

# 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

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

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO: Sección científica:** El coito doloroso en Ginecología, por el Dr. Vital Aza. — Simpatectomía cervicotorácica en la angina de pecho, por el Dr. José Arce. — El niketol aplicado en Dermatología, por el Dr. Barrio de Medina. — Errores de diagnóstico en las formas atípicas del paludismo, por los Dres. Carlos W. Huyssen y Rogelio Buendía. — Abdomen agudo, por el Dr. Stoker de la Rosa. — Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía, por el Dr. Barrio de Medina. — **Bibliografía. — Periódicos médicos.**

## EL COITO DOLOROSO EN GINECOLOGIA (Apuntes sobre la frialdad sexual en la mujer)

POR EL

DR. VITAL AZA (de Madrid)

Tal vez nunca se haya imaginado ningún madrigal, para ponderar la espiritualidad femenina, que mejor cante ésta, y el noble anhelo que late siempre en el alma de la mujer, que las palabras de Nietzsche, al decir: «El hombre es sólo para la mujer un medio: el fin es siempre el hijo.»

Y esta frase del filósofo insigne señala también, de manera implícita, el poco valor, la pequeña importancia que el acto sexual, por él mismo, representa para la mujer, siendo una voz más de las muchas que han tratado de destacar su tono, ó de imponer su autoridad, en el clamor incesante, en el encendido debate, en la acalorada discusión que el problema sexual (el eterno problema... y acaso el único) ha despertado siempre, y mucho más llevado á la parte femenina de él, concretado á la mujer, y á la manera de responder ésta á los estímulos sexuales.

La clásica polémica entre Zeus y Hera acerca de la más ó menos apasionada participación que uno y otra llevaban al acto genésico, y que fué relatada por Teresias, sigue aún sin dilucidarse, no sólo por las dificultades que, como todo lo que *subjetivamente* se mide, ha de ofrecer para la valoración de los factores que integran el problema, sino principalmente por la falta de *sinceridad* con que éste se plantea.

La participación voluptuosa que á la mujer corresponde

en el acto sexual, es la mayoría de las veces falsamente relatada por aquélla, que, ó exagera orgullosa su frialdad, creyendo dar con ello una prueba patente de distinción espiritual al no ser nunca arrastrada por el grito instintivo de la carne, ó (lo que es extraordinariamente más frecuente) pondera las excelencias de los placeres genésicos, en los que cree colaborar activamente, tal vez pensando que á fuerza de pregonar su participación voluptuosa en el coito, deje éste de ser indiferente para ella, indiferencia que, juzgándola extraña y morbosa, no tiene el valor de declarar.

«Los placeres del matrimonio», que como frases cabalísticas, de un rito desconocido, se transmiten las mujeres en sus confidencias, quedan, para una gran mayoría de ellas, sin ser prácticamente conocidos; pero callan, taimadas, sus desilusiones, y vestales de un fuego... en el que jamás se abrasaron, transmiten á otras, que en ellos se inician, las impresiones, falsas y exageradas, que siguen dando apariencias de realidad vívida al—para ellas—mito eterno del placer voluptuoso del matrimonio. ¡Cuántas veces, en el recogimiento del despacho de consulta, ha de adivinar el ginecólogo lo que lleva ante él á una enferma... que sólo lo es de desilusión y desengaño! Con enumeración de síntomas banales, con el relato de nimios accidentes patológicos, lo que las mujeres quieren decir, sin decirlo, lo que tratan afanosas de averiguar, es si lo que á ellas en el acto sexual les ocurre es algo patológico, y si su frialdad ó indiferencia puede ser consecuencia de alguna anomalía anatómica ó causada de alguna ulterior perturbación funcional, cuando todo es únicamente el producto de no ver realizado lo que engañosamente les dijo alguien... que acaso así, inconscien-



te, vengó su desilusión, á la que tanto contribuye también la falta de preparación amorosa en el marido y su torpe y mal dirigida educación sexual para poder realizar con éxito el delicioso y delicado papel de iniciador. Y ello nos lleva á decir algunas consideraciones que el constante desfile de problemas ginecológicos (muchas veces derivados del conflicto sexual) nos sugiere, y que con un personal punto de vista para enjuiciar la realidad de los hechos clínicos, nos va á consentir aportar algunas interpretaciones subjetivas á la eternamente irresoluble cuestión del amor sexual en la mujer, y de las derivaciones dolorosas que paradójicamente surgen del placer genital en la mujer.

Decíamos antes, y repetimos ahora, que muchas veces cuando en el despacho del ginecólogo, no se encuentra justificación aparente que explique la presencia ante nosotros de una enferma... que sin serlo, nos consulta, hemos de bucear en su espíritu, ya que nada patológico hallamos en su cuerpo, y pronto tenemos la convicción de que el fracaso de unas relaciones sexuales, la desilusión de la mujer casada, que no encontró en el matrimonio la Meca de voluptuosidades prometidas, es lo que la ha hecho llamar á nuestra puerta, y en una confesión... que no ha llegado á hacerse, solicita alientos para conllevar su situación ó remedios para mejorarla.

Tal vez nunca, como al tratar del problema sexual en la mujer, hallemos apropiado el nombre (tan injusta é inexactamente empleado otras veces al enfocar los aspectos materialmente patológicos del organismo femenino, que como *ginecopatólogos* debemos estudiar) de ginecólogos, pues esto, el tratado de la mujer, como tal, con su espíritu delicado y complejo, alado soplo de su organización material y los complicados recovecos de su cuerpo sano ó enfermo, es lo que la *Ginecología* tiene que ser y representar cuando aborde el estudio del problema sexual en la mujer.

Antes de que los estudios de Freud tomaran en clínica la absorbente preponderancia que hoy tienen, quizá fueron los ginecólogos quienes primero hicieron notar la influencia grandísima que en el psiquismo femenino tenían las alteraciones del normal ritmo sexual, y de qué manera la voluptuosidad y el dolor se emparejaban en la mujer.

Y al dar los ginecólogos esta enorme participación que para ellos tenía el acto sexual en toda la esfera psíquica y corpórea de la mujer, claro, que daban por concedido también el que ésta, dentro de *los límites normales y fisiológicos*, participaba grandemente de la voluptuosidad sexual, y si no con *superávit*, por lo menos, igualaba al hombre en el orgasmo, pero la diferencia respecto al logro de éste, en uno ú otro sexo, estaba en la considerable serie de circunstancias que habían de sumarse para lograrlo en la mujer, y que no era preciso reunir en el hombre para llegar á él: es decir, que al orgasmo sexual se llega en el hombre con un número reducido de sumandos, y son precisos muchos de éstos para lograrlo en la mujer. Apurando el símil aritmético, nos atreveríamos á decir, que así como la suma de las pocas cifras que son necesarias para lograr el orgasmo masculino dan *siempre* este resultado, cuando se logran reunir, no siempre, la agrupación de los muchos sumandos femeninos, *aunque sean los mismos*, conducen á la SUMA que expresa el acmé de la voluptuosidad en la mujer, como si los *números* que en ésta es preciso reunir, para lograr la suma apetecida, y no siempre lograda, tuvieran, no sólo la exactitud de su valor matemático, sino un raro y extraño polimorfismo, que en paradójico fenómeno de interferencia, pudieran llevar á una *suma* á veces distinta de la obtenida en otras ocasiones con los mismos sumandos aritméticos. Ello quiere decir que el llamado *acto carnal*, lo es así siem-

pre y en todas las ocasiones para el hombre, y el abrazo sexual ahoga en él al espíritu, aun cuando á veces se engalane con sus flores, pero que no pudiendo caber en una carnal envoltura el alado y sutil espíritu femenino, éste preside siempre el espasmo sexual, y lo nubla á las veces con los velos de sus pudores, con las negruras de sus recuerdos, con las angustias de sus tristezas, con los mil modos que tiene siempre el espíritu para burlarse y frustrar á la materia.

Y creyendo haber hecho entender cómo pensamos nosotros que reacciona la mujer—siempre supuesta en límites fisiológicos y normales, *de cuerpo y de alma*—al estímulo sexual que la lleva al orgasmo, nos explicaremos fácilmente cómo estando preparada para él, vea frustrados tan frecuentemente sus legítimos derechos, sus nobles aspiraciones, y tenga que achacar la mayoría de las veces la culpa de ello, á quien debía ser el mejor cultivador de su fisiología sexualidad.

La dolorosa pasividad con que socialmente se mira el problema de la educación sexual, hace que los hombres no suelen llevar al matrimonio más preparación genital que la adquirida en prostíbulos y mancebías, y que ahitos ya de las normas fisiológicas del placer, lo busquen por tenebrosos derroteros, y poseídos de todas las aberraciones, quieran que el plato delicado é ingenuo que su pobre y joven compañera pue le ofrecerles, sea aderezado con fuertes especias, con quemante mostaza de erotismo y voluptuosidad, única manera de despertar la apetencia de su averiada sexualidad.

¡Cuántas veces el amor pasional murió en la mujer á manos de quien debió encenderlo y cultivarlo, al profanar con soeces voces de meretricio, con degradantes maniobras de burdel, una sexualidad que se le ofrecía virgen y pura, y que siempre ha de guardar ya en la cera moldeable de su cuerpo, en el albo jardín amoroso de su espíritu, las huellas groseras de un iniciador, como una pradera nevada conserva el estigma de quien sintió el bárbaro goce de pisarla, sin saber sentir el dolor de haberla profanado.

Los amadores de mujeres han de saber siempre que el orgasmo (en quien no es una enferma ó una pevertida) está guardado en arca misteriosa que no puede abrirse con ganza, en un santuario recóndito, que sólo se abre con la llave del amor, de la estimación, del afecto, del culto, delicado y cortés.

El orgasmo florece siempre en la mujer en las uniones pasionales, cuando la mujer quiere y *estima* al hombre, cuando éste se ha hecho amar de la mujer, ante quien ha sabido presentarse, no como quien exige un derecho que ha pagado, sino como quien implora una merced, ó como quien conocedor, por más experto, de los encantos de un camino que ante ellos se abre, no quiere gustarlos solo, sino que se empeña, con noble deseo, en que sean saboreados por su compañera, á quien sirve de guía amoroso, y no de acuciador insaciable ó egoísta camarada que se dispone á recorrer sólo la ruta.

La convicción, ¡con tanto dolor y vergüenza adquirida!, de que el marido busca, á veces, en la mujer sólo el placer del coito, y no ha sabido ni querido ganar el espíritu delicado y tierno de su compañera, hace que ésta no pueda entregarse al amor... que para las mujeres es siempre Amor, con mayúscula.

Sólo cuando la mujer ha llegado á querer y estimar á su compañero, está *espiritualmente* preparada para poder gozar con él sexualmente, pues si ello no es así, aun cuando en ciertos momentos, una serie de circunstancias y motivos la empujen carnalmente al orgasmo, al cual tal vez *desea* vivamente entregarse, el recuerdo de la acción canallesca cometida por el hombre, que atentó á su pudor de mujer, á la



tranquilidad material de su hogar, el relámpago del desprecio dormido hacia quien holló las flores de su espíritu con una iniciación grosera y brutal, la visión repentina de todo el mal sufrido en su sentimentalismo de mujer engañada, todo ello, junto ó separado, hace que en un repentino tirón se rompa el sutil hilo del que la voluptuosidad pendía en la mujer, la frialdad sexual se establece, y el orgasmo muere antes de nacer. Por algo se dijo, quizás sin pensar dar á la palabra «Amor» toda la completa significación, espiritual y carnal, que nosotros queremos que tenga ahora, que «el verdadero Amor, no es el que disculpa los defectos, sino el que no los descubre».

Es necesario que la mujer, sana de cuerpo y espíritu, que pueda gozar sexualmente con un hombre, no tenga ante él nada indigno, doloroso ó grosero, que al recordarlo pueda interponerse entre ambos, y que quien desee hacer sentir á su compañera esa mágica y sutil vibración de su cuerpo, no ignore que ésta no ha de llegar si no es al unísono del trepidar amoroso de su espíritu, y que á ello no se puede alcanzar con imposiciones ni violencias, ni forzando con excitantes de rijosidad y lascivia, el arca, sencilla y olorosa, donde al conjuro de un abrazo viril ha de brotar la rosa de fuego de amor, sin que se marchite y enlode el lirio blanco de la feminidad sana y honesta.

Reordemos, como ya hemos dejado dicho, la preponderancia que hoy tienen las ideas de Freud y la importancia decisiva que los *traumas sexuales* dejan en el espíritu de los que sufriendolos, son por ellos y para siempre enfermos del psiquismo, y no nos extrañará cómo el *traumatismo* que un amante impaciente ó un marido groseramente lascivo, pudo producir en las primeras relaciones sexuales, y que tanta ó más huella que en el cuerpo de la mujer brutalmente poseída, ha dejado para siempre en su espíritu, sea para siempre ya, como una losa de plomo que apague la llama de la sexualidad, cuando comience á lucir y tenga la directa responsabilidad de que aquélla sea para toda su vida, una enferma de frigidez sexual.

«Se podrá asaltar tal vez la virginidad con artes y mañas de D. Juan, pero estad bien seguro de que ninguna de cuantas mujeres hizo suyas D. Juan amordazando su voluntad y profanando su virtud, lo fué en la acepción amorosa de la palabra.»

Como no queremos citar en este trabajo historias clínicas que han de servirnos para un próximo y ya planeado artículo sobre *Las perversiones sexuales como causa de ginecopatías*, no tratamos de hacer resaltar cuanto queda dicho con el doloroso y casi trágico claro oscuro que la enumeración de casos prácticos habían de prestarles con la exhibición de un triste rosario de infamias, aberraciones y vergüenzas, y sólo queremos acentuar que la clínica confirma cuanto leído pudiera parecer teórico ó exagerado.

Las estadísticas sobre la frecuencia de anafrodisia en la mujer, han de ser forzosamente erróneas, y así las cifras oscilan para unos de un 40 á un 50 por 100, mientras Steckel, en su admirable obra «La frialdad sexual de la mujer», año 1922, las hace descender á un 20 por 100.

Como muchas mujeres, creyendo desilusionar á sus amantes, fingen una voluptuosidad que no sienten, los datos subjetivos son siempre erróneos, pues difícil si no imposible ha de ser aquilatar la verdad, ya que si el escéptico dijo «que la virginidad en la mujer sólo se reducía á fingir pudores y gritar á tiempo», no sabemos qué palabras hubiera podido emplear para fallar el pleito de la existencia ó no de placer sexual en la mujer. Lo que sí creemos haber dejado bien establecido, es que estando la mujer, sana y normal, bien dispuesta para lograr el orgasmo sexual, éste puede

resultar fallido por una serie de causas tan numerosas y sutiles, que en el terreno de la práctica, la frialdad sexual está en la mujer considerablemente extendida, y hace que un gran número de esposos no lo sean en el sentido completo de compartir dolores y alegrías, penas y placeres, pues si «engendrar no es la maternidad, pues hay mujeres que nacen madres, y abuelas que sólo han sabido ser mujeres», tampoco unirse á un hombre es llegar á ser su mujer, y en lograr esto, tanto como las condiciones anatomofisiológicas del organismo femenino, influyen las diversas modalidades que el hombre ponga en juego para hacer suyo primero el corazón y el espíritu de su compañera, y alcanzar luego como *premio* (nunca como inicial objeto de sus ansias) la llave que le permita gozar y compartir el placer de su cuerpo, que no será nunca profanado con torpes lascivias, ni obscenos afanes, aun cuando los dicte el equivocado propósito de acuciar deseos que no despiertan, y sacudir perezo-sas energías.

No olvidemos nunca que la mujer, la que luego puede llegar á ser madre, no empieza nunca su vida sexual, sin que el dolor de la desfloración sea para siempre un símbolo de que al dolor puede nuevamente volverse por equivocada conducta del amante, y que aún logrado el placer genital en la mujer, es siempre una cuerda tendida entre dos puntos de dolor, el de la iniciación amorosa y el del parto; no nos esforcemos, pues, en trazar un paralelismo entre el amor sexual del hombre—siempre acompañado de placer—y el de la mujer, que de tal manera bordea el dolor, ni olvidemos nunca que la más sencilla manifestación de inclinación amorosa, el beso es en el hombre borrachera de ardiente deseo, que apenas encendido, se apaga sin cenizas, mientras que en la mujer no ha de representar el beso, vino que embriague desde los labios, sino flor que en éstos brota, de un rosal que arraigó y creció muy adentro.

Si tuviéramos la pretensión ridícula de abarcar en su magna amplitud el problema sexual en la mujer, en lugar de tratar sólo algunos aspectos del mismo, tendríamos que ocuparnos de aquellos casos de frialdad sexual femenina, que son así adjetivados muy de ligero, ya que por la manera especialísima, *unilateral*, en que el coito se realiza, no han llegado nunca á ponerse á prueba las características sexuales de la mujer, tachada de frialdad pasiva y reo á lo más, del pecado de no *autosugestionarse* lo bastante para seguir el rápido ritmo genésico de su compañero, que indiferente á ella, y yendo solo á sus personales apetencias, rápidamente satisfechas, para nada tiene en cuenta la falta de paralelismo erótico, que entre ambos existe. Este tipo del *marido-autómata-genital*, es desgraciadamente fruta bastante extendida.

Invertiendo los términos que del título de nuestro trabajo se deducen, nos hemos ocupado hasta ahora más de la frialdad sexual de la mujer que del dolor erótico, del cual sólo incidentalmente hemos hablado.

Un artículo de Moriz Porosz, de Budapest, recientemente publicado, remueve, desde el campo urológico y dermatológico, en los que el autor labora, la cuestión del dolor en la mujer acompañando al coito. Existen varias ginecopatías que tienen á su cargo, no sólo el que el acto sexual no se desarrolle dentro de la atmósfera de placer voluptuoso en que fisiológicamente debe desenvolverse, sino que el dolor aparezca como inesperado y cruel cortejo del coito.

En un anterior artículo nuestro, hace ya tiempo aparecido, historiábamos unos casos de dispareunia, debida á retroversión de útero, causa, no sólo de un notable *acortamiento* del eje de la vagina, sino que originando, además, un prolapsa de los ovarios, en el fondo de saco de Douglas,



hace que al ser éstos mecánicamente *contundidos* en el acto sexual, éste se realice con grandes dolores por parte de la mujer, dolores que teniendo lugar primeramente sólo en el momento del coito, las repeticiones de éste, y el estado congestivo en que por falta de *depleción* quedan los anejos uterinos, ya que el dolor hizo interrumpir el coito antes de llegar á la completa finalización fisiológica de éste, va exacerbando la sintomatología dolorosa, hasta llegar á producir casi una crisis de vaginismo, en cuanto se trata de iniciar la aproximación sexual. Una operación de Alexander-Adam, elevando el útero, y con él los anejos prolapsados, y haciendo *recobrar* á la vagina la longitud que la *retroposición* del útero había aminorado, acaba con toda la sintomatología dolorosa, y es el tratamiento causal de esta modalidad de dolor en el coito.

