enfermo y exposición de su historia clínica. Terminada esta parte, procederá á la descripción y manejo de un aparato de evaluación clínica, sacado á la suerte entre varios. En el tercer ejercicio hará la descripción anatomotopográfica de una región del organismo, y seguidamente describirá en el cadáver una operación que recaiga sobre la región descrita.

Art. 16. Los ejercicios serán calificados por cada uno de los jueces con una escala de cinco á diez puntos de censura para los aprobados, y con cero para los desaprobados, en la forma que dispone el art. 21. Las puntuaciones de los ejercicios teóricos no sufrirán modificación alguna, y las de los ejercicios prácticos se multiplicarán por el coeficiente 2 para la suma de las puntuaciones totales.

Artículos 17 y 18, suprimidos.

Art. 19, pasa á ser 17, igual.

Art. 20, pasa á ser 18, igual.

Art. 21, pasa á ser 19, y se redactará así:

La calificación se verificará del modo siguiente: cuando el opositor termine un ejercicio, cada juez consignará en una papeleta el nombre del actuante y el de puntos á que lo considere acreedor, caso que estime debe ser aprobado, poniendo un cero en caso contrario; firmará la papeleta y la entregará al presidente del Tribunal, que la guardará en un sobre que ostente el nombre del opositor. Terminada la se-

sión pública, se reunirá el Tribunal en sesión secreta, procediendo el secretario á efectuar el escrutinio, dando lectura íntegra de dicha papeleta. Si el opositor fuese aprobado por todos los jueces, se sumarán los puntos que cada uno de aquéllos le hubiese adjudicado, se multiplicará el total por el coeficiente 2, si se trata de un ejercicio práctico, y el resultado será la puntuación total obtenida. Si fuese aprobado sólo por la mayoría de los jueces, se le dará la puntuación mínima, ó sea 25 para los ejercicios teóricos y 50 para los prácticos, colocándose en orden precisamente detrás de los aprobados por unanimidad con puntuación mínima. Entre los aprobados por mayoría irán delante aquellos que obtuvieran cuatro votos para la aprobación, y después, los que obtuvieron tres.

Artículos 22 á 26, ambos inclusive, quedan igual, pasando á ser 20 á 24.

Artículos 27 al 31, quedan igual, pasando á ser 25 á 29.

Art. 32, pasa á ser 30, y dirá: El segundo ejercicio tendrá dos partes. En la primera, el aspirante hará el examen y estudio de un enfermo designado por la suerte, y expondrá verbalmente y á continuación su historia clínica.

Artículos 33 á 41, siguen igual, pasando á ser 31 á 39.

A continuación se pondrá un art. 40, que dirá:

Art. 40. En la segunda parte, el opositor describirá y manejará el material de exploración clínica designado por la suerte entre los comprendidos en este programa para la práctica del segundo ejercicio. Para ello se colocarán en una urna tantas bolas numeradas como preguntas figuran en esta parte del programa, y el secretario extraerá una, que presentará al opositor, á fin de que éste proceda á la descripción y manejo del material de exploración que le ha caído en suerte. El tiempo máximo para esta parte del ejercicio será de veinte minutos.

Artículos 42 á 48, quedan igual, pasando á ser 41 á 47.

Artículos 49 á 56, quedan igual, pasando á ser 48 á 55, añadiendo.

Art. 56. La calificación total se hará por el Tribunal en sesión secreta, sumando los puntos que hayan obtenido los opositores en cada uno de los ejercicios, después de haber multiplicado los del segundo y tercero por el coeficiente 2, y adjudicándole á cada uno el total que resulte. Se ordenarán de mayor á menor, y para caso de empate, entre dos ó más opositores, se tendrán en cuenta las siguientes reglas:

a) Si los dos ó más opositores empatados tuvieran todos sus ejercicios aprobados por unanimidad, la colocación se hará con arreglo á lo que dispone el Reglamento orgánico de la Academia de Sanidad Militar.

b) El que tuviera todos los ejercicios aprobados por unanimidad se colocará delante del que hubiera aprobado alguno por mayoría.

c) Caso de que los dos ó más opositores empatados tuvieran ejercicios aprobados por mayoría, se colocará delante aquel que hubiera aprobado mayor número de ejercicios por unanimidad.

d) Si dos ó más opositores empatados en la puntuación final tuvieran el mismo número de ejercicios aprobados por mayoría, se colocarán con arreglo á lo dispuesto en el Reglamento orgánico de la Academia de Sanidad Militar. (Gaceta del 4 de Noviembre.)

## GRACIA Y JUSTICIA

## SUBSECRETARÍA

En los Juzgados de primera instancia de Baeza y del distrito del Instituto, de La Coruña, se hallan vacantes, por excedencia de los que las desempeñaban, las plazas de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que deben proveerse por traslación, conforme á lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Granada y La Coruña, respectivamente, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 20 de Octubre de 1924.—El subsecretario, García Goyena. (Gaceta del 25 de Octubre de 1924.)



## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,6; ídem mínima, 701,2; temperatura máxima, 14°,0; ídem mínima, 3°,4; vientos dominantes, NNE. O.

Las afecciones agudas del aparato respiratorio no han aumentado, á pesar del avance de la estación; pero las localizadas en el aparato gastrointestinal han adquirido en algunos casos un carácter infeccioso que merece fijar la atención de las autoridades sanitarias acerca de su posible origen hídrico.

La escarlatina, el sarampión y la coqueluche han disminuído.