El profesor Carlos Alberto Castaño, de Buenos Aires, ha contribuido con admirables publicaciones á la *consagración* de una entidad clínica, que si bien fué ya mencionada por Richet, en 1858, en su tratado de Anatomía Médico-Quirúrgica, no adquirió verdadera individualidad ginecopática, hasta los trabajos del profesor Bazterrica, completados y difundidos luego por su discípulo el Dr. Carlos A. Castaño.

Nos referimos al *varicocele pelviano*, constituido, como su nombre indica, por la dilatación varicosa de las venas *utero ováricas*, que desembocan, las del lado derecho, en la vena cava inferior directamente, y las del lado izquierdo, en la vena renal, y por mediación de ésta, luego, en la cava inferior, particularidad anatómica que explica la mayor frecuencia del *varicocele pelviano* en el lado izquierdo, y la mayor preponderancia de las lesiones, en este lado, en los casos de bilateralidad. Como causa predisponente de las lesiones varicosas, figura la sífilis, adquirida ó hereditaria.

Lo que caracteriza clínicamente á las enfermas de *varicocele pelviano*, es la falta de paralelismo entre la aparatósima sintomatología dolorosa, y la escasez de lesiones reconocibles por el tacto vaginal.

Se trata de enfermas que *parece* que por los datos subjetivos que dan, *deban* tener grandes lesiones inflamatorias de anejos y tejido celulooperitoneal de pelvis, y con gran sorpresa no presentan al reconocimiento ginecológico las tumoraciones flogísticas de anejos que se creía iban á ofrecer, ni el útero está fijo ni enclavado, ni se perciben *empastamientos* en los fondos de saco vaginales.

Como todavía en los tratados españoles de Ginecología no ha sido bastante difundida la nueva entidad clínica á que venimos refiriéndonos, cuando en la práctica se encuentra una de estas enfermas que *parecen de anexitis...* y no tienen apreciables lesiones anexiales y se atribuyen los dolores al nerviosismo (!) de la paciente, como no hay aparente justificación anatómica para realizar una intervención mutilante, se instituye un tratamiento fisicomédico y se prescriben las sesiones de diatermia... que por la congestión pasiva que originan, empeoran notablemente el cuadro doloroso. El dolor es debido, en el *varicocele pelviano*, á que invadidas las paredes venosas por un tejido de esclerosis, éste invade también los *alrededores* de la vena, produciendo una *periflebitis* que al englobar los filetes nerviosos que costean la pared de la vena, origina una *neuritis*, causa del dolor que atormenta á las pobres mujeres y las invalida para la realización de sus funciones sexuales y domésticas.

Los síntomas que definen al *varicocele pelviano* son una *dismenorrea* premenstrual, que precediendo dos ó tres días al derrame catamenial se alivia notablemente cuando éste aparece; una *leucorrea* abundante, debida á la hiperproducción glandular uterina. Por congestión permanente, *leucorrea* que sería mejor llamar *hidrorrea*, y la *dispareunia*.

El dolor en el coito ha sido llamado por Carlos A. Castaño *dolor erótico* y se origina en las enfermas que sintiendo una permanente sensación voluptuosa, por la repleción congestiva de los plexos venosos que rodean al clitoris, no pueden satisfacerla porque inmediatamente de iniciado el coito, se produce en ellas un dolor intenso que las obliga á rechazar violentamente el abrazo amoroso. Este dolor se puede demostrar también al hacer el tacto vaginal y comprimir suavemente los fondos de saco laterales.

Objetivamente, la única manera de recoger algún dato al explorar la enferma, es lograr encontrar rugosidades, *tactando la enferma estando ésta en pie*, haciéndolos desaparecer luego totalmente, al colocar la enferma en Trendelenburg, por lo cual, cuando realizado el tratamiento curativo del *varicocele pelviano* (resección venosa entre ligadura doble, previa laparotomía infraumbilical) se coloca la enferma en posición declive no se vé el *varicocele* que se había diagnosticado, y que *reaparece* haciéndose bien salientes los paquetes varicosos en los ligamentos anchos, en cuanto se comprime el útero—con la mano, ó con un histerolabo—unos minutos.

La llamada por Moris Porosz «*Ovaralgia erótica*» está integrada por un dolor vivísimo en el acto del coito, originado por congestión permanente de los ovarios; producida ésta, porque la semiimpotencia del marido no consintiendo una erección completa ni duradera, producen una permanente congestión ovárica, sin la de tumescencia que el coito completo—imposible, como decimos, por la semiimpotencia del hombre—lleva consigo, y que al permanecer establecida un día y otro conduce á un estado de ansiedad espiritual en la mujer (neurosis de angustia), de insomnio, de cefalalgia, con leucorrea abundante, dismenorrea prehemorrágica y menorragias considerables.

Las excitaciones genésicas, repetidas en estas enfermas, una y otra vez, pues su libido es normal, más bien exagerado, al no poder ser seguidas de completa *depleción* (pues la semiimpotencia del hombre pone inesperado fin al acto sexual) conducen primero á un estado congestivo permanente de las glándulas ováricas, posteriormente á una degeneración microquística de éstas con graves perturbaciones funcionales del sistema nervioso central; estado agravado más tarde, cuando convencida la mujer ó llegado este convencimiento á los dos cónyuges de que por vía normal no obtendrá nunca la completa sensación del orgasmo, se despeña por la sima de las prácticas masturbatorias ó de las perversiones sexuales.

Es una ley natural que no deben ser permitidas disarmonías en el terreno sexual, y que si existen éstas, no puede haber completa y absoluta penetración de sentimientos é ideas, base firme de felicidad conyugal; interesa, pues, mucho evitar esos casos de semiimpotencia genital en el hombre, que son tantas veces de causa gonocócica, ya que para Moriz Perosz—con exclusivismo acaso exagerado—no existe casi nunca la llamada *neurastenia sexual* en el hombre, pues más que una lesión nerviosa primaria, suele tratarse de una *atonía prostática*, que puede curar mediante tratamiento eléctrico local, mientras que la lucha dirigida sólo contra la *nerviosidad* únicamente al fracaso suele conducir.

Del mismo modo, dice M. P., que es una grave falta, cuando un ginecólogo quiere curar una esterilidad matrimonial con curas ó intervenciones ginecológicas, no asegurarse antes de la fecundidad cierta del marido (que puede ser un azoospermico), es también una grave omisión, cuando se trata de prescribir medidas terapéuticas ante un caso de coito doloroso en la mujer, no pensar que puede ser debido á falta de potencia normal del hombre por *atonía*



prostática, y dirigirle al urólogo que, al curarle a él, ha de permitir pueda tener éxito el tratamiento ginecológico, que permanecería ineficaz mientras la semiimpotencia del marido no desapareciera.

Tan dispuestas están siempre las mujeres á hacerse ellas responsables de las irregularidades observadas en la vida sexual de los matrimonios, y tan hábil é hipócritamente ocultan los hombres la culpabilidad que les corresponde, que en una de esas visitas que al despacho de todo ginecólogo llegan (*queriendo enterarse las mujeres de lo que no se atreven á preguntar concretamente*), y á las que aludíamos al comienzo de este artículo, integrada por una bella y joven señora argentina, desde hacia dos años unida á un hombre de cuarenta, con las señales inequívocas de una pasada juventud borrascosa—que habría socavado los cimientos de su virilidad—, al temer por la falta de sucesión, ni por un momento trataron de buscar el parecer de un urólogo, que podría informar acerca del estado genital del marido, sino que éste, achacando, entre burlas y veras, la causa de la esterilidad matrimonial á la mujer, llevaba ésta á un ginecólogo... que ninguna lesión podía en ella apreciar, y que aún hubo de oír de sus labios, como ingenua explicación de la posible causa de la infecundidad, «que en el acto sexual ella se *demoraba...*», cuando seguramente hubiera sido más exacto decir que era el marido quien se *adelantaba*, acaso con una incompleta y fugaz erección por antiguas *reliquias gonocócicas*.

\* Madrid, 9 de Noviembre de 1924.

## Simpatectomía cervicotorácica en la angina de pecho<sup>(1)</sup>

POR EL

DR. JOSÉ ARCE

Profesor de Clínica quirúrgica; rector de la Universidad de Buenos Aires.

Desde que Tomás Jonnesco en 1916 practicó la primera extirpación del simpático cervicotorácico en un enfermo atacado de angina de pecho, hasta la hora presente, no ha sido largo el camino recorrido por la terapéutica quirúrgica en el tratamiento de esta enfermedad.

Y, sin embargo, los resultados obtenidos por él en ese enfermo y otros posteriormente operados y los que por su parte han obtenido los contados cirujanos que siguieron su ejemplo, han sido lo bastante buenos, como para que un mayor número se decidiese á imitarle.

Que la angina de pecho es una enfermedad grave y que con frecuencia mata en pleno acceso, es cosa que por sabida no necesita comentario. Y que en la mayoría de los casos todos los tratamientos, inclusive el antilúético, fracasan ó sólo otorgan insignificante y pasajero beneficio á los pacientes, es un hecho de observación banal en la práctica médica.

Llama, pues, la atención que el tratamiento quirúrgico no haya despertado mayor interés entre los médicos, y aun entre los cirujanos, siendo así que unos y otros no tienen, por ahora, nada mejor que ofrecer á sus enfermos.

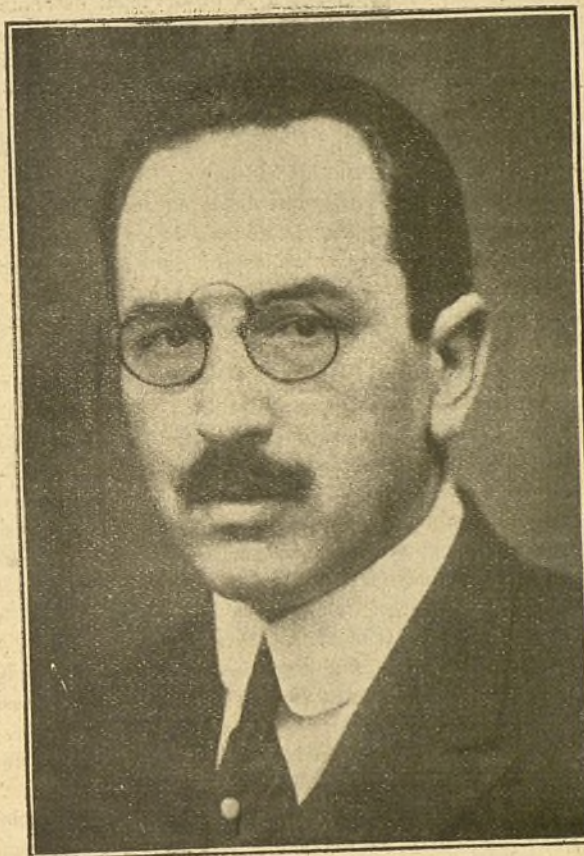
Y no se puede objetar la operación por causa de su complejidad ó de su gravedad inmediata ó alejada.

En lo tocante á lo primero, podemos afirmar que se trata de una intervención sencilla. Es evidente que quien la practique deberá conocer con algún detalle la anatomía de la región en que le toca actuar; pero esta circunstancia, que no es primitiva de la simpatectomía, no restringe demasiado el número de cirujanos que pueden realizarla.

(1) Conferencia dada en la Real Academia Nacional de Medicina.

La búsqueda del cordón nervioso y de los ganglios que se encuentran en su trayecto no es difícil, y si bien es cierto que la disección y aislamiento de los ganglios cervical inferior y primer torácico exigen prudencia y meticulosidad, no lo es menos que todo cirujano que se precie de tal está obligado á contar con esas características entre las muchas que le exige el arte de operar.

Por lo demás, la operación puede y debe ser realizada bajo anestesia regional y local. Jonnesco usa y aconseja la anestesia raquídea con estovaina-estricnina, hecha al nivel del primer espacio interespinoso dorsal. Soy un decidido partidario de la anestesia raquídea lumbar y aun dorsal inferior, y, sin embargo, no he recurrido á ella, según el consejo de Jonnesco, porque la anestesia mixta, regional



El Dr. D. José Arce.

y local, es igualmente eficaz, á la vez que más sencilla y más inocua. En ningún caso y por ningún motivo debe emplearse la anestesia general.

Los enfermos así operados, no solamente no sufren, ni tienen complicaciones inmediatamente después de la operación, imputables á la operación misma, sino que, por el contrario, la desaparición de los fenómenos dolorosos, tan molestos, que son propios de la enfermedad, les permite descansar y dormir y les produce una euforia que contribuye poderosamente á los excelentes resultados inmediatos que se observan una vez practicada la operación.

Esta falta de trastornos postoperatorios inmediatos, sea ella debida á la inocuidad de la operación, ó á la falta de accesos anginosos, ó á las dos cosas á la vez, es un hecho comprobado por todos los cirujanos que se han ocupado de la cuestión.

En cuanto á los resultados alejados, preciso es distinguir entre los enfermos afecta los de angina de pecho simplemente y aquellos que, concomitantemente, ofrecen á la observación, alteraciones cardíacas más ó menos profundas,



sea que éstas hayan precedido á la angina ó constituyan el episodio final en la evolución de la enfermedad.

En los primeros, la simpatectomía suprime el dolor y con él, si no el único, el más molesto de los síntomas que los inhabilita; en ellos, los resultados alejados son excelentes. Jonnesco ha revisado su primer operado de 1916 en 1923 y lo ha encontrado en las mejores condiciones.

En los últimos, ó sea en los anginosos que al propio tiempo son cardíacos, las complicaciones de su cardiopatía, especialmente el edema pulmonar, los persiguen aun después de la operación y á veces no permiten comprobar los beneficios que de ella derivan, en razón de que precipitan á los enfermos hacia el desenlace fatal.

Cabe, pues, asombrarse frente á los hechos que dejo sintetizados y que corresponden á la observación detenida y sería de los enfermos atacados de *angor pectoris* que han sido operados hasta la fecha, de la indiferencia, ó cuando menos del escaso interés demostrado hasta ahora por médicos y cirujanos, con relación al tratamiento quirúrgico de esta terrible enfermedad.

No es esta la oportunidad ni hay motivo para ello, de reeditar las diversas teorías que desde su respectivo punto de vista pretenden explicar la génesis de los dolores habitualmente atroces, que sienten los enfermos en el momento del acceso. Cualquiera de ellas que se acepte, un hecho es absolutamente innegable: la intervención del plexus cardíaco en la producción del fenómeno.

La irritación recogida por el referido plexus, sea al nivel de la iniciación de la aorta, sea al nivel de las paredes del ventrículo, marcha á lo largo de las fibras simpáticas centrípetas, hacia los centros medulares, de donde vuelve en forma de excitación motriz centrífuga, hasta el mismo plexus.

Camino andando, las fibras centrípetas y centrífugas han pasado por el ganglio estrellado, ó sea por la fusión del ganglio cervical inferior con el primer ganglio torácico, verdadera encrucijada que no pueden eludir, ni las unas, ni las otras. Más adelante, todavía las fibras simpáticas centrípetas llegan á la medula, á lo largo de la raíz posterior y después de atravesar el ganglio espinal correspondiente; en esa parte de su trayecto y dentro de la medula misma, se ponen en contacto con las vías centrípetas del sistema de la vida de relación.

Este último hecho explica la irradiación de las sensaciones recogidas al nivel del corazón ó de la aorta por el sistema simpático, á las fibras del sistema espinal que corresponden á los cinco primeros segmentos medulares dorsales, y como consecuencia las localizaciones dolorosas al nivel de la cara interna de los miembros superiores (branquial cutáneo interno) y de las regiones esternal, precordial y epigástrica. (1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º intercostales).

En cuanto al primer hecho mencionado, ó sea al paso obligado de las fibras simpáticas centrípetas por el ganglio estrellado, explica cómo la extirpación de este ganglio interrumpe el reflejo cardíaco é impide que las irritaciones cardioaórticas puedan ser transmitidas del sistema simpático al sistema espinal, con lo cual se suprimen los dolores anginosos.

Establecidas estas premisas anatomofisiológicas y la experiencia recogida en la observación clínica de los enfermos operados hasta ahora, podemos concluir que la simpatectomía cervicotorácica es el mejor remedio contra el dolor de la angina de pecho y que en consecuencia se obtendrán con ella los mejores resultados cuando se la practique en las formas monosintomáticas dolorosas del *angor*.

Ahora bien; si hemos de atenernos á la experiencia de los cardiólogos, estas formas no son las menos graves, pues aun cuando el examen clínico y las exploraciones radiológi-

ca y electrocardiológicas demuestren pocas alteraciones del lado de la aorta y del miocardio, el dolor puede causar la muerte súbita en el momento del acceso. Y, sin embargo, el accidente final suele tardar muchos años en llegar, durante los cuales los ataques y los sufrimientos se suceden, á veces, en forma subintrante.

En estos casos, la operación, suprimiendo el dolor, suprime la única molestia que aflige al enfermo, y al propio tiempo suprime la causa más frecuente de muerte, con lo cual es evidente que el pronóstico mejora hasta el punto de que no falta quien hable de curación definitiva de la enfermedad.

Por el contrario, en las formas polisintomáticas con alteraciones cardíacas ó aórticas que complican el cuadro, la operación estará indicada siempre que el dolor la exija; pero ella no podrá nada contra las lesiones orgánicas y sus complicaciones.

De todo cuanto queda dicho, podemos concluir: que la simpatectomía cervico-torácica interrumpe con seguridad absoluta el arco reflejo del plexus cardíaco, impidiendo así que las irritaciones cardioaórticas puedan engendrar una excitación motriz en el sistema simpático y que las sensaciones dolorosas producidas por esas irritaciones puedan irradiarse á los nervios de la vida de relación, tributarios de los segmentos medulares, en los cuales los sistemas espinal y simpático se ponen en íntima relación; que dicha operación no produce más beneficio que el de evitar el dolor, y finalmente que, estando indicada en todos los casos en que el dolor constituye un síntoma molesto ó predominante, lo está especialmente en las formas monosintomáticas, en que el dolor es el único fenómeno que traduce la enfermedad.

Con esta convicción, y porque no es posible desechar sin experiencia personal un tratamiento que se presenta apoyado en tan buenos fundamentos, me impuse la tarea de realizar algunas operaciones de esta clase y son los resultados inmediatos, obtenidos en las tres que he practicado hasta ahora, los que me permito ofrecer á la consideración de los señores académicos.

Los enfermos que he tenido oportunidad de operar, me fueron enviados de la clínica del profesor Escudero, por mi distinguido amigo el Dr. Arrillaga, á quien agradezco su valiosa colaboración.

El primero, operado hace más de cuatro meses, es un hombre de sesenta y seis años, italiano, zapatero, antiguo diabético que obedece bien al régimen. Con síndrome anginoso desde cinco años atrás, había mejorado algo con tratamiento específico; tres meses antes de la operación, reaparece el síndrome anginoso y no cede, ni al régimen ni á los diversos tratamientos instituidos. No duerme y no puede realizar esfuerzo alguno, hasta el punto de que si camina veinte ó treinta metros, aparece el acceso. La vida se le ha hecho tan penosa que piensa en el suicidio.

El examen físico revela una arterioesclerosis con hipertrofia ventricular izquierda, é hipertensión arterial, 22 á 26 de máxima y 12 á 14 de mínima con el aparato de Pachon. El electrocardiograma ratifica la hipertrofia ventricular izquierda.

Aceptada la operación, la realizo bajo anestesia mixta regional y local, después de haber suministrado al enfermo tres inyecciones de sedol, en las doce horas que preceden al acto quirúrgico.

El paciente permanece acostado en decúbito lateral sin dificultad y duerme mientras realizo los primeros tiempos de la operación. Cuando, una vez descubierto el tronco del simpático, le tomo con una pinza de Kocher, inmediatamente por debajo del ganglio cervical superior, el enfermo sale de su somnolencia y pide que le dejen dormir. Las maniobras de disección y aislamiento del referido ganglio, lo



mantienen en un estado de semivigilia; pero una vez arrancado éste de la base del cráneo y mientras se persigue la disección del tronco nervioso hasta llegar al ganglio cervical inferior, duerme nuevamente, como si estuviese bajo la acción de la anestesia general. Despierta cuando se inicia la disección de la masa ganglionar cervicotorácica y anuncia consternado la aparición del acceso de *angor*, en el momento en que se ejercen tracciones de la misma, para seccionar los nervios y filetes que á ella llegan ó de ella emergen. Esta sensación angustiosa dura pocos segundos y cesa bruscamente en el momento en que terminada la extirpación, quedan en manos del cirujano el tronco nervioso, el primer ganglio torácico y los tres ganglios cervicales.

En este caso, y como sucede habitualmente, el ganglio cervical inferior formaba una sola masa con el primer ganglio torácico.

Mientras se hace la hemostasia, toilette y sutura de la herida, el enfermo cae nuevamente en somnolencia, hasta el punto de que, en el silencio que reina en la sala de operaciones, se le oye roncar.

Terminada la operación, se observan en él los fenómenos siguientes: ptosis palpebral, miosis, congestión conjuntival y lagrimeo. La tensión arterial ha disminuído. El enfermo permanece sentado en su lecho, en un estado de placidez é indiferencia, que él atribuye al intenso bienestar que experimenta.

Por la noche duerme profundamente ocho horas seguidas, y al despertar manifiesta que hace muchos años que no sabe lo que es dormir de esa manera.

Siete días después de operado, la herida está cicatrizada; el enfermo se levanta, camina sin fatigarse y demuestra de todas maneras una euforia evidente. En ningún momento ha sentido el menor asomo de dolor, ni siquiera el hormigueo molesto que á manera de áurea denunciadora sentiría en la región interna de los brazos, antes del ataque. Ha vuelto al trabajo, nos visita con frecuencia y se declara totalmente curado, tal es la sensación de bienestar que experimenta. Esta curación se mantiene hasta el momento actual.

El segundo enfermo es un español de cuarenta y cuatro años, camarero, que desde un año y medio antes de llegar al hospital, tiene disnea de esfuerzo y dolores de tipo anginoso. El examen físico revela una aortitis con insuficiencia aórtica y gran hipertrofia del ventrículo izquierdo; la tensión máxima es de 19 y de 4 la mínima. El electrocardiograma revela bloqueo de la rama derecha del haz de His. Hay anemia intensa, vértigos y fenómenos graves de insuficiencia cardíaca.

Instituído el tratamiento específico mejora notablemente y se decide á volver al trabajo, pero pocas horas después de abandonar el hospital, es atacado por un terrible acceso de dolor anginoso. Reingresa, y conociendo el resultado obtenido en el enfermo anterior, solicita la operación.

No me fué posible practicarla de inmediato, pues la anemia por una parte y la absoluta imposibilidad de que el enfermo realizase el menor esfuerzo, sin que inmediatamente sintiese venir el ataque, me decidieron á esperar mejor oportunidad, mientras el reposo y algunas inyecciones de arseniato de hierro, colocaban al paciente en mejores condiciones.

Llegado el momento que creímos conveniente, realizamos la operación. Fué preciso proceder á ella con el enfermo sentado, pues se ahogaba si se pretendía colocarle en decúbito dorsal ó lateral. Empleamos la misma anestesia y realizamos la misma operación que en el enfermo anterior. Las manifestaciones de angustia en el momento de maniobrar sobre los ganglios, especialmente sobre el estrellado

fueron más acusadas en éste, pero la sensación de alivio fué igualmente repetida é intensa, cuando se hubo seccionado el último filete que vinculaba el ganglio con el resto del sistema.

La herida cicatrizó en pocos días sin accidente digno de mención; los fenómenos oculares fueron los mismos y la sensación de bienestar tan neta como en el enfermo anterior. Trasladado del instituto de cirugía á la clínica del profesor Escudero, tuvo pocos días después una complicación pulmonar con congestión y edema, propia de su avanzada lesión cardioaórtica, que felizmente se conjuró en algunas horas con la medicación apropiada.

Tuve oportunidad de ver este enfermo el día antes de salir de Buenos Aires y seguía en las mejores condiciones. En ningún momento había sentido dolor; permanecía aún en el hospital á causa de su lesión cardíaca.

El tercer enfermo, operado el mismo día que el anterior, es un ruso, agricultor, de cincuenta y dos años, que sufre de angina de pecho desde dos años antes de ingresar al hospital. No ha tenido sífilis, pero hay una dilatación aórtica, con insuficiencia revelada por un doble soplo. Sus arterias son duras; la tensión máxima alcanza á 22; la mínima es de 5. El electrocardiograma demuestra bloqueo de la rama derecha del haz de His.

La operación se realiza bajo anestesia regional y local, y se extirpan el tronco simpático, los ganglios cervicales superior y medio, que en este caso existe, y el ganglio estrellado. Terminada la operación, el canal torácico linfático queda disecado en la región, con sus tortuosidades características, hasta su desembocadura en la vena subclavia.

Los hechos observados inmediatamente después de la operación son exactamente iguales á los anotados á propósito de los dos enfermos anteriores. El dolor desaparece por completo; el paciente acusa, sin embargo, un cosquilleo anormal en la parte interna de la mano derecha que no le molesta ni preocupa mayormente, pero que nosotros anotamos por si pudiera decidirnos á aconsejar una nueva operación del lado derecho.

Este último enfermo abandonó el hospital poco tiempo después de operado, pero sigue concurriendo semanalmente á la clínica del profesor Escudero. Hasta mi salida de Buenos Aires el excelente resultado obtenido no se había modificado.

En mis tres operados la operación es reciente, pues la primera data de sólo cuatro meses, pero los resultados inmediatos no han podido ser mejores.

Para terminar quiero referirme á la anestesia y al proceso operatorio. La anestesia es regional y local, precedida de tres inyecciones de sedol, eubetancia que, por la escopolamina que encierra, mantiene aletargados los enfermos y los dispone mejor para la intervención. Traído el enfermo á la mesa de operaciones, se bloquea el plexus cervical con tres inyecciones de novocaína al 1 por 100, hechas profundamente al nivel de las apófisis transversas (anestesia para vertebral), y luego se infiltran la piel y el tejido celular á lo largo del borde posterior del músculo esternocleidomastoideo con novocaína al  $\frac{1}{2}$  por 100. En estas condiciones la operación puede ser realizada, sin que el enfermo sienta el menor dolor, salvo el que producea las maniobras sobre el tronco y ganglios del simpático.

En cuanto al proceso operatorio, se reduce á una incisión vertical á lo largo del borde posterior del músculo esternocleidomastoideo izquierdo; abierta la vaina aponeurótica que envuelve al músculo, y reclinado éste hacia adelante se descubren la yugular, la carótida y el neumogástrico, que son también reclinados hacia adentro y adelante. En el fondo



de la herida aparece por delante de los músculos prevertebrales, el tronco grisáceo del simpático. En la parte superior y vinculado á él, se encuentra el ganglio cervical superior. Disecado éste y seccionados los filetes que de él emergen, se lo arranca ó secciona al nivel de la base del cráneo. Se prosigue luego la disección del nervio hacia la región supraclavicular hasta llegar á la arteria tiroidea inferior, por debajo de la cual pasa habitualmente. Inmediatamente por debajo se encuentra el ganglio cervical inferior y vinculado á éste hasta el punto de formar en la mayoría de los casos una sola masa ganglionar, el primer ganglio torácico. Es á la fusión de ambos ganglios á lo que Neubauer ha dado el nombre de ganglio estrellado. La disección de este último es el tiempo complicado de la operación, pues es necesario desenvolverse entre vasos importantes: la arteria y vena vertebrales y la arteria intercostal superior.

Terminada la operación, unos cuantos puntos de sutura con catgut, aproximan la aponeurosis cervical y se sutura la piel sin dejar drenaje ó dejando á lo sumo unas cuantas hebras de crin en la parte inferior de la herida.

Esto es todo cuanto quería decir en apoyo de la intervención propuesta para combatir los horribles dolores de la angina de pecho; los resultados de mis primeras operaciones no pueden ser más halagadores.

En el próximo curso escolar me propongo dedicar algunas lecciones al desarrollo del tema, con el deseo de llamar la atención de médicos y cirujanos al respecto. No sé lo que sobre el particular se haya hecho en España; de todas maneras me sentiría feliz si esta comunicación pudiera incitar á algunos de mis muy distinguidos colegas, los cirujanos de Madrid, á practicar la simpatectomía cervicotorácica.

## EL NIKETOL APLICADO EN DERMATOLOGÍA <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. BARRIO DE MEDINA

Especialista en Dermatología y Sifiliografía de Madrid.

Acuden á nosotros los dermatólogos, mucho más que á los cirujanos, un buen número de enfermos afectos de lesiones que restamos á la Cirugía, aunque quizá encuadren en ella más que en Dermatología; pero el ser lesiones especialmente de piel unas, consecutivas á infecciones venéreas otras, ó por radicar en órganos que principalmente á nosotros se nos están encomendados, es el caso que los dermatólogos nos vemos precisados á ser pequeños cirujanos, y, por tanto, dominamos y ejercemos, casi á diario, la práctica de la anestesia local, interesándonos todo cuanto con ésta esté relacionado. La circuncisión por lesiones chancrosas endoprepuciales, extirpación de chancros sifilíticos, epitelomas de piel, raspado y extirpación de vegetaciones, dilataciones de adenitis más ó menos consecutivas á chancros venéreos ó mixtos, reducción de paraquimos, forúnculos y ántrax, etc., etc., son lesiones que vemos nosotros como especializados en esta rama de la Medicina y que para resolverlas y curarlas, nos vemos precisados á emplear la anestesia local; de aquí que, aunque conformes en general con la novocaína suprarreina, Meister Lucius ni que es la que casi todos empleamos para ella, prestase yo atención á un nuevo anestésico que, comercialmente llamado niketol, parecía por la bibliografía que á mis manos había llegado, que reunía condiciones y ventajas superiores á la novocaína. Fué coinci-

diendo con el práctico trabajo que el joven cirujano doctor Díaz Gómez publicó en *Medicina Ibera*, sobre el niketol en Cirugía, cuando yo comencé á estudiarle, aplicado exclusivamente á las lesiones que anteriormente citaba, y después de haber llegado á formar un concepto de él, dar la impresión de mis observaciones es el objeto de este modesto trabajo; más que nada, para que mis compañeros de especialidad las conozcan y, además, para que entre todos podamos ir formando una opinión sobre lo que es y representa este nuevo preparado, ya que la anestesia local interesa también y tiene aplicación en otras especialidades. Prescindiendo de describirle detalladamente, ya que en la literatura que le acompaña puede verse fácilmente, y únicamente diremos resumiéndolo, que ha sido descubierto por el doctor en Ciencias francés, Sr. Chesnais y que es un clorhidrato de paraaminobenzotolamato de etilo; es una sal definida y neutra, estable, poco soluble en agua, más en medios alcalinos, es ligeramente bactericida, soporta á la perfección la esterilización al autoclave á 120° y su solución se conserva bien, es vasoconstrictor ligero y es poco ó nada tóxico.

Su acción (dice la literatura) es rápida y tiene la propiedad de actuar lo mismo sobre los tejidos sanos que sobre los inflamados, propiedad que le hace superior á todos los anestésicos locales conocidos hasta hoy día, ya que se le puede emplear, no solamente por infiltración, sino por aplicación sencilla sobre la superficie que deseamos anestesiar.

Se presenta en ampollas de 5, 10 y 20 c. c. en soluciones al 1, 2, 5, 10 y 20 por 100, las cuales se emplean unas ú otras según la anestesia que pretendamos hacer, recomendándose la solución al 1 ó 2 por 100 para la anestesia por infiltración y la solución al 5 y 10 y hasta el 20 por 100 para la anestesia por aplicación sobre tejidos inflamados; las restantes tienen su aplicación en las diferentes especialidades.

Limitémonos ahora á referir los resultados que hemos obtenido en los casos en que lo hemos aplicado y técnica que hemos llevado á cabo.

*Observación I.* Enfermo con parauretritis gonocócica, vum inosa y supurada, que se hace preciso dilatar: aplicación local de compresas empapadas de niketol en solución al 10 por 100 por espacio de una hora, y gastando dos ampollas de 10 c. c. ó sean 20 c. c. Anestesia imperfecta, ya que positivamente le dolió el desbridamiento al enfermo.

*Observación II.*—Fimosis congénita. Circuncisión. Anestesia por inyección en cuerpos cavernosos de 6 c. c. de una solución al 2 por 100, anestesia perfecta.

*Observación III.*—Vegetaciones que invaden la casi totalidad del surco balano prepucial, hoja interna del prepucio y glándula. Infiltración con 12 c. c. de una solución al 2 por 100. Anestesia imperfecta en algunos puntos que fué total, infiltrando nuevamente una solución al 5 por 100.

*Observación IV.*—Adenitis inguinal izquierda supurada consecutiva á chancre venéreo del surco. Aplicación de compresas húmedas durante una hora de una solución al 10 por 100 (no pudimos conseguir la solución al 20). Anestesia imperfecta, aunque mejor que la que anteriormente tuvimos también por aplicación local.

*Observación V.*—Epitelioma de la piel y seborroide preepiteliomatosa, tamaño 2 centímetros. Anestesia perfecta por infiltración de la solución al 5 por 100 y

*Observación VI.*—Vegetaciones de hoja interna del prepucio. Infiltración circular de la piel del pene. Anestesia perfecta con una solución al 5 por 100.

Por lo que nosotros hemos observado, deducimos lo siguiente: Dada la poca ó nada toxicidad del producto, desechamos las soluciones al 1 y 2 por 100 y preferimos las de 5 por 100 para la anestesia por infiltración, con la cual ésta

(1) Comunicación á la Sociedad Española de Dermatología.



es perfecta. No hemos visto la acción tan señalada sobre los tejidos inflamados, que asegura tener la literatura hasta ahora publicada; hay que advertir que no hemos conseguido trabajar con soluciones más concentradas, pero no obstante sí hemos empleado las que aconsejan, no obteniendo con ellas satisfactorios resultados.

Por lo que á la Dermatología se refiere, podemos decir en resumen que el niketol posee iguales ventajas que los demás anestésicos para la anestesia por infiltración empleando soluciones al 5 por 100, por sus resultados perfectos, la falta de toxicidad, la duración larga de la anestesia, la ausencia de infiltraciones edematosas y las demás propiedades que posee, como perfecta estabilidad, poder esterilizarse á 120° en autoclave, etc., etc. Si su propiedad de acción sobre los tejidos inflamados es completa, aun empleándolo á concentraciones al 20 y más por 100, ni que decir tiene que figurará en primer lugar entre todos los anestésicos locales, ya que esta condición perfecta ninguno la tiene de los que hasta ahora empleábamos, teniendo en contra de esta ventaja el inconveniente de su lentitud en obrar en aplicación por contacto, ya que supone la pérdida de una y dos horas para preparar la anestesia.

Como inconvenientes, tiene también su sabor amargo (anestesia de mucosas) y el mayor de todos, que es enormemente caro.

Noviembre de 1924.

## Errores de diagnóstico en las formas atípicas del paludismo (1)

POR LOS DOCTORES

CARLOS W. HUYSEN y ROGELIO BUENDÍA

Un caso de paludismo pernicioso que nos llevó medio año de estudio y nos puso frente á opiniones médicas opuestas á las nuestras, nos movió á escribir este trabajo. Sabido es la importancia de hacer un diagnóstico siquiera relativamente precoz en una enfermedad que, como nosotros habíamos hace tiempo comprobado y ahora lo ha hecho el doctor Sadi de Buen, en la provincia de Huelva, hace estragos bajo todas las formas: desde la terciana hasta la perniciosa gravísima, hasta llegar á darse un caso, tratado por nosotros, semejante al que narra Cropper, donde casi un 50 por 100 de glóbulos rojos de la sangre periférica contenía parásitos, no estando por esto conformes, respecto á nuestra región, en cuanto á la benignidad relativa de que habla Pitta'uga en las formas de paludismo pernicioso de varias regiones de España.

En estas fiebres perniciosas, hay veces que como síntomas característicos, á más de la fiebre, que puede ser variable y presentar el aspecto de subintrante, continua, de estupor febril (forma tífica), se da un síndrome pulmonar (bronquitis, bronconeumonías), formas nerviosas con ataxia, trastornos en los centros de la palabra, amnesia, irritabilidad del sistema nervioso central, presentándose delirios, alucinaciones, etc.; puede dar lugar á confundirlo con un mal de Bright típico (*Maladie de Bright paludéen* de los franceses).

En un caso de uno de nosotros se había hecho un diagnóstico de fiebre tifoidea en una niña de once años, que presentaba, al comienzo de la enfermedad, á más de la fiebre y el estupor, una diarrea tífica. Pasados cuarenta y ocho días de estos accesos febriles, fuimos avisados para ver á la niña, llamándonos la atención el exagerado tamaño del bazo y del

hígado. Hicimos una punción periférica, encontrando en los frotos una gran cantidad de hematies con anillos, á más de una poiquilocitosis y una gran disminución en los leucocitos.

En estas formas abdominales hay la llamada malaria disenterica, caracterizada por diarrea con tenesmo, mucosmembranas y hasta melena, y ante estos síntomas no es raro pensar en una disenteria.