### Crónicas.

**Plausible labor del Consultorio de la Prensa.**—El día 31 del pasado mes de Octubre terminó el servicio de vacunación que con tanto cuidado y acierto han realizado los profesores del Cuerpo Médico de la Asociación de la Prensa, Dres. Fernández de Alcalde, Sanz Benedit, Sánchez Atienza y Vélez Gosálbez, ayudados por el practicante señor Castellanos.

La eficaz cooperación de la Asociación de la Prensa en la campaña contra la terrible epidemia, queda bien patente con sólo consignar que en los veinticinco días que se ha prestado este servicio, han sido vacunadas más de 15.000 personas, entre las cuales se han distribuído 60 kilos de caramelos y un millar de cigarros puros; se han consumido 2.000 vendas de Cambric, 6.000 lancetas, 10 litros de alcohol y gran cantidad de algodón hidrófilo y gasa esterilizada, proveyendo á todos los vacunados de su correspondiente certificado.

Terminada la acción de higiene social por el Dispensario de la Prensa, éste continuará la labor, no menos meritoria, de proporcionar asistencia gratuita á familias de empleados, obreros, repartidores y vendedores de la Prensa, que sufran enfermedades de la piel y específicas y de la boca y dientes, á cargo del dermatólogo Dr. Sanz Benedit, y del odontólogo Dr. Vélez Gosálbez.

Los días y horas de consulta, son los siguientes:

Enfermedades de la piel y específicas: martes, jueves y sábados, de siete á nueve de la noche.

Enfermedades de la boca y dientes: lunes, miércoles y viernes, á las mismas horas.

**Homenaje á unos médicos en Bilbao.**—Una nutrida representación del Colegio de Médicos de Vizcaya, ha visitado el día 5 al alcalde de Bilbao para darle las gracias por haber dado el nombre de los Doctores Gil á una de las calles de la población.

**El Doctor Grau á las Hurdes.**—Por el Ministerio de la Gobernación se ha dictado una Real orden comunicada al de Instrucción Pública, en la que se autoriza al catedrático de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central, doctor Grau, para realizar á sus expensas un estudio técnico de las condiciones de vida y de nutrición de los habitantes en la comarca hurdana, así como del plan que convendría desarrollar para que se regeneraran físicamente.

**Noticias.**—Han sido nombrados presidente y vocales del Tribunal que ha de juzgar el concurso á las plazas anunciadas en el Sanatorio «Lago», de Guadalajara, los señores D. Federico Mestre Pérez, D. Luis Lamas y D. Julio Blanco Sánchez.

—El Tribunal nombrado para las oposiciones á tres plazas de médicos de número del Cuerpo facultativo de Beneficencia general, está compuesto por los señores siguientes: Presidente, D. Pedro Cifuentes, jefe facultativo del Hospital de la Princesa; vocales: D. José María Blanc Fortacín, don Eusebio Alvaro Gracia, D. Enrique Slocker, D. Salvador Albasanz, D. Francisco Rozabal y D. José Segovia, secretario.

—El Tribunal nombrado para las oposiciones á la plaza de médico de número del Cuerpo facultativo de Beneficencia general, con destino al servicio del laboratorio y autopsias en el Hospital de la Princesa, será compuesto por los señores siguientes: Presidente, D. Pedro Cifuentes, jefe facul-

tativo del Hospital de la Princesa; vocales: D. Manuel Arredondo, D. León Cardenal y D. Enrique Fernández Sanz; don Jorge Francisco Tello, Director del Instituto Alfonso XIII; D. Antonio Ruiz Falcó, jefe de Sección del Instituto, y don Lorenzo Ruiz Arcaute, jefe del Laboratorio del Servicio antivenéreo, secretario.

—El catedrático Dr. D. Rafael Mollá, ha trasladado su domicilio y consulta especial de Cirugía genitourinaria, á la Cuesta de Santo Domingo, núm. 7.

**Donativos.**—El día 4 del corriente, y deseando celebrar la festividad de San Carlos, remitió el Dr. Marañón á nombre suyo y de su esposa á nuestro director, la cantidad de 1.000 pesetas con destino al Colegio de Huérfanos.

El eminente actor y actual empresario del Teatro Español, ha tenido la generosa y plausible idea de enviar, como lo ha hecho, á los niños de la misma Institución, 100 localidades de palco y de butacas para asistir á la representación de *Don Juan Tenorio*, que con tan clamoroso éxito se viene ejecutando en el primero y más tradicional de nuestros coliseos. A nombre de los huérfanitos, cordiales y sinceras gracias.

**Tratamiento racional de la sífilis.**—El *Novasurol* es un preparado de la Casa Bayer para la terapéutica mercurial moderna y recomendamos la lectura de los datos que se detallan en los adjuntos prospectos. De grandes resultados en algunas formas de edema.

**Pastillas Crespo.**—Un prospecto sobre el preparado, indicaciones, dosis y resultados de las *Pastillas Crespo* acompañamos al número presente y recomendamos la lectura.

**PALMIL Jiménez.**  
**Purgante Ideal.**

### LABORATORIO DE ANÁLISIS

Doctor Giral. — Catedrático y Académico.

Atocha, 35. — Teléfono M-33. — Madrid.

Orinas, esputos, alimentos, aguas, minerales, abonos, combustibles, productos industriales, etc. — Tarifas gratis.

Hojas patentadas con gráficos y cuadros de composición.

**VINO PINEDO**  
**El mejor tónico.**

**PAPELES YHOMAR**

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

**CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS**

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.



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

**SOLUCION BENEDICTO**

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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