Conocemos un caso en un niño, diagnosticado de kalaazar, donde, sin hacer punción periférica, se hizo punción del bazo, encontrándose en vez de *Leishmania Donovan*, *Laverania Malariae*. Mencionemos las ictericias palúdicas, que llevan al clínico á pensar incluso en abscesos hepáticos (fiebre biliar de los ingleses) (1).

En fin, según las distintas localizaciones, tendremos formas atípicas diversas y que llevan al práctico que no se decide á hacer varios frotos de sangre del enfermo, en distintos días y horas, á diagnosticar falsamente ó á dudar respecto á la entidad patológica que el enfermo padece. Otra causa de error es que muchas veces en la sangre periférica no se obtiene un resultado positivo en casos de paludismo que el tratamiento químico diagnostica. Nosotros no somos muy partidarios de las punciones esplénicas, pues no es dado al práctico el llegar al dominio del *métier* en éstas á veces peligrosas intervenciones. Pero, más que todo esto, lo que puede despistar más al clínico es la resistencia absoluta de ciertos parásitos á la quinina, cosa que se da con más frecuencia de la que parece, cuya refractariedad á veces es tal que la medicación química parece agravar el estado del enfermo (casos de localizaciones hepáticas, formas nerviosas, donde hay una excitabilidad mayor de la sensibilidad periférica...).

Parece ser que los eritrocitos almacenan la quinina para llevarla á distintas partes del organismo é impiden que entren en ellos los parásitos. ¿Dependerían de una resistencia idiosincrásica á la quinina de los leucocitos, los casos refractarios á la quinina, ó bien esta resistencia dependería simplemente del parásito? Esta pregunta está contestada en parte por la experiencia de la guerra europea, donde eran muchos los casos en que la quinina no hacía efecto. Werner en el Suroeste de Africa ha comprobado que hay zonas de terreno donde estos parásitos son refractarios á la quinina y viven en organismos que antes no se habían sometido á medicación química. Pero no ha podido comprobar el paso de estos parásitos á otros hombres, porque faltaban animales especiales que sirviesen de intermediarios.

Estas mismas observaciones las ha hecho Neiva en el Brasil, y tanto éste como Werner creen que estos parásitos pasan por animales de sangre fría. Pero la explicación de esta resistencia á la quinina está en que no observándose esto en individuos aislados, como ocurre en nuestras zonas palúdicas, sino en casi todas las personas que llegan á esos países sin haberse sometido á un tratamiento preventivo químico, hay que pensar en una resistencia por *entrenamiento*, prueba de que la dosis profiláctica en las zonas palúdicas tiene que aumentar cada año. Pero esta explicación lógica que aquí damos no encaja en las formas *quinorresistentes* de como dijimos al principio, dió lugar á diversas interpretaciones nuestro clima, donde no se puede hablar de esto, puesto que no se ha sometido á nadie, hasta ahora, por lo menos en la zona de Huelva, á tratamiento profiláctico.

Un caso *quinorresistente* es el que vamos á narrar, que ciones á opuestos criterios diagnósticos y que por ser un

(1) Comunicación al II Congreso Nacional de Ciencias Médicas de Sevilla.

(1) Citemos las formas eclámpicas y psendomeningíticas, tan frecuentes en los niños, y la forma adinámica, sin fiebre (*forma algida* de los americanos).



caso complejo, con diversas localizaciones, y que creemos servirá de enseñanza á muchos como á nosotros, no hemos dudado en traerlo á este Congreso, seguros de que con él aportamos un resquicio más de luz en el cotidiano asunto de los errores de diagnóstico.

La señora B. F., de Isla Cristina, vino á vernos el 19 de Agosto de 1921. Nos cuenta que el 23 de Julio, á la hora de almorzar, sintiéndose enferma, con escalofríos y dolor en la nuca, teniendo una temperatura de  $37^{\circ},7$ , llamó á su médico, quien le formuló en días sucesivos, purgantes. Siguió varios días sintiendo escalofríos y dolores en la nuca, estando estos accesos febriles caracterizados por un calor intenso y sudores profusos, siendo de notar el estado nauseoso que acompañaba esta fiebre. El día 25 la vió otro médico que le formuló fermentos lácticos, sintiendo que se mejoraba con unas obleas de quinina que tomó después. Tuvo un nuevo cambio de médico, que creyó también en una infección gastrointestinal y le formuló bajo este diagnóstico. No mejorando, vino á Huelva. La vimos nosotros y encontramos el bazo y el hígado aumentados de volumen. La orina no contenía más que algunos glóbulos de pus. Con un diagnóstico de fiebre tifoidea hicimos el primer análisis de sangre (1), el cual dió el siguiente resultado:

Hemoglobina, 70 por 100.

Haciendo frotis y tiñéndolos con May-Grünwald-Giemsa y con Giemsa prolongado, nos encontramos con una proporción leucocitaria normal. Los eritrocitos muestran palideces y parásitos de paludismo, viéndose notables medias lunas de la forma de la *Malaria tropica*. Cuando regresó á su pueblo estuvo varios días tomando una poción de quinina que su estómago no toleraba, inyectándosele entonces Paludina durante varios días, sin resultado. Sigue con náuseas. En una consulta, un médico de Huelva hace el diagnóstico de un estado gastrointestinal con el hígado infartado, haciendo un pronóstico benigno.

El 16 de Septiembre vino de nuevo á vernos. Encontramos que la fiebre había descendido algo. Cuando le tomamos la temperatura tenía  $37^{\circ},7$ , con 76 pulsaciones, lengua saburral. El hígado y el bazo tenían el mismo tamaño, indolores á la palpación. El pulmón izquierdo presentaba una ligera matidez en el vértice. Se decidió á quedarse en Huelva, siguiendo desde entonces el caso á cargo nuestro. El día 17 hicimos un nuevo análisis que dió las siguientes modificaciones:

Hemoglobina, 80 por 100, con Tallqvist.

*Sangre fresca.*—Los contornos de los leucocitos están bien formados. Hay eritrocitos sueltos. Después de detenido análisis, formas móviles de medias lunas.

Los hematíes tienen tamaño normal, algunos están encogidos. Fibrina disminuida grandemente. No hay poiquilicitosis.

Los eritrocitos empiezan á insinuar la forma estrellada. Fórmula leucocitaria aproximada:

Eritrocitos, 3.600.000 á 3.800.000.

Leucocitos, 6.000 á 6.500.

La gota de sangre da el diagnóstico de paludismo.

En los frotis volvemos á ver las formas semilunares, todas extracelulares, muchas bordeando los hematíes. Hay formas pequeñas dentro de algunos hematíes.

Se sigue poniendo quinina y hierro sin resultado intramuscularmente, siendo muy irregular la gráfica de la temperatura, notándose que las temperaturas más altas corresponden casi siempre á las horas de ocho á doce de la noche

(1) Mencionemos aquí al Dr. Carlos Huysen (hijo) que hizo casi todos los trabajos de laboratorio.

y las más bajas de doce á cuatro de la tarde, siendo éstas casi siempre por cima de la normal y aquéllas pasando raramente de  $39^{\circ}$ .

En una consulta con dos compañeros más, éstos dudaron del paludismo, aunque para seguir probando, acordaron administrar quinina en forma de tintura de Warburg. La enferma tenía ligeros dolores en la región hepática y en el intestino grueso; sus deposiciones eran blandas, malolientes, de color verdoso, á veces mezcladas de sangre.

El 22 de Septiembre vuelve á examinársele la sangre, haciéndosele una extracción á la enferma de 7 c. c.: Hemoglobina, 90 por 100 (Tallqvist), 70 por 100 (Sahl).

En los demás análisis, las mismas particularidades que en los anteriores, sólo que no se logra ver los parásitos claramente.

Se envía á un laboratorio 5 c. c. de sangre para su análisis, con respecto á Eberth, Paratífus A. y B. y Melitensis, siendo negativo el resultado.

La enferma tiene ahora un catarro bronquial, tal vez una localización de los parásitos en las vías aéreas. En otra consulta, la opinión decidida de otros médicos es que se trata de una *granulía*, y, que, por lo tanto, el pronóstico es fatal. Ante esta extraña opinión tan reiteradamente ostentada, hicimos el análisis de esputos, encontrando neumococos, estreptococos de cadenas cortas y raros tetrágenos. Ningún bacilo de Koch ni otros signos de tuberculosis. Hicimos la inyección de la sangre de la enferma bajo el peritoneo de un conejillo de Indias, el cual hasta el noveno día no tiene alguna inquietud, pero comiendo bien, muriendo al cabo de catorce días, no encontrándose en la autopsia ni infartos de ganglios, ni otra particularidad más que congestión en los pulmones, una verdadera neumonía, que tal vez no fuera debida á la inyección.

Aún se le hicieron nuevos frotis, pudiendo desechar la leucocitosis y la eosinofilia. En este análisis no se encuentran parásitos.

Con este descorazonamiento, el marido, creyendo á su mujer tuberculosa en un grado fatal, se la lleva á una finca de campo. Allí sigue lo mismo durante dos meses, al cabo de los cuales marcha de nuevo á Isla Cristina, donde sanó de este paludismo estío-otoñal que á tanto médico despitó y que nos enseñó más que miles de casos de paludismo típico.

## ABDOMEN AGUDO (1)

POR EL

DR. SLOCKER DE LA ROSA

La historia del enfermo, el examen previo y radiológico y la punción exploradora nos ayudarán á formar juicio diagnóstico siempre que estemos dispuestos á operar.

Si se presenta después de una operación de apendicitis, que resolvió la grave situación del principio, sube la fiebre bruscamente, y no hay signos de abdomen inferior á que poder achacar nuevo foco, y tampoco encontramos en el pecho motivo bastante que justifique el brusco cambio, ni el enfermo es gonocócico, cuyo origen es muy frecuente en pleuresías interlobares, hay que acordarse del absceso subfrénico.

Puede haber desplazamiento del hígado; la convexidad hacia la línea axilar ó mamaria y la inmovilidad del dia-

(1) Véase el número anterior.



fragma, detención de la respiración, clavo inspiratorio ó infrahepático, son característicos, y el empleo de la radios. copia puede ser muy útil, bien que sea engorroso fuera de clínicas privadas ó de hospital.

Las complicaciones menos frecuentes son las de flebitis; pero pueden presentarse, así como otras á distancia, abscesos cerebrales, pericarditis, etc.

Las complicaciones de la apendicitis dan motivo á intervención urgente algunas de ellas; otras con alguna espera, pero todas produciendo un estado grave. Las más corrientes son: peritonitis generalizada, que se presenta con la agravación de todos los síntomas apendiculares, mal estado del pulso, distensión, etc.; unas veces rápidamente, y las más aumentando la distensión del abdomen, poco sensible, y á pesar del timpanismo, blando, con poca ó ninguna defensa. La cara se hace algo característica, y si la infección está muy adelantada, el enfermo se cubre de sudor frío en las extremidades y cara, al propio tiempo que se pone desasosegado, y, á pesar de su enfermedad, suele encontrarse bien.

Los abscesos apendiculares se localizan en distintos territorios del abdomen. Hasta después de intervenciones por apendicitis pueden formarse focos, y es obligado destapar la herida y cerciorarse de que no hay ninguno nuevo. La temperatura en este caso, ó no desciende, ó habiendo estado sin fiebre días después de la operación, sube con ó sin escalofríos. En la pelvis se suelen formar abscesos postoperatorios, y como la sensibilidad de la pared se achaca á la herida, hay que hacer palpación rectal ó vaginal. Los pocos casos en que una peritonitis generalizada se resuelve en forma de absceso, después de colocar desagüe persiste la fiebre, pero suele ser sin escalofríos.

Aun siendo localizada, muchas veces el desagüe, en vez de favorecer la salida del pus, la retarda ó simplemente sostiene el absceso.

Una complicación que pudiéramos llamar operatoria he visto. Después de operaciones en frío, y al parecer correctas, pasadas las primeras horas, los enfermos se han quejado de dolor y tensión en la zona operada; dolor profundo que se irradiaba á la vejiga, al ombligo y acompañado de vómitos sin fiebre, algo de paresia intestinal. Transcurridas veinticuatro horas, y cuando todas las molestias no han podido atribuirse á la operación y persistiendo los síntomas, muy principalmente la polaquiuria, hemos pensado en la posibilidad de un hematoma y hemos abierto la herida; y, en efecto, hay sangre derramada en gran cantidad, de la que se vertió una buena parte hacia la cavidad peritoneal, formando coágulos y una parte líquida; se ha infectado y mezclado con corpúsculos de grasa entre peritoneo y músculos, disecando un espacio á gran distancia. Este hematoma procede de la herida, casi siempre al suturar el peritoneo, pues al abrirle se ve bien la arteria epigástrica; otras veces es sangre venosa. Es conveniente ligar entre dos pinzas y cortar antes de abrir el peritoneo.

Hematoma semejante he visto formarse en el espesor del meso, por aflojarse la ligadura que algunos cirujanos hacen con el mismo hilo de la sutura de invaginación del apéndice. Estos hematomas se infectan rápidamente, producen compresiones en zonas lejanas y dan el cuadro de una oclusión y, finalmente, de una peritonitis.

En un enfermo, muerto sin diagnosticarle, me encontré disecado todo el peritoneo parietal, desde la pelvis hasta el hígado, y en comunicación con la cavidad peritoneal, con muchos exudados.

En estos enfermos, el pulso pequeño y el vómito se presentan precozmente, y los que hemos diagnosticado los he-

mos llevado á la mesa de operaciones de nuevo y ha sido reparada la avería.

Incluyo este accidente entre las complicaciones, porque si bien no es puramente patológica, lo es en cambio la intervención. El problema de las complicaciones postoperatorias tiene una importancia enorme, no sólo desde el punto de vista médico, sino social.

Lo mismo en el hospital, que en la práctica privada, al enfermo que se entrega á la operación, aun lleno de confianza en el médico, como á la familia (tanta zozobra le produjo hasta llegar á ella) es muy doloroso proponer una nueva, que no es para reparar ó curar su enfermedad, sino un accidente consecutivo á la intervención primera, y contando con que puede ser más grave, estando próxima la otra, añadir nuevo shock al que todavía aplanaba al enfermo.

Cuando no es esto, es la paresia intestinal, que puede llegar á una obstrucción por brida ó cualquier otra causa; ó un uréter cogido en un pedículo; ó angulación de un asa; ó aflojarse la ligadura, que nos pareció mejor colocada, ó, finalmente (y de esto todos los que trabajan la cirugía intensamente tienen dolorosos recuerdos), una sutura de herida abdominal que se rompe y permite que asas intestinales salgan del abdomen y queden entre piel y apósito.

Este accidente desgraciado muchas veces sucede por debajo de la piel, y no le diagnosticamos más que en virtud del vómito persistente y la falta de expulsión de gases.

No siempre es fatal, y todos tenemos igualmente ejemplos de haber reducido el intestino, suturar y salvarse el enfermo. Me permito hacer observar que esto pasa en algunos casos, no sólo por soltarse un catgut que se absorbió demasiado pronto, ó que, de buen calibre, se aflojaron los nudos; sino en la sutura más correcta, pero en enfermas irradiadas por miomas, aunque no hayan tenido radiodermatitis, pues que se filtró bien la radiación; pero que, en cambio, la endoarteritis obliterante que produjo aquella, se intensificó al nivel del plano muscular, cuya vitalidad y resistencia quedó tan alterada, que yo he visto caso en que las crines perdidas ni una sola había aflojado su nudo y ni una sola dejó de romper el ojal aponeurótico, por donde le pasó la aguja, al propio tiempo que la sutura peritoneal, continua, sin haberse roto, habíase soltado entera y permitió una terrible eventración por debajo de la piel, de la que ni un solo *agrafe* se había soltado. Algunas consideraciones me sugiere este particular, al tener que plantear una nueva intervención por la eventración provocada al romperse la sutura; ¿es por la acción de la radium y radioterapia? El radio y rayos X tienen una acción distinta sobre la célula viva, según la dosis que se utilice. A dosis altas matan la célula viva; á dosis menor inhiben su vida temporalmente, y cuando la dosis es débil su poder de división se estimula y excita, pues tienen una acción electiva sobre la cromatina nuclear. Sobre los tejidos normales es conocida su acción, y hoy, al menos sobre la piel, mejor estudiada y dosificada; á pesar de lo cual, pueden producirse desde la radiodermatitis ligera hasta las más graves, ulcerosas y flictenoides y las gangrenosas ó necrosantes.

Las cicatrices en la piel varían según el grado de quemadura y reacción según haya sido una radiodermatitis ligera ó gangrenosa; y la solidez de esta cicatriz es muy dudosa, pues no es raro ver reproducirse las ulceraciones por el roce más pequeño. Y así como Alglave cita la desunión tardía de una herida de laparotomía, nosotros lo hemos observado ya hace mucho tiempo en enfermas de cáncer de mama, á las que se les ha hecho radioterapia previa. Conocida es su acción sobre el ovario: la esterilización no se consigue hasta que están todos los folículos destruidos. El hígado y el riñón necesitan dosis muy fuertes para estar alterados peren-



nemente. Lo mismo puede decirse del estudio de la sangre en enfermos irradiados de bazo, ganglio, medula ósea, etc. Se ha observado en la sangre una tendencia á aumentar su viscosidad y su poder de coagulación, hasta el punto de hacerlo en un tubo con citrato de sosa. Se han recogido observaciones de alteración de vejiga, intestinos, etc., atribuidas á la radiación: es una particular friabilidad de los tejidos, que se dejan rasgar á la menor tracción. Mas, por todos los casos recogidos, hay un grupo importante de cirujanos prestigiosos que creen poder asegurar que las radiaciones no dan complicaciones postoperatorias, pues han operado muchos enfermos irradiados, pero cerca de la última sesión, y nunca en época alejada; lo han hecho así, porque la indicación operatoria surgió con urgencia, por continuar hemorragias ó por síntomas graves que obligaron á suspender el tratamiento radioterápico; nunca porque se tuviera el propósito de operar pronto, aunque es muy posible que esto sea lo mejor. Son poco frecuentes, pero sin duda posibles, podríamos decir que trágicamente posibles. Se han observado en enfermas operadas, después de seis semanas de la irradiación, fenómenos de esclerosis evidentes en la vagina, que se hace infundibuliforme y con bridas esclerosas. Las dificultades operatorias que han surgido en aquellos casos bien analizados, no permiten dudas de la competencia de los cirujanos, pues Cuneo, Douhay, Hallopeau, Baumgartner, Faure y otros de su talla, no harían resaltar estas notas si les hubiera parecido caso corriente el que han clasificado como difícil por las adherencias de órganos que nunca tuvieron enfermos, y de verdadera fusión de epiplón, vejiga, colon, peritoneo parietal, etc.; pero es la friabilidad de los tejidos lo que más caracteriza las dificultades operatorias. El intestino se rompe al cogerlo suavemente; la vejiga se rasga cuando se hace la menor tracción; y un uréter blando y adelgazado se rompe, como lo hace el pedículo de un ligamento ó del mesenterio, no resistiendo ni pinza ni ligadura. No hay destreza operatoria que pueda obviar esta dificultad. Lo mismo pasa con la hemorragia, que agrava el pronóstico operatorio de una ovariectomía que debiera deslizarse correcta y sin zozobras. Y vamos á nuestro caso, que es muy interesante, puesto que es inédito, para juzgar de una nueva modalidad que me parece digna de tenerse en cuenta para el porvenir. No encontramos en la histerectomía ni apendicectomía nada anormal; únicamente hubimos de repetir la ligadura de la uterina izquierda por haberse soltado. Ni tampoco en la pared al suturar, como lo hacemos frecuentemente, crines perdidas, ni mucho menos en la piel. Ha sido dos días después cuando los tejidos no han resistido la tensión de los hilos, sin romperse éstos; cuando se ha presentado una paresia intestinal, que, por lo persistente, nos puso en la necesidad de ver la herida y diagnosticar la eventración por debajo de la piel. ¿Qué tejidos entonces estaban friables? Aponeurosis y músculos y peritoneo, principalmente los primeros; pues es bien explicable que, si ceden, el peritoneo, empujado por la presión intraabdominal, se deje rasgar por donde fué cosido. ¿Es una disminución de la resistencia, ya que los análisis demuestran un déficit leucocitario, y por ello, la posibilidad de una infección atenuada, como lo cree Prouts? (Y aun así, después de seis semanas, no cree posible.) La explicación puede ser la siguiente: El radiólogo menos precavido huye de que pueda superponerse en la línea media la dosis de los fuegos cruzados de cada lado, pero procura además filtrar naturalmente, y aun interponiendo vejiga de aire ó bloque de parafina, para que la densidad de las capas que han de atravesar los rayos sea más uniforme que, después de salvar la piel, cayendo en la línea media para coger el cuerpo del útero como centro; y es aquí donde encuentro, á mi juicio, la explicación. En enfermas

con poco pánicula adiposo es posible que se pueda huir de que al nivel de aponeurosis y piel, se concentren y superpongan las dosis de ambos lados, pero cuando tienen gran cantidad de grasa, el punto de entrecruzamiento es cada vez más superficial. Si se evitó la radiodermatitis, no se ha podido en las obesos impedir que al nivel de aponeurosis y en línea media queden alterados, friables, con menor resistencia. Todo esto ocurriendo en enferma irradiada intensamente por mioma que sangraba mucho y exigió en un año períodos distintos de tratamiento radioterápico, y que en vista de continuar las hemorragias y el tumor y las compresiones por el crecimiento de aquél, hubo que intervenir, precisamente seis ó siete meses después de la última radiación... más de las seis semanas que dicen la mayor parte de los que han tenido que ocuparse de accidentes operatorios ó postoperatorios en enfermas irradiadas. Según mi apreciación, y recordando por este caso desgraciado las notas clínicas de algunos años, vemos que, en efecto, como dijimos antes, en la mama ha habido en ocasiones retardo evidente y desunión de bordes, pero aquí no tiene la importancia que en el abdomen.

Otro compañero nuestro, el Dr. Botín, preguntado por nosotros si había tenido casos semejantes, recuerda el de una enferma en que se desunió la piel, y al año y medio aún no había cicatrizado; otro de una eventración. En el nuestro; al volver á coser la herida de laparotomía, fué inútil pretender hacerlo en las inmediaciones de la sutura anterior; todo se rasgaba, aun sin pasar la aguja, al solo contacto de la pinza. ¿Cómo en tres días pudo fraguarse una diferencia tan notable, puesto que en la primera laparotomía no nos extrañó nada porque parecían normales los tejidos? Indudablemente, la infección atenuada del traumatismo operatorio, con la falta de vitalidad, con la friabilidad de los tejidos, acabó por comprometer su nutrición. Tuvimos que poner siete puntos de gruesa seda á través de los rectos (que no se rompían, como tampoco sus vainas) y atar sobre una compresa apretando sobre la piel suturada á la manera de Faure. Consecuencia: si, pues, el accidente no se ve con frecuencia, pero es posible, y al publicarse un caso se van dando á conocer otros que no llamaron la atención ó fueron mal interpretados, habremos de hacer un pronóstico diferente de las intervenciones practicadas en enfermos irradiados. Así lo hemos hecho en un caso de sarcoma gigante de peroné irradiado intensa, pero cuidadosamente, y hubo una desunión de tejidos persistente y se soltó la sutura, y en el estudio del exudado apenas se veían bacterias en cada preparación. Puesto que en algún momento habríamos de hablar de esta complicación postoperatoria, que tiene de infección, de oclusión, y en cualquier caso de síndrome agudo, hemos preferido incluirla aquí, dado que habíamos comenzado á exponer algunas de las complicaciones postoperatorias en las intervenciones por apendicitis. Sigamos ahora, aunque someramente, recordando cómo pueden coexistir el síndrome de apendicitis aguda con obstrucción intestinal, por adherencias y angulación de asas del fleon, por estar largo hacia la línea media y adherente á la sigmoide, y (como he visto varios casos) por estar adherido el epiplón, que formando un puente desde su nacimiento en el borde inferior del colon, dejaba pasar casi todo el intestino delgado, que se dilató y obstruyó, y asimismo por adherirse al divertículo de Meckel. La oclusión intestinal se presenta alguna vez después de intervenciones de apendicitis, principalmente por la adherencia al foco de la pelvis, sobre todo en los niños, y si estaba iniciada no cede á pesar de todo. Si el apéndice es pélvico, puede faltar el punto de Mac Burney, y en este caso, hay que buscar el dolor por el recto.

La hematuria apendicular se presenta por la adherencia



del apéndice al uréter ó vejiga, pero no es frecuente, y á nuestro modo de ver, no es un síndrome claro y definido. La hemorragia intestinal, si hace su aparición en el curso de una tifoidea, aún complica más el cuadro. Es frecuente encontrar el apéndice agudamente inflamado en una hernia á cuyo saco se adhiere, y en ocasiones, la hace irreductible y aparecer también como estrangulada, siendo así que la única estrangulación es la suya, la del apéndice. Si éste está enfermo por sí ó á consecuencia de la estrangulación, el hecho es que la mayor parte de las veces las lesiones son las mismas, y la embolia de la arteria apendicular en el mesoapéndice, y que yo comprobé hace años y retuve, como Lockwood, en preparaciones micrográficas, se produce por los mismos mecanismos. La diferencia en la sintomatología aguda está en que un episodio pasa en el abdomen, en la cavidad, pero ocurriendo dentro del peritoneo; en una hernia no es más que un divertículo parietal. Los exudados se acumulan en saco herniario y se confunden con los consiguientes del escroto.

Unicamente un pinzamiento lateral del intestino, incluso del ciego, puede enmascarar el síndrome apendicular; pero es lo mismo que éste, aunque cambia algo las zonas de hiperesestesia cuando se trata de una diverticulitis, á propósito de las cuales hemos publicado un artículo. Es muy importante saber á qué atenerse respecto al punto de implantación del apéndice, pues aunque el de Meckel puede no tener meso si se asienta cerca de la válvula ileocecal, puede confundirse. Si no teniendo meso y la inflamación es subaguda, podemos creer, por lo que sangra, lo mismo el divertículo que las zonas próximas, que lo hemos roto al hacer tracción y al practicar la sutura en bolsa y después de resecarlo, lo que hacemos es invaginar sobre asa delgada y estrechar el intestino, que muy probablemente luego dará un síndrome de oclusión ó de estrechamiento.

Las peritonitis, como síndromes agudos de abdomen, pueden considerarse comprendidas en dos grupos, como hace Eisenrath: consecutivas á focos extraabdominales ó por infección de vísceras abdominales.

Al primero pertenecen las de pneumococos; pero puede presentarse como explosión de un proceso abdominal cuya naturaleza nos fuera desconocida, como sucede cuando diagnosticamos *á posteriori*, peritonitis después de una escisión de apéndice, cuya ataque estaba vivo y no es infrecuente ver proceso pneumónico concomitante. Es decir, que el episodio apendicular no es más que la manifestación de una infección pneumocócica generalizada, como se comprueba algunas veces en la autopsia, viendo que pericardio, etc., estaban invadidos. Estas formas son particularmente frecuentes en los niños. (M. González Alvarez.)

Las peritonitis generalizadas que no son de origen biliar ni de aparato digestivo casi siempre, son de origen gonocócico, por agudización de un proceso genital, ó porque la infección en la mujer se presente desde el primer momento como una impregnación del peritoneo pelviano, ó por tuberculosis.

Estas pueden dar síntomas agudos por agudización de una tuberculosis peritoneal ó enquistada en que esté asociado el estreptococo, ó porque se ulcera un apéndice ó una trompa tuberculosa, ó con bastante frecuencia porque las bridas, adherencias ó aglutinaciones de asas intestinales dan un síndrome de oclusión que motiva la muerte del enfermo.

En muchos casos cuya orientación diagnóstica no vemos clara, pero hay signos de oclusión ó peritonitis local ó generalizada, al intervenir lo haremos por la línea media, único modo de ver dónde está el proceso. Sin embargo, hay algunos abscesos de especial localización, como son los provocados por lombrices en las porciones ascendente y descendente

te del colon en su cara posterior, que simulan, al abombar la pared abdominal en la región lumbar, abscesos perinefríticos, y los mismos pueden presentarse en la pelvis, en el fondo Douglas, donde hubimos de hacer una colpotomía por un absceso que al evacuar determinó la salida de lombrices por la vagina, y estando la enferma sin pasado genital patológico, ni siquiera partos, en el comienzo de una peritonitis generalizada. Lo mismo podemos decir de las supuraciones pelvianas, cuya propagación, ulceración y salida se fraguan al exterior ó á través de órganos (vagina, recto, vejiga) ó hemos de buscarlas bien por colpotomía en la mujer ó región peritoneal en el hombre (ó isquiorrectal) ó por laparotomía subperitoneal cuando en el ligamento ancho se presenta formando flemón y no es abordable por la vagina.

Algo semejante ocurre en enfermos con apéndices retrocecales.

(Continuará.)

## Sociedad Española de Dermatología y Sifiliografía.

Sesión primera de curso celebrada el día 14 de Noviembre del corriente año en el Colegio de Médicos.

### Presentación de enfermos. Caso para diagnóstico.

Dr. Casal.—Trátase de un enfermo de cincuenta y siete años que viene padeciendo un proceso localizado á las extremidades de los dedos de ambas manos desde hace dos años; el enfermo no ha padecido dermatosis alguna anteriormente y no es específico. Comenzó su proceso por la formación de una serie de pústulas alrededor de sus uñas, ocasionando poco á poco la caída de éstas y la invasión de sus primeras falanges, no produciéndole más sensación subjetiva que ligero picor ó escozor y algún dolor. En la investigación bacteriológica no se ha encontrado más que el estafilococo dorado. Por su comienzo, su cronicidad, localización y lesiones clínicas que presenta, entra el enfermo en el cuadro de las acrodermatitis pustulosas de Halapuppeau.

### Lupus eritematoso de forma anómala.

Dr. Sáinz de Aja.—Joven que desde hace dos años y medio padece un proceso tórpido que fué extendiéndose adquiriendo sus lesiones un aspecto de habón urticado, con gran saliente y relieve y tendencia circinada, con su regresión central atrófica. Pensando en una sífilide terciaria circinada, se hizo un tratamiento de prueba á base de S. S. y mixtura, con el cual se desinfiltraron un poco las lesiones, pero no se obtuvo en realidad mejoría eficaz alguna; coincidiendo con el tratamiento de prueba salieron al enfermo nuevas lesiones en número de cinco, éstas ya evidentes de lupus eritematoso, pero de localización curiosa y poco frecuente por ser en bóveda palatina. Por la forma hipertrófica de sus primeras lesiones, así como por el fracaso del S. S. en este caso de lupus (ya que afirman su éxito algunos autores) es presentado el caso.

### Caso para diagnóstico.

Dres. Portilla y Dauden.—Es un enfermo específico bien tratado, que presenta en piel escroto lesiones circinadas que dan el aspecto de ser seborroides, pero en las cuales fracasó un tratamiento á base de azufre que le hicieron. Pasan revista á los cuadros en que se puede encajar este proceso, haciendo el diagnóstico diferencial entre un líquen anular, pitiriasis rosada, lupus eritematoso, etc., etc., é interviene el Dr. Covisa para decir que la impresión de casi todos los que le han visto coinciden en afirmar que se trata de un líquen anular.

El Dr. Portilla rectifica diciendo que no creen tampoco que



se ajuste exactamente el cuadro clínico á un liquen anular, aunque ellos también piensan desde un principio que pudiera tratarse de este proceso, pero la falta de color y la casi ausencia de nodulillos del liquen, les hizo desear este diagnóstico.

#### Psoriasis tratado con salicilato sódico.

Dr. Sáinz de Aja.—Es presentado el enfermo no solamente por los resultados brillantes que con el tratamiento se han conseguido, sino para que se pueda observar en él la acción exfoliante que con el salicilato se verifica, solo á nivel de las lesiones, sin que el resto de la piel se influya en nada, acción electiva solo sobre las placas que indica claramente la eficacia ó especificidad del salicilato en el psoriasis.

Por el mismo Dr. Sáinz de Aja, es presentado un enfermo heredosifilítico, el cual entre sus alteraciones dentarias tiene la de faltarle un incisivo lateral, observación ya hecha igualmente en otros enfermos.

El Dr. Covisa.—Nos relata la historia de otro enfermo más, que agregar á su comunicación al último Congreso de Sevilla sobre piodermatitis chancriformes, esto es, lesiones que adoptan tipos clásicos de venéreas ó específicas y no son más que de origen piógeno vulgar. Al que se refiere en esta comunicación, trátase de un enfermo afecto de una gran ulceración, en la raíz del pene, consecutiva á una linfangitis dorsal abierta y chancrizada, de fondo sucio, bordes muy despegados y muy dolorosa. Se buscó el origen de esta gran ulceración y no se encontró lesión venérea alguna, únicamente en frenillo existía un nódulo que á la presión salía pus; investigado éste se encontró estafilococos igualmente que en la exudación que se recogió de la lesión ulcerosa. Insiste, pues, en la necesidad de aislar el mayor número de lesiones que no son dependientes de lo nuestro y que sin embargo, clínicamente tienen el mismo cuadro y en las cuales sin una investigación bacteriológica perfecta, podemos confundir su diagnóstico.

#### El niketol aplicado á nuestra especialidad.

Dr. Barrio de Medina.—(Véase comunicación íntegra en este mismo número.)

Dr. Sáinz de Aja.—Considera difícil encontrar un anestésico local que pueda superar á la novocaina; si añadimos á esto los inconvenientes que el Dr. Barrio de Medina atribuye al niketol, como son la carestía y la pérdida de tiempo para preparar la anestesia por contacto, hace suponer que éste no reunirá mejores condiciones.

Dr. Barrio de Medina.—Tiene una ventaja sobre la novocaina y demás anestésicos que es por lo que yo le estudié con interés y cariño, y es su propiedad de anestesiar simplemente por contacto, si da resultado empleado á concentraciones mayores á las que yo he usado.

DR. BARRIO DE MEDINA

#### Bibliografía. (1)

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE (Tratado Elemental de Clínica terapéutica). Undécima edición, por el doctor Gaston Lyon, jefe de Clínica médica en la Facultad de Medicina de París. Edición nueva completamente refundida. Un tomo en 8.º de 1.408 páginas (Masson et Cie., editores). En rústica, 70 francos; encuadernado, 85 francos.

Se han publicado ya 10 ediciones y varias traducciones de este tratado; su reputación está ya consagrada por innu-

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

merables médicos prácticos franceses y extranjeros; desde hace varios años no ha dejado de ser una obra médica de primera categoría.

El Dr. Lyon ha conservado este éxito porque no ha dejado de adaptar ninguna de las ediciones de su tratado á los métodos modernos, vulgarizando los procedimientos terapéuticos recientes y sus técnicas.

Este esfuerzo del autor resalta todavía más en esta undécima edición completamente refundida. Ha suprimido de su obra todos los datos que ya no presentaban interés real para la práctica, medicamentos caídos en el olvido, consideraciones referentes á la etiología y á la patogenia, descripciones clínicas que han perdido el atractivo de la novedad.

Aun reduciendo el volumen de la obra en unas 400 páginas, el Dr. Lyon ha introducido en ella un número considerable de adiciones de conformidad con la terapéutica actual, y que hacen referencia especialmente á los procesos siguientes: las arritmias, las enfermedades del simpático, las enfermedades producidas por el shock, el tratamiento de la sífilis por el bismuto; el de la diabetes por la insulina, etc.

En la última edición de esta obra el Dr. Lyon hacía constar que la Terapéutica se orientaba cada vez más hacia el empleo de las vacunas, de los sueros y de los productos opoterápicos, á los cuales han venido á sumarse los procedimientos numerosos y variados de la terapéutica por el shock (peptonoterapia, autohemoterapia); en una palabra, hacia las medicaciones de fudole biológica.

En esta undécima edición hace constar de nuevo esta orientación más evidente todavía, y por eso pone más al alcance de todos, los métodos y las técnicas que esta orientación ha hecho nacer.

¿Cómo debe recoger el médico los esputos, los exudados, cómo obtendrá la sangre, el líquido cefalorraquídeo, para pedir que lo analicen en un laboratorio. si no puede practicar él mismo los exámenes bacteriológicos y hematológicos variados?

Una vez obtenidos estos informes, ¿cómo debe aplicar el médico diversos tratamientos: inyecciones intravenosas de sueros orgánicos, de los arsenobenzoles, ouabaina; cómo practicará la autohemoterapia, cómo aplicará los sueros antidiabéticos, el neumotórax artificial, etc.?

El Dr. Lyon expone estas técnicas dando datos prácticos y completos.

No cabe duda de que esta edición remozada y especialmente fácil de consultar, ha de encontrar una acogida brillante como la encontraron las anteriores.

### Periódicos médicos.

#### TERAPEUTICA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento de las tuberculosis externas por las inyecciones intravenosas de sales de tierras céricas, por el Dr. Vivien.—A. Técnica.—El estudio de los múltiples metales contenidos en las tierras raras está todavía lejos de haberse terminado. Sin embargo, los sulfatos de neodimio, de preodimio y de samario nos son actualmente bien conocidos. Su solución al 2 por 100 en agua destilada, ora de una de sus sales, ora de su mezcla, es perfectamente tolerada en inyecciones intravenosas. Se evitarán las soluciones más concentradas porque producen frecuentemente cefalea y astenia.

No hay necesidad de tener á los enfermos en ayunas. Las inyecciones son diarias de preferencia, comenzando por 2 centímetros cúbicos de la solución al 2 por 100.



A la mañana siguiente se aumentará 1 c. c. hasta llegar progresivamente á 4 ó 5 c. c. Cada serie se compone de 15 á 20 picaduras, variando el período de reposo intercalar entre ocho días y un mes, según el estado de la lesión y según el estado general del individuo.

Deberá enjugarse perfectamente la aguja antes de la inyección y se evitará empujarla fuera de la vena, pues la menor traza de la solución en la hipodermis provoca una quemadura dolorosa mayor todavía que el cianuro y que el arsenobenzol.

**B. Resultados.**—Las inyecciones no determinan ninguna reacción apreciable, ni la menor elevación de temperatura. Grenet y Drouin han comprobado un aumento en el número de hematíes y sobre todo de leucocitos con predominio marcado de los mononucleares. El número de leucocitos puede, al cabo de 20 inyecciones, hacerse diez veces mayor que al empezar el tratamiento y esto sin que el enfermo experimente el menor trastorno. Quince días después de suspendido el tratamiento el número de leucocitos sigue siendo todavía el doble. Esta mononucleosis exacerbada parece favorecer la fibrogénesis y el enquistamiento fibroso del bacilo.

El apetito aumenta considerablemente, así como la cifra del peso, que es en general uno ó dos kilogramos mayor después de tres semanas de inyecciones diarias.

La acción bactericida de las sales de tierras raras sobre todos los microbios y particularmente sobre el bacilo de Koch parece indudable.

Hechas estas inyecciones á los portadores de lesiones externas de naturaleza tuberculosa, provocan localmente una mejoría precoz y rápida de las lesiones. En el caso de lesiones abiertas se comprueba con gran frecuencia una cicatrización rápida de las ulceraciones que continúa avanzando durante los períodos de reposo.

La polimicroadenia desaparece. En las adenitis duras con periadenitis, ésta última se reabsorbe en uno á dos meses; después, los ganglios disminuyen de volumen y se reabsorben también, aunque dejando algunas veces algunos pequeños nódulos fibrosos irreductibles.

En lo que respecta á los ganglios reblandecidos ó transformados en abscesos, exigen además el método de Calot.

Las fístulas óseas se secan rápidamente y, de ordinario, con cicatrización definitiva.

Los nódulos no supurados del epidídimo se reabsorben. Los supurados ó fistulizados exigen además algunas inyecciones de cloruro de cinc al 1 por 100. (Tesis de Bordeaux. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 8.º cuaderno, 25 de Abril de 1924.)—T. R. Y.

## OBSTETRICIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Sobre el tratamiento de la retención de la placenta por las inyecciones funiculares, por F. Chatillon, V. Cathala y Biancani.**—Este procedimiento, empleado ya por Mojon en 1826, había caído en el olvido, pero ha vuelto á hacer su aparición en estos últimos años. Consiste en inyectar por medio de una jeringa 100 c. c. de suero fisiológico estéril en la vena umbilical, cuando la placenta no puede ser desprendida por las maniobras externas habituales. Inyectando lentamente de 200 á 400 c. c. de líquido, se podrá llegar ordinariamente á producir el desprendimiento de la placenta y á evitar un gran número de desprendimientos manuales susceptibles siempre de convertirse en una fuente de infección.

Cathala y Biancani, por su parte, fijan en la *Revue françai-*

*se de Gyn. et Obst.* algunas de las indicaciones de este método que, en su opinión, no debe ser empleado corrientemente. Podrá prestar servicios muy útiles en el curso de una intervención obstétrica sin anestesia y siempre que haya necesidad de extraer rápidamente la placenta, para suturar un cuello, por ejemplo, antes de que la mujer se reponga. La inyección funicular evita entonces el alumbramiento artificial, que constituye siempre un riesgo de infección, por mínimo que sea.

En los casos de infección amniótica, parece ser que ha dado buenos resultados la inyección de un líquido ligeramente antiséptico.

En cambio, no parece prudente recurrir á la inyección funicular en los casos de inercia uterina ó de engatillamiento de la placenta. El alumbramiento artificial es más seguro y más rápido en tales casos. (*Gazette des Hôpitaux*, núm. 35, 29 de Abril de 1924.)—T. R. Y.

**2. Operación cesárea conservatriz seguida de exteriorización temporal del útero, por Portes.**—En una mujer que cuatro días antes de comenzar el trabajo del parto había perdido las aguas y que padecía infección amniótica, ideó el autor practicar una histerotomía un poco especial. Después de incindir la pared abdominal como para una operación cesárea clásica, exteriorizó el útero, que mantuvo fuera del abdomen, y volvió á cerrar cuidadosamente con hilo de bronce la pared abdominal por detrás de la viscera así exteriorizada. Incindió en seguida el útero, y extrajo un feto en estado de muerte aparente y de olor infecto, que pudo ser reanimado; en este momento se escaparon del útero gases fétidos. Desprendió el autor la placenta, y volvió á cerrar el útero por suturas en dos planos: una, profunda muscular, con hilo de seda, y otra, superficial serosa, con catgut, como en la operación cesárea ordinaria. La herida uterina no tardó en supurar, á pesar de las curas con aceite gomenolado. Aplicó entonces el autor la pasta láctica; la herida se detergió, y poco á poco se produjo la eliminación de la cicatriz uterina hasta casi la mucosa. Colocados en conveniente posición los bordes de la nueva herida, que presentaba buen aspecto, aquélla curó. A los treinta y cuatro días, siendo bueno el estado general de la enferma, se desinfectaron cuidadosamente el útero y la pared abdominal, y se reintrodujo aquél en el vientre. El estado de la enferma siguió siendo normal.

En el momento de la reintegración del útero, advirtió el autor que se habían producido adherencias entre el pedículo útero-vaginal y el peritoneo parietal; las incindió, respetando los vasos de la región.

Recientemente ha vuelto el autor á reconocer á la enferma, habiendo comprobado que el útero está libre en la cavidad abdominal. (*Le Bulletin Médical*, 12 de Abril de 1924.)—PELÁEZ.

## UROLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Las funciones renales de los cancerosos, por Maurice Renaud.**—1.º, al principio de la evolución de los tumores malignos no existe jamás ninguna alteración en el funcionamiento de los riñones: cuando éste se halla perturbado, es porque el cáncer ha sobrevenido en un sujeto que padecía ya de antemano de una nefritis crónica; 2.º, durante todo el período de estado de la enfermedad, es decir, en tanto que la neoplasia se desarrolla sin acarrear complicaciones, el funcionamiento renal permanece absolutamente normal, cualquiera que sea la malignidad de la neoplasia. No existe, pues, ninguna alteración renal que sea directa é



inmediatamente provocada por el desarrollo de las neoplasias; ni hay tampoco, contrariamente á lo que se dice, nefritis cancerosas. Es más, el desarrollo de un cáncer no agrava las lesiones renales preexistentes; 3.º, la insuficiencia renal en el cáncer, es siempre una complicación, no siendo ordinariamente más que un episodio tardío, síntoma del desfallecimiento orgánico terminal. Con frecuencia es la traducción de una nefritis toxiinfecciosa que aparece con la ulceración del tumor y que es debida á la supuración y á la gangrena. Su presencia indica una agravación del pronóstico y permite presagiar una evolución rápida. He aquí las conclusiones á que ha llegado el autor después de múltiples exploraciones sucesivas llevadas á cabo en los diferentes períodos de las neoplasias malignas con el objeto de estudiar la repercusión de éstas sobre las funciones renales, y el papel que conviene atribuir á la insuficiencia renal en la historia de los cánceres. Para ello, han sido utilizados los procedimientos más precisos que se conocen en la actualidad, como son, el análisis químico de las orinas, el examen citológico, la dosificación de la urea de la sangre, la constante de Ambard, la sulfoproteína, etc. (*Association française pour l'étude du cancer*, 16 de Junio de 1924.)—T. R. Y.

2. **Contribución al estudio de las rupturas traumáticas cerradas asociadas de la uretra posterior y de la vejiga, por L. Pilsson.**—Es muy raro encontrar á la vez una ruptura de la uretra posterior y una ruptura de la vejiga en el mismo enfermo afecto de disyunción vertical del pubis. El autor refiere una observación de este género haciendo consideraciones acerca de su tratamiento. Cree que en las rupturas simultáneas de la uretra posterior y de la vejiga el método de elección consiste, cuando se puede, en suturar la uretra y en derivar la orina hacia el hipogastrio. Cuando no es posible la sutura uretral, se puede elegir entre dos procedimientos: suturar la vejiga y derivar la orina al periné con sonda permanente en el extremo posterior; en este caso la reparación de la uretra se hará ulteriormente por el procedimiento de Pasteau ó Iselin. Si la sutura no es posible ni en la vejiga ni en la uretra, la doble intervención, consistente en abrir la vejiga en el hipogastrio y abocar la uretra posterior al periné, de modo que se rehaga separadamente en un segundo tiempo la uretra á la manera de Pasteau ó Iselin aprovechándose de la derivación hipogástrica, pone ciertamente al herido al abrigo de toda complicación. Parece que se puede obtener el mismo resultado más rápidamente estableciendo en un solo tiempo la derivación meato-hipogástrica con un tubo fino, es decir, abriendo el periné y la vejiga, cateterizando la uretra sea por el meato, sea por vía retrógrada, y dejando que la uretra cicatrice sobre la sonda así colocada, dejando que cierre secundariamente el meato hipogástrico después de la cicatrización uretroperineal. (*Lyon Chirurgical*, tomo XIX, núm. 5, Septiembre Octubre de 1922.)—E. LUENGO.

## DERMATOLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Blenorragia y matrimonio, por el prof. Legueu.**—Una vez que se ha conseguido derrotar definitivamente al treponema y vencer á la sífilis, es preciso dedicar todos los esfuerzos posibles á combatir al gonococo y á la blenorragia, causa frecuente de esterilidad, tanto por parte del hombre como de la mujer. La blenorragia puede ser también ocasión de salpingitis, reumatismos y coxalgias en los casados jóvenes y de oftalmías graves en los recién nacidos, así como de vulvitis en las niñas, que pueden durar hasta treinta años. La contaminación en el matrimonio es ordinariamente con-

yugal, pudiendo ser aportada la enfermedad unas veces por el marido y otras por la mujer. En opinión de un especialista competente, «las mujeres más peligrosas desde el punto de vista de la seguridad, son las mujeres casadas». Hay que advertir como hecho curioso que dos individuos pueden vivir juntos con una cohabitación diaria sin que tenga lugar la contaminación aunque uno de ellos tenga gonococos. Esto se explica por la resistencia particular del sujeto indemne á la contaminación.

La terapéutica de la blenorragia en el matrimonio no ofrece otra cosa de particular sino que exige el tratamiento simultáneo de los dos individuos, pues la observación ha demostrado que es completamente inútil tratar al uno, si al mismo tiempo no se trata también al otro. Mientras la cura, se evitará la contaminación, manteniendo á los esposos relativamente separados.

Cuando un individuo pida consejo para casarse, éste variará según se halle aquél en una de las tres circunstancias siguientes: Puede ocurrir que el sujeto tenga en aquel momento gonococos; puede ocurrir también que padezca alguna infección secundaria, y puede ocurrir, por último, que presente filamentos. En el primer caso no se permitirá el matrimonio en modo alguno, y aun, si ya estuviese concertado, se aconsejará retrasarle para una fecha lejana é indefinida, con lo que á veces, ciertamente, se dará lugar á la ruptura; pero no debe temerse arrostrar esta responsabilidad antes que aventurarse á fijar una fecha para el matrimonio de un blenorragico que tenga gonococos en su uretra. Aunque el consejo no sea atendido, la conciencia quedará satisfecha.

En cuanto á las infecciones secundarias, es decir, aquellas en que no existen gonococos, son mucho menos virulentas y mucho menos graves, curándose fácilmente con las inyecciones de oxicianuro ó de sublimado. Así, pues, á un individuo en estas condiciones no hay inconveniente en señalarle una fecha próxima para su enlace, aunque alejada desde luego en unos meses; ordenándole que no aproveche los esponsales para ir á colonizar á otras ó para recoger gonococos extraños.

Los filamentos son de distintas clases, y no todos ellos contienen gonococos ni siquiera gérmenes de ninguna infección secundaria; hay algunos que sólo traducen una secreción de la próstata y en los que sólo se hallan células epiteliales y algunos leucocitos. Por lo tanto, si después de un examen metódico y concienzudo no se encuentra en tales filamentos gonococos ni gérmenes de infecciones secundarias, como los filamentos por sí no pueden acarrear consecuencias graves, se permitirá el matrimonio, á pesar de ellos.

La grave dificultad del problema antiblenorrágico reside en la persistencia contumaz de los gonococos en el organismo durante años y años á veces, no obstante la aplicación de todos los tratamientos. La vacunación hasta la fecha no ha producido grandes satisfacciones. La blenorragia, pues, se halla en plena virulencia y es preciso dedicarla toda la atención y todos los esfuerzos. (*Journal des Praticiens*, número 32, 9 de Agosto de 1924.)—T. R. Y.

2. **Una rara localización de sífiloma inicial, por W. Pierangeli.**—Descripción de un caso de sífiloma inicial en la región lumbar izquierda. Por los datos anamnésticos, el autor cree probable que la inoculación se haya verificado á causa de una sábana de baño sobre aquella región en la que había una excoriación. (*Rass. Internaz. di Clinica e Terapia*, núm. 7, Julio de 1924.)—E. 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 Carlián. — Academias, Sociedades y Conferencias médicas, por Sedisal. — Comentarios médicos: Esterilización de los antisociales, por el Dr. César Juarros. — Inauguración oficial del Sanatorio Lago-Tablada, por Sedisal. — Sección oficial: Presidencia del Directorio militar. — Gobernación. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

## Boletín de la semana.

Un muerto ilustre. — Solemne y plausible inauguración.

Al ajustar este número lo hacemos embargados por el dolor que nos produce una tan sensible como inesperada noticia. El Sr. D. Enrique Slocker y la Pola, nuestro amigo de la juventud é inolvidable catedrático de la Universidad de Valencia, jubilado hace poco más de un año, ha fallecido á consecuencia de rápida enfermedad.

Su hijo, el académico de la Real de Medicina D. Enrique Slocker y la Rosa, sabe bien toda la estimación de que en esta casa era objeto su sabio y honrado padre, como nosotros sabemos que, en medio de su justo y hondo dolor, podrán servirle de lenitivo los triunfos por el hijo alcanzados y que nuestro llorado amigo estimaba como una continuación de su propia y brillante carrera. En Valencia, donde desempeñó el Sr. Slocker las cátedras de Anatomía, Patología general y Dermatología, dejó numerosos discípulos, todos los cuales recordaban siempre con envanecimiento y recordarán de hoy más con tristeza la figura de aquel hombre que con tan raro tino sabía unir las altas condiciones del saber y de la cultura con las rectitudes y bondades del trato y del juicio definitivo de sus discípulos.

Fué Slocker amigo intimísimo y fraternal de Juan Manuel Mariani, el médico de más numerosa clientela que Madrid tuvo durante veinte años, y aún nos parece ver á aquella pareja inseparable frecuentando sin descanso los laboratorios de Química de Hernando y Luna, el de Histología de Mendoza, y las clínicas de los Hospitales Provincial y de la Princesa, que por los años del 75 al 80 dirigían Muñoz y Cortezo.

Reciba la distinguida familia Slocker el testimonio de nuestro más sincero dolor.

El lunes último, con un día espléndido y con el natural y justificado entusiasmo, se efectuó en las alturas serranas de Tablada, bajo la presidencia de SS. MM. y con la asistencia de las más distinguidas damas afectas á la obra antituberculosa, la inauguración del Sanatorio que en aquella locali-

dad se ha edificado y será en adelante sostenido con fondos públicos, llevando el nombre de Sanatorio Lago en conmemoración á la caritativa iniciadora de la benéfica y hoy realizada idea.

Dejando la descripción del acto para el correspondiente lugar, nos limitaremos aquí á recordar cuál ha sido la génesis y desarrollo de este importante Instituto, que ha tenido la fortuna, rara en las obras sanitarias, de no haber sufrido interrupción alguna desde los comienzos de su planteamiento y ejecución.

La orientación profiláctica y curativa de la tuberculosis venía y aún sigue siendo favorable al tratamiento durante los primeros períodos de la terrible enfermedad en el sentido de la exposición solar y los climas de altura. A pesar de las condiciones excelentes que varias de nuestras cordilleras ofrecían para responder á las exigencias de la necesidad y á las indicaciones de la Ciencia, se vieron obligados nuestros enfermos, durante mucho tiempo, á buscar en el extranjero (sobre todo en Suiza), instalaciones que les fueran favorables y que necesariamente habían de resultar costosas é inasequibles para la mayor parte de nuestras clases sociales. La iniciativa particular necesitó dar á la realización de las ideas que la Ciencia sugería un carácter industrial, que continuaba sosteniendo fuera del alcance de la mayoría de los infelices tuberculosos, el que se consideraba como tratamiento ideal de su dolencia.

Un caso particular, el de un amado hijo de la señora viuda de Lago, hizo que ésta adquiriese una propiedad en la que pudiera buscar aquel joven, lleno de porvenir y amenazado de muerte en la flor de sus años, un lugar de esperanza, ya que no de remedio. Cuando la muerte puso fin á aquella existencia idolatrada, concibió la madre la idea de procurar para otras que se encontraran en su caso y sin recursos para obtenerlas, la ilusión y la esperanza que á ella y á su hijo les habían servido de lenitivo y consuelo durante algunos años. Comunicó aquella bondadosa señora su pensamiento al entonces inspector general de Sanidad, Sr. Martín Salazar, y éste, convencido de la utilidad de secundarle, no perdonó medio, ni tiempo, ni actividad





hasta conseguir, primero, en 1921, la adquisición de los terrenos (que son verdaderamente inmejorables), después la consignación en presupuesto de las cantidades modestas, pero que han resultado suficientes por su austera administración y por la de sus continuadores, y luego con la insustituible ayuda de los arquitectos Sr. Salvador y Cárdenas y la organización interna escrupulosamente atendida por el director facultativo, Sr. Blanco, se ha llegado al feliz término que aplaudimos de la inauguración que tuvo lugar el lunes y á la que nuestros soberanos prestaron, no solamente el prestigio de su alta representación, sino el del entusiasta y fervoroso celo de que dieron muestra durante toda la ceremonia.

Nuestras enhorabuenas á todos: al Sr. Martínez Anido, que ha comprendido que el modo de progresar en Sanidad como en todo consiste en dar término á lo que se impone como necesario y se ofrece como avanzado en la realización; el actual director-inspector de Sanidad, por haber sugerido y colaborado activamente en la conclusión de la buena obra, y, por último, al Sr. Martín Salazar (á quien sin duda el estado de su salud no permitió asistir al acto), quien ha visto llegado á feliz término un proyecto que él desde un principio amparó y desarrolló con tan convencido entusiasmo.

DECIO CARLAN

### Academias, Sociedades y Conferencias médicas.

El lunes 1 del corriente celebró su sesión reglamentaria la ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA, presidida por el Dr. Cifuentes.

El Dr. Urrutia, que viene de San Sebastián de Guipúzcoa precedido de una justa y bien ganada reputación, saluda y se ofrece á los compañeros ante los que una vez más pone sobre el tapete la manoseada cuestión del tratamiento de la úlcera gástrica, animado del loable intento de poner de acuerdo á internistas y cirujanos hasta aquí dispares en la apreciación del momento en que los primeros han de cesar en su intervención y pasarlos á manos de los cirujanos, que se lamentan de no tener mayores éxitos por el estado de agotamiento en que muchos de los enfermos pasan á sus manos. En demostración de su aserto, lee los datos de que sus estadísticas están nutridas y las múltiples operaciones practicadas con el procedimiento en ellas empleado (gastropiloro-tomía extensa); deduciendo que el 80 por 100 de los operados curaron, que probablemente hubiera sido mayor el número á recurrir con oportunidad, y que lo conveniente sería ver á los internistas convencidos de esta gran verdad para que se apresuraran á enviárselos á los cirujanos. El Dr. Cifuentes saluda al Sr. Urrutia, á quien da la bienvenida, y felicita á la Academia por tenerle en su seno y por el valioso concurso que de su experiencia se promete. Los señores Carro, Arrese, Madinaveitia, Casadesús y Serrano, gustosos intervienen en la discusión, aportando á ella el contingente de sus experiencias, puntualizando el alcance de la misión que á cada cual compete, citando el primero

casos de curaciones definitivas en que la intervención quirúrgica fué innecesaria, y añadiendo otros en que después de operados volvieron solicitando ser de nuevo tratados; manifestando el segundo que la gastrectomía es la operación de preferencia y muy conveniente inquirir si hay ó no antecedentes sífilíticos, y añadiendo los demás personales, apreciaciones y reparos muy dignos de tenerse en cuenta, pero que á pesar de todo no acaban de marcar la norma general de conducta el punto de coincidencia que se busca y que siempre aparecerá supeditado á las modalidades de la afección y fisiologismo del sujeto.

El Sr. Urrutia rectifica extensamente, esforzándose en desvanecer y neutralizar los reparos que se le han opuesto, pero la pelota aún queda en el tejado.

El Sr. Catalina da cuenta de un notable caso de «litiasis biliar» en un principio confundida con una úlcera de la curvatura menor del estómago, por acusar la radiografía placas de úlcera aliviada, presentarse repetidas hematemesis, existir dolores epigástricos y no haber ese color subicérico que constantemente acompaña á los afectos hepáticos, á última hora denunciado en este enfermo por un cólico hepático acompañado de dolor agudo. Practica la laparotomía y encuentra la vesícula biliar repleta de piedrecitas que en número incontable exhibe en un frasquito, cuya capacidad líquida será aproximadamente la de 30 c. c.

El Sr. de la Muela historia un caso de superfetación acaecido en joven de pueblo inmediato, que al día siguiente de llegar con licencia su novio militar, tuvo con él un contacto de nuevo, repetido pasados unos cuantos días. Trasladada á Madrid fué á los pocos días aquejada de violentas contracciones uterinas y profusa hemorragia que la obligó á pedir auxilio de la casa de socorro. Perforado en la casa presencié la expulsión de un huevo completo en cuyo interior aparecieron dos embriones de distinto sexo, como de cuatro meses, pesando el varón 50 gramos y 49 la hembra; volviendo á pedir auxilio á los diez y ocho días y expulsando otro huevo en las mismas condiciones, pero con los dos embriones hembras y pesando cada uno 39 gramos. El señor Muela considera el caso curioso, más que por nada, por las consideraciones médico-legales á que pudiera prestarse y por eso lo trae á la Academia. El Sr. Haro no cree imposible el caso á pesar de no haberlos debidamente comprobados, y pregunta si en efecto estaban vivos ó muertos, porque en este caso, á pesar de la desigualdad podría haber igualdad en los puntos de osificación. El Sr. Soriano califica de raro el caso y pone en duda la superfetación porque no ha visto más que un embarazo de tres en que puede asegurar no la hubo.

El Sr. de la Muela al rectificar se ratifica en su criterio, y dice que estarían vivos, porque de no haber sido así, el líquido amniótico hubiera estado turbio y se habrían apreciado reblandecimientos y absorciones de partes blandas.

..

Día de gran gala fué para el Colegio Médico el día 2 en que la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE inauguró su curso académico, por ser el día designado para la entrega á su esclarecido y honorable presidente Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro de la preciada insignia de la gran cruz de Beneficencia á que por sus talentos, relevantes servicios á la patria, indiscutibles méritos científicos y exquisitas cualidades personales, ávidos acudían á presenciar como en justicia eran premiados, altas representaciones del Gobierno y de la Ciencia, profesionales entusiastas entre los que se destacaban los uniformes de los compañeros que en sus más altas graduaciones hoy representan la Sanidad de la



Armada, no mucho ha por el Dr. Caro dirigida; amigos afectuosos y reconocidos y relaciones sociales innúmeras que al unísono sienten hacia el noble y pundonoroso anciano la admiración más sincera y las más rendidas consideraciones. Sólo así se explica el desbordamiento de público imposibilitado de acoplarse en los confines del gran salón dedicado á estos menesteres.

Constituida la Mesa por el subsecretario de Gobernación, general Martínez Anido, que la presidía; gobernador civil, Sr. Peñalver; director de Sanidad; secretario perpetuo de la Real Academia Nacional de Medicina, Dr. Pulido; vicepresidente de la Sociedad, Dr. Mariscal; secretario de la misma, Sr. Fernández Cuesta, y el homenajado, á cuyos lados se agrupaban, da comienzo el acto leyendo el secretario la Memoria en que reglamentariamente se hacen constar los trabajos en el transcurso del pasado año académico por la Sociedad realizados.

El Dr. Murillo, encargado del discurso inaugural, empuña la piqueta y no deja títtere con cabeza de cuanto hasta la fecha se ha dicho y hecho respecto á experimentación y tratamiento de la tuberculosis, en que nada eficaz ni de provecho se ha logrado. Llama la atención hacia la imperiosa necesidad de multiplicar los Sanatorios, para cuya diseminación el Gobierno, la Sociedad en general y los Municipios deberían aunar sus esfuerzos; y concluye estimulando á los Poderes públicos para que con todo interés y la urgencia posible implanten una política económica en que la alimentación y la vida resulten favorecidas, y una ley de defensa contra la tuberculosis á base de aislamiento obligatorio en formas abiertas y subvenciones adecuadas para impulsar y asegurar el cumplimiento de la ley, únicos eficientes medios de que podría esperarse la disminución progresiva del azote que tantas naturalezas derruye y tantas vidas siega.

No está mal; ¿pero qué dirán de estas rotundas apreciaciones los inventores y propagadores de tuberculinas y vacunas, y los entusiastas defensores del neumotórax artificial, cuyas excelencias y ventajas á los cuatro vientos lanzan y convencidos pregonan?...

El Sr. Martínez Anido entregó á continuación los premios con que la Sociedad galardona los trabajos á concurso presentados por los señores: D. Ignacio Olea, médico 1.º de Sanidad Militar; D. Mariano Iniguez, de la Beneficencia de Soria; D. Calixto Milla, de la de Madrid; D. Ricardo Garelli y D. José Luis Yagüe, doctores en Medicina; D. Rogelio Calvo, capitán de Sanidad; D. Máximo Molina, y D. Leopoldo López, farmacéutico mayor de la Armada, á todos los que gustosos enviamos la enhorabuena.

Y llegó por fin la parte más culminante y sensacional de la fiesta que se celebraba, al bordar el Dr. Mariscal á grandes rasgos la elocuente, sentida y primorosa biografía del insigne y honorable varón para quien después de veintisiete años de ininterrumpida é irreprochable presidencia, la Sociedad Española había pedido y el Gobierno de S. M. otorgado la preciada condecoración que en aquel momento, á nombre de los que contribuyeron á su adquisición, entregaba, y por el Sr. Martínez Anido era impuesta al Dr. Fernández Caro en medio de atronadora salva de aplausos.

Restablecido el silencio, el Dr. Fernández Caro hondamente conmovido, pero elocuente y correcto como siempre, hace ostensible la gratitud de que su ánimo está poseído por la distinción que la Sociedad en su persona recibe; dió individualmente las gracias á las relevantes personalidades que á su lado le honraban en la mesa por la prueba de consideración que de ellas recibía; al Sr. Mariscal muy especialmente por las afectuosas y encomiásticas frases con que había acompañado su presente; y á todos en general, por el

afecto que revelaba la molestia de ir á realizar el acto con su presencia. Expresó el vehemente deseo de seguir colaborando mientras pudiera á la obra de divulgación higiénica y cultura sanitaria que la Sociedad realiza. Enumeró las leyes que á los estímulos perseverantes de ésta son debidas, y en síntesis general las aportaciones que en lo sucesivo se proponía poner sobre el tapete; y una vez más aprovechando la presencia de la más alta representación de la Sanidad, hizo resaltar el interés excepcional que supone y los grandes beneficios que á un pueblo acarrea una bien planeada y meditada higiene y una acertada orientación sanitaria. Con grandes aplausos fué el discurso del Sr. Fernández Caro á su terminación coreado.

El Sr. Martínez Anido puso digno remate al acto, ensalzando la meritoria y trascendental labor por la Sociedad Española de Higiene y su presidente llevada á cabo; hizo constar lo bien predispuesto que á secundar sus iniciativas se hallaba; y concluyó prometiendo dictar las disposiciones que en pro de la Sanidad se le propusieran. El Sr. Martínez Anido fué por la concurrencia calurosamente aplaudido y con respetuosa simpatía acompañado al retirarse; y el doctor Fernández Caro siguió por largo rato recibiendo las felicitaciones y efusivos apretones de mano que á porfía se le prodigaban.

Que sea para bien y para muchos años es nuestro ferviente deseo.

\*\*

A cargo del Dr. García del Real estuvo la conferencia del 4 en la SOCIEDAD DE PEDIATRÍA con el lema: «Tuberculosis pulmonar en el niño».

Empieza el orador manifestando que la forma más frecuente en la niñez es la tuberculosis del hilio, cuya sintomatología y razones en que para pensar así se funda, explica.

Llama la atención hacia las dificultades que puede ofrecer el diagnóstico por las confusiones á que con otras afecciones y pleuríticas se presta.

Puntualiza las esenciales diferencias funcionales y anatómicas que entre el adulto y el niño existen y conviene tener muy en cuenta para evitar el error de considerar como tuberculosos á niños que están muy lejos de serlo.

Señala como síntomas predominantes de ella la matitez, espiración reforzada, diferencias de altura de la submatitez y apagamientos de percusión fácilmente confundidas con el catarro, así como con los estertores consonantes que no existen.

Hace resaltar la poca frecuencia con que en el niño se presenta la tuberculosis de vértice.

Habla de la caseificación crónica de los pulmones, de la neumonía caseosa aguda menos frecuente, pero más grave por la falta de crisis y las complicaciones cardíacas que la acompañan; y de las tuberculosis diseminadas en niños escrofulosos y pretuberculizados en que deben vigilarse los exudados.

Estima sencillo el diagnóstico diferencial entre la bronconeumonía del sarampión y la coqueluche que en ocasiones ponen de manifiesto tuberculosis en que no se había pensado. Dice haberse enviado algunos niños como tuberculosos á los Sanatorios que luego resultaron bronquiectásicos; y que las neumonías recidivantes dan lugar á dilataciones bronquiales; concluyendo por recomendar la práctica de frecuentes radiografías y los análisis de sangre y esputos que en la niñez se tienen muy descuidados.

La concurrencia aplaudió al Sr. García del Real calurosamente.

\*\*



El viernes 5 celebró sesión la SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID, presidida por el Dr. Castillo.

El Dr. Mansilla historia el caso de un adulto de treinta y ocho años, fontanero, casado y con hijos sanos, que á consecuencia de la introducción de unas partículas de hierro perdió el ojo derecho, ofreciendo al presentarse á su observación el ojo izquierdo fuertemente inyectado en conjuntiva y edema en el párpado extendido á la cara; y que consideró excepcional el caso porque al mes y medio, lejos de remitir los síntomas, habíanse exacerbado hasta el punto de aparecer el párpado superior caído, la cara edematosa, infartados los ganglios submaxilares y preauriculares y granulaciones del tarso muy dolorosas. Excluida la idea de tuberculosis, procedió á inyectar á un conejo exudados conjuntivales muriendo á los doce días de pulmonía; volvió á inyectar á un segundo con resultados negativos. Dice que en las vegetaciones no había nada de gérmenes ni bacilos; que inyectada autovacuna, el edema palpebral bajaba, pero que los efectos desaparecían en seguida y que la medicación mercurial resultó completamente ineficaz. En esta situación la córnea se presenta opaca, absceso enclavado en iris y ceguera subsiguiente. Cree tratarse de una conjuntivitis de Parinó, que aunque en la generalidad de casos es infraocular y se citan muchos curados, en éste revistió desde luego un carácter gravísimo. El Sr. Marín Amat recuerda haber dado á conocer dos casos de esta naturaleza hace diez y nueve años en el Boletín del Colegio Médico de Almería, recaídos en dos niñas de trece y doce años respectivamente, ambas linfáticas, de que formó pronóstico grave, siendo tratadas por disolución de oxicianuro de mercurio al 1 por 5.000 en lavados, cauterizaciones de nitrato de plata al 3 por 100 y aceite de hígado de bacalao al interior como reconstituyente. Estima la conjuntivitis de Parinó clínicamente distinta de la tuberculosis, de la cual se diferencia, y que Beroy ha observado 18 casos no contrastados por análisis bacteriológicos. Cree el Sr. Carreras tratarse en efecto de la conjuntivitis de Parinó de que se han publicado bastantes casos en que aparecen ostensibles diferencias con las necróticas y tuberculosas, y emite la opinión de que practicadas en ellas investigaciones del tercero al séptimo día seguramente se encuentra al agente productor. El Sr. Basterra aconseja el empleo de la sueroterapia que él ha utilizado en casos de enturbiamiento de vítreo con favorable resultado. Rectifica el Sr. Mansilla manifestando que en el caso relatado no hubo nada tuberculoso, y que en los expuestos por sus contradictores, la córnea no fué afectada.

El Dr. Marín Amat habla de un caso de conjuntivitis primaveral de forma tarsal y papilar, cuya sintomatología describe, y á que sometió á las aplicaciones directas de radio por los hermanos Ratera practicadas, primero de cinco á quince minutos cada semana, después cada quince días y luego cada mes, considerándole virtualmente curado; pero teniendo la desagradable de verle aparecer de nuevo, con sus papilas ahora resistentes á la acción del radio, con lo cual demostrado queda no ser el radio el tratamiento específico; concluyendo por presentar el caso en que claramente apreciamos todos la existencia y estado de las papilas. Recuerda el Sr. Márquez un caso típico por el Sr. Hernández presentado y tratado con el radio, hasta hoy no recidivante, según se desprende de una carta en que el padre del enfermito asegura hallarse perfectamente bien.

El Sr. Cortés dice haber tratado algunos casos por las escarificaciones y brochados, curados. Rechaza las escarificaciones el Sr. Mansilla, añadiendo que si el radio no cura, por lo menos alivia. El Sr. Marín Amat se muestra conforme en que si en la forma tarsal el radio no cura, por lo

menos produce alivio; que desechó la medicación cáustica por estimarla inútil y perjudicial, y que, por lo demás, las conjuntivitis primaverales curan siempre.

• •

En extremo interesante, amena é instructiva fué la conferencia por el Sr. Goyanes pronunciada en la REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA en la noche del 6 del que rige, ante un público tan numeroso como distinguido, á propósito de «La leyenda y culto de Esculapio en la Grecia antigua».

Como resultado á las atentas observaciones en su reciente viaje recogidas, reconstruye el período de las Atenas del siglo de Pericles, y da á conocer con todo detalle la forma y avance en que la Medicina era ejercida por la privilegiada clase sacerdotal, á cuya sapiencia y ritos se atribuían sobrenaturales excelencias y atributos.

Describe los principales santuarios de que aún se conservan vestigios en colinas y promontorios, hoy elegidos y distribuidos por la vía sacra, su funcionamiento, sus magníficas rotondas ó pórticos, suntuosas galerías en que los peregrinos pernoctaban en espera del momento de ser por el Dios visitados, las piscinas ó departamentos en que antes de comparecer ante él recibían las abluciones y las ceremonias con que herían la imaginación de las gentes así predisuestas á creer sus maravillosas curaciones.

Consigna la disparidad de criterios y procedimientos que iniciados en Cor, dieron lugar á la creación de los médicos libres y á que la Medicina, tomando otros derroteros, llegara á constituir un Cuerpo de doctrina.

Exhibe unas cuantas proyecciones en que con más ó menos integridad y perfección se aprecian á través de los restos de aquella espléndida civilización, la grandeza de la Grecia antigua; y concluye deleitando á la concurrencia con la lectura de unos cuantos fragmentados pasajes de las comedias en que Aristófenes, como Moliere, satirizaban á la Medicina.

SEDISAL

## COMENTARIOS MÉDICOS

### ESTERILIZACION DE LOS ANTISOCIALES

POR EL

DR. CESAR JUARROS

Quando se trata de juzgar la conducta de un inadaptado, de un parásito social, de uno de tantos seres incapaces de producir beneficios á la colectividad, pero pródigos en causarla daños, es necesario tener en cuenta tres factores: la herencia, la educación recibida y el medio en que el sujeto se ha desenvuelto.

No cabe esperar igual normalidad de comportamiento en el hijo de padres alcohólicos y sifilíticos, analfabeto, errando en el arroyo, y en el descendiente de familias sanas, asiduo de la escuela, que vivió siempre entre gentes honradas y cultas.

De los tres factores, el esencial es la herencia. Los hijos engendrados por locos, por semilocos, por alcohólicos, etcétera, tendrán grandes probabilidades de nacer desgraciados, inestables, torpes hasta los límites de la imbecilidad, diversos hasta las fronteras de la insania.

¿Es humano, es justo, es conveniente á los intereses de los normales consentir una procreación de antemano sabida



trágica? ¿Cómo asistir indiferentes á la producción de escoria?

Pensando que no es lícita la abstención, surgió la idea de imposibilitar quirúrgicamente la procreación á toda esa legión de hombres y mujeres incapaces de traer al mundo sino descendientes tarados, anormales, enfermos, locos, idiotas.

El pensamiento cuenta cada día con mayor número de adeptos. El Estado de Virginia (U. S. A.) acaba de promulgar una ley que autoriza á la esterilización de los idiotas, imbéciles, débiles de espíritu, criminales peligrosos, reincidentes, borrachos incorregibles, etc. Una comisión de médicos de los asilos ó colonias es la encargada de decidir la oportunidad de la intervención.

En cambio, la Asociación Central de Higiene mental de Inglaterra se muestra enemiga del procedimiento y partidaria de aislar á enfermos degenerados y antisociales en colonias agrícolas, donde no sean peligrosos para la Humanidad y puedan trabajar en la medida que su anomalía lo permita. Opinan los ingleses que esterilizándolos se habrá evitado el daño de una mala herencia; pero no todos los demás que son capaces de causar. Separarlos de la vida ordinaria es ponerse y ponerlos á salvo de todas las contingencias. Y así está planteada la interesante cuestión.

(La Libertad.)

## INAUGURACION OFICIAL DEL SANATORIO LAGO-TABLADA

A la una de la tarde del lunes 8 del corriente partían de la Plaza de Pontejos unos cuantos automóviles conduciendo á lucidas representaciones de la Medicina madrileña, altos empleados de Gobernación y Prensa profesional y política, previamente invitados á la inauguración oficial del Sanatorio Lago-Tablada, como es sabido emplazado en los altos de la Cuesta del León, Sierra de Guadarrama, á 1.400 metros de altura sobre el nivel del mar.

La esplendidez del día, la circunstancia de ser festivo y con tal motivo haber salido á gozar de las delicias del campo los habituales moradores de los chalets que á entrambos, lados de la carretera se extienden en el Plantío, Las Rozas Torrelodones, Guadarrama y sus inmediaciones; y la extraordinaria y expectante curiosidad en estos pueblos despertada ante el anunciado paso de SS. MM. y consiguientes comitivas, imprimieron al trayecto un aspecto tan risueño y agradable que á buen seguro perduraría en nuestro ánimo si la fatalidad no hubiera roto el encanto haciendo víctimas de un accidente (al parecer no tan trágico como en los primeros momentos se supuso) á unos cuantos simpáticos muchachos que en servirnos el lunch se desvivieron reconvirtiendo los estómagos ya en trance de desfallecimiento.

Que á la instalación del magnífico Sanatorio ha presidido el mayor acierto, el más refinado confort y la previsión necesaria para que el servicio alcance á conseguir los mayores rendimientos exigibles á la altura, aereación, soleación y espiritual esparcimiento á cuyos factores deben sus éxitos los establecimientos á tal fin creados, fácil es de apreciar con sólo extender la vista desde su terraza, galerías y balconaje por la dilatada extensión de accidentado terreno en que diseminados aparecen y se dominan como más próximos, la estación ferroviaria, Los Molinos, Guadarrama, Torrelodones, Collado Mediano, Villalba, etc.; la ideal situación que le resguarda de los vientos del Noroeste en aquellas alturas predominantes; la orientación al Mediodía y el despejado horizonte con que sin tasa ni obstáculos el sol le baña; el ambiente embalsamado de los pinos de que se hallan recubiertas las laderas que le circundan; la

estudiada y meditada instalación de sus interiores servicios; la abundancia de puras y cristalinas aguas; y por último, la graduada y original superposición de galerías que en el ala de edificio destinado á mujeres consiente abarcar á todas desde el último piso de una sola ojeada.

Se explicará al lector la imposibilidad de que nos engolfemos en detalles cuya mera enunciación requeriría un libro; y en este supuesto nos limitaremos á consignar que la señora de Lago sacrificó una buena parte de su fortuna en cumplir la expresa voluntad de su malogrado hijo, capitán de Artillería, emprendiendo la construcción del edificio que apremios económicos impidieron proseguir, viéndose precisada á recurrir al Estado que de continuar las obras se encargó, pero no sin antes reñir sendas batallas el entonces director de Sanidad Dr. Martín Salazar para arrollar las dificultades burocráticas que al propósito se oponían.

A la llegada de SS. MM. y su séquito, y ya congregados de antemano los señores subsecretarios de Gobernación, Hacienda y Fomento, gobernador civil, presidente de la Diputación, director de Sanidad, vicepresidente de la Asociación de la Prensa, señoras del Patronato de la Lucha Antituberculosa, excelentísimas condeas de Romanones, Heredia Spínola y Torre Arias, duquesa de la Victoria y marquesas de Aldama, Comillas y Argüelles, señora de Lago, capitán general, inspector provincial de Sanidad, director de los Ferrocarriles del Norte, altos empleados de Gobernación, Dres. Pulido, Simonena, Piga, Calatayud y otros, representantes del Consejo de Sanidad, Colegio Médico, Dispensarios y Hospitales, alcalde, juez, sacerdote y médico de Guadarrama, nuestros compañeros de viaje Sres. Mesorero Romano y Sáinz López y mil más que en representación de la prensa profesional y política se escaparon á nuestra fiscalización... y como Dios quiso acoplados en el recibimiento, el Sr. Murillo dió lectura á los antecedentes, vicisitudes y penurias á través de las que había podido llegar el momento de inaugurarse el Establecimiento cuyas condiciones invitaba á inspeccionar. S. M. el Rey dijo al levantarse: «Señoras y señores: El espléndido sol y aire purísimo que disfrutamos es el feliz anuncio de la curación de los enfermos que aquí vengan.»

Girada á paso de carga la visita, en que actuaron de cicerones el médico director y el arquitecto, y calmada la sed y el apetito que algunos comensales dejaron á medio apagar por impedirlo ya los angustiosos apremios del tiempo, iniciaron SS. MM. el desfile, ovacionados y despedidos afectuosamente, y como á los demás tampoco nos quedaba allí nada que hacer, seguimos su ejemplo.

No cerraremos esta deshilvanada crónica sin dejar como conclusión consignado: que el Sanatorio inaugurado con la denominación Lago-Tablada en el próximo Guadarrama, aventaja en todos sus aspectos á los similares que en España en la actualidad conocemos, y que la organización del acto resultó de perfecto acuerdo con lo anunciado y previsto, no dejando, por tanto, nada que desear.

SEDISAL

## Sección oficial.

### PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO MILITAR

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Desde el año 1907, en que aparecieron los primeros casos de peste en el Archipiélago Canario, son varios los brotes que han venido sucediéndose, unos en la isla de Tenerife y otros en la de Gran Canaria, todos con



rebeldía alarmante y algunos con caracteres de verdadera gravedad, como el ocurrido el año último en el Puerto de La Luz, que fué de forma neumónica y originó la muerte de todos los invadidos.

Este estado de cronicidad del mal representa un peligro serio para las islas Canarias y una amenaza considerable para España y para el tráfico internacional. Para Canarias, porque la endemia pestosa, constituida en focos permanentes, tanto en Las Palmas como en Santa Cruz de Tenerife, puede adquirir nuevo impulso y difundirse por ambas islas y aun por todo el Archipiélago, acarreando consecuencias desastrosas que las epidemias de peste producen en todas partes; para España, porque su enlace y continuo trato con el Archipiélago prestan múltiples ocasiones á la propagación de la enfermedad, no obstante las medidas de precaución adoptadas en los puertos de arribo y para el tráfico internacional, por ser Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife puertos extraordinariamente frecuentados por la marina mercante de todos los países.

En diversas ocasiones la Dirección general de Sanidad ha procurado poner remedio á esta situación, ya nombrando delegados especiales que asumieran la dirección de los trabajos, ya dictando disposiciones sobre el trato de buques de amarre á distancia de los muelles, la descarga de mercancías sobre gabarras abiertas y con discos guardarratas, la inspección de tripulantes y pasajeros, la vacunación obligatoria y otras.

Desgraciadamente tales medidas han sido infructuosas, debiéndose el fracaso principalmente á la actitud de algunos elementos locales, que si no directamente, por lo menos indirectamente, con su pasividad é indiferencia, esterilizan los esfuerzos de las autoridades sanitarias. Hasta tal punto llega el desconocimiento del interés legítimo y verdadero de Canarias, que aun después de declarados los casos, aun después de conocidos por los cónsules extranjeros, ciertas autoridades continúan negando su existencia, conducta que ha dado lugar á reclamaciones dirigidas al Gobierno español.

De perseverar en semejante situación, el problema de la peste se agravaría en tales términos que no sería posible evitar la ruina de Canarias ni como consecuencia los perjuicios que habría de sufrir el comercio peninsular, por cuyo motivo, dispuesto el Directorio á prevenir males tan evidentes y cercanos, se propone acometer la obra de saneamiento necesaria para extinguir los focos crónicos existentes en la actualidad.

A este fin las medidas principales deben ir encaminadas á combatir la epizootia murina, estableciendo el alcantarillado de las poblaciones y de sus zonas marítimas en condiciones á prueba de ratas, urbanizando dichas zonas en igual forma y organizando los servicios de desratización y desinfección, así como los de vigilancia, vacunación, aislamiento y hospitalización indispensables para la profilaxis y tratamiento de la enfermedad.

Por las razones expuestas,

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

1.º Que en Santa Cruz de Tenerife y en Las Palmas se nombren y constituyan dos «Comisiones de saneamiento» encargadas de:

a) Estudiar y proponer el plan completo de obras y organización de los servicios sanitarios para la extinción de la peste en ambas islas.

b) Formular los créditos necesarios para la ejecución del plan y parte que en la aportación de los mismos, ejecución de las obras y organización de los servicios correspondan al Estado, á la provincia, á los Cabildos insulares y á los

Ayuntamientos, sobre la base de que siendo el saneamiento de las urbes problema de orden local, corresponde á los Cabildos y Ayuntamientos la mayor participación en los gastos como mayores partícipes también en los beneficios subsiguientes.

c) Proponer el procedimiento más equitativo y menos gravoso para arbitrar los recursos económicos necesarios, tanto para la realización de las obras de alcantarillado y urbanización como para la dotación y sostenimiento de los servicios apropiados.

2.º Las mencionadas Comisiones estarán constituidas en la siguiente forma:

#### *Santa Cruz de Tenerife.*

Gobernador civil, presidente.

Presidente del Cabildo insular.

Alcalde.

Director de la Estación sanitaria del puerto.

Ingeniero director de las obras del puerto.

Arquitecto municipal más antiguo.

Comandante de Marina.

Inspector provincial de Sanidad, secretario.

#### *Las Palmas.*

Delegado del Gobierno, presidente.

Presidente del Cabildo insular.

Subdirector de la Estación sanitaria del puerto.

Arquitecto municipal más antiguo.

Comandante de Marina.

Delegado sanitario insular, secretario.

3.º Las Comisiones realizarán el trabajo que se les encomienda en el párrafo primero, y elevarán al Ministerio de la Gobernación sus informes, en el plazo máximo de tres meses, á partir de la publicación de la presente Real orden.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 30 de Noviembre de 1924.—*El Marqués de Magaz*.—Señor subsecretario encargado del despacho del Ministerio de la Gobernación. (*Gaceta* del 7 de Diciembre.)

## GOBERNACIÓN

### REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Con el fin de que no pueda prestarse á diversas interpretaciones lo dispuesto en los artículos 10 y 11 del Real decreto de 4 de Junio de 1924, y para armonizar las Juntas provinciales y locales de la Lucha Antituberculosa de España, con el espíritu y criterio que dictaron el referido Real decreto; ya que en el art. 11 del mismo se determina que «las Juntas provinciales y locales estarán constituidas con elementos y funciones análogas á los que integran la Junta Central, y asimismo el art. 10 concede las más amplias facultades á S. M. la Reina (q. D. g.) para ampliar ó restringir el número de vocales y cargos; no obstante lo cual el artículo 11 parece indicar que formarán parte de la Sección Técnica de dichas Juntas provinciales y locales los médicos, farmacéuticos, veterinarios y arquitectos que más se hayan distinguido en cualquier aspecto de la Lucha contra la Tuberculosis:

Y pugnando esto con las facultades concedidas á S. M. la Reina, expresadas en el art. 10, lo que puede originar graves inconvenientes en la práctica, que entorpecieran el desenvolvimiento de la benéfica Institución de la Lucha Antituberculosa española,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha dignado disponer que, al re-



ferirse á las clases sociales nombradas en el art. 11 citado para formar parte de las Juntas provinciales y locales, se entienda que será potestativo de S. M. elegir, entre aquéllas, las personas que considere convenientes para constituir dichas Juntas; pero nunca como precepto que pueda coartar en lo más mínimo las facultades que el art. 10 y el espíritu del Real decreto conceden á la Augusta Señora, que podrá asimismo designar otras personalidades que, por distintos conceptos, se hayan especializado en esta clase de trabajos y propagandas.

Lo que de Real orden digo á V. I. para su conocimiento. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 5 de Diciembre de 1924.—El subsecretario encargado del despacho, *Martínez Anido*.—Señor presidente delegado del Real Patronato de la Lucha contra la Tuberculosis, (*Gaceta* del 7 de Diciembre.)

#### Dirección general de Sanidad.

A los efectos de la convocatoria hecha por esta Dirección en la *Gaceta de Madrid* de 18 de Noviembre último para proveer por oposición cargos técnicos de brigadas sanitarias provinciales, se agregan á las plazas allí anunciadas las siguientes:

Una plaza de químico de la brigada sanitaria provincial de Huelva, el que tendrá á su cargo todo cuanto afecta á la sección de Química del Instituto Profiláctico; análisis químico de alimentos, bebidas y condimentos relacionado con las adulteraciones y falsificaciones de los mismos; estudio de las aguas potables desde el punto de vista químico abordando un estudio especial de las de abastecimiento público en todos los pueblos de la provincia; análisis químico de productos fisiológicos y patológicos; organización de cursos teórico prácticos de su especialidad para la cual se le facilitará todo el material necesario y recibirá directamente de los interesados la remuneración que estime oportuna, después de abonar éstos la matrícula correspondiente, y hará además los trabajos estadísticos y parte burocrática que reclame su servicio en la sección.

Disfrutará un sueldo anual de 6.000 pesetas y tendrá el 75 por 100 de los ingresos que se obtengan por servicios remunerados correspondientes á su ramo y las dietas que se acuerden en caso de salida.

Este cargo será compatible con cualquier otro del Estado, Provincia ó Municipio y con el ejercicio libre de la profesión, en tanto no se irroguen perjuicios al servicio que se le encomienda, el cual tendrá carácter preferente.

Podrán optar á esta plaza los licenciados ó doctores en Farmacia ó en Ciencias físico químicas y los doctores en Medicina.

Una plaza de médico de la sección epidemiológica de la brigada sanitaria provincial de Almería que será provista entre licenciados en Medicina y dotada con el sueldo de 2.500 pesetas y las gratificaciones ó dietas que acuerde la Junta administrativa de la brigada sanitaria cuando salga en Comisión de servicio fuera de la capital.

Sus deberes serán los siguientes: encargarse de los trabajos facultativos que se refieren á aislamiento de infecciones, desinfección, desinsectación, inmunizaciones, esterilización, potabilización, saneamiento y demás prácticas adecuadas para prevenir, extinguir ó impedir el contagio de enfermedades infecto-contagiosas.

Investigar todo lo referente á enfermedades infecto-contagiosas y parasitarias, epidémicas, disposición epidémica de los pueblos y estados endémicos, recurriendo á cuantos medios sean del caso para formalizar los diagnósticos, con ayuda de los datos epidemiológicos y clínicos y de los in-

formes que emita el laboratorio, para cuyos análisis efectuarán las previas recogidas de productos, humores, aguas, etcétera. También hará investigaciones relativas á historia epidemiológica, estadísticas de interés sanitario y condiciones higiénicas de las diferentes localidades, para deducir las consiguientes aplicaciones prácticas.

Coadyuvar á los trabajos de propaganda sanitaria.

Colaborar á la aplicación de tratamientos específicos.

Confeccionar las estadísticas de su sección.

Encargarse de los servicios de la profilaxis de la rabia y producción de vacuna antirrábica mientras no esté en Comisión de servicio fuera de la capital.

Lo que se hace público para general conocimiento pudiendo aquéllos á quienes interese presentar sus instancias sujetándose á las condiciones generales de la convocatoria de 18 del mes anterior, ya mencionada.

Madrid, 3 de Diciembre de 1924.—El director general, *F. Murillo*. (*Gaceta* del 4 de Diciembre.)

#### Reglamento para las oposiciones á Oficiales del Cuerpo Médico de Sanidad exterior. (1)

Terminado su escrito, fechará y firmará su trabajo, que entregará bajo sobre cerrado, firmado y rubricado, consignando el número de orden con que haya actuado, al individuo del Tribunal que en aquel momento se encuentre en el local, uniéndolo á él, si así lo juzgare conveniente, las preparaciones, dibujos y demás comprobantes que estime necesarios para facilitar el juicio de aquél. El referido individuo del Tribunal consignará en el mismo sobre, y bajo su firma, la hora y fecha en que se le entregue este documento, y recogerá el sobrante, si lo hubiere, de la primera materia que constituyó el problema.

5.ª Una vez ultimadas por todos los opositores sus investigaciones, el Tribunal señalará día y hora para la lectura pública de las notas por aquéllos redactadas, procediendo en el momento de terminar esta lectura, que se hará por los mismos opositores y por el orden con que vayan actuando, á publicar la naturaleza del problema encomendado.

Art. 11. El tercer ejercicio consistirá en la resolución práctica de un problema clínico que guarde relación con el diagnóstico, profilaxis y tratamiento de las enfermedades infecciosas, ó de las propias de los países tropicales. La práctica de este ejercicio se ajustará á las reglas siguientes:

1.ª Constituido el Tribunal en el local previamente señalado, sorteará entre los opositores que deban actuar cada día, los enfermos que haya creído conveniente elegir para este ejercicio.

2.ª Señalado el enfermo á cada opositor, dispondrá éste del tiempo que acuerde el Tribunal para las prácticas de exploración que crea oportunas, pudiendo al mismo tiempo recoger del enfermo cuantos productos patológicos juzgue necesarios para, investigando en ellos, aclarar ó establecer el diagnóstico.

3.ª El Tribunal designará el local y el tiempo de que han de disponer los opositores para efectuar los trabajos de investigación en los productos que hayan podido recoger de los enfermos objeto de este ejercicio, terminados los cuales expondrán verbalmente y durante el tiempo que también señale el Tribunal el resultado de los trabajos, detallando la historia clínica del enfermo correspondiente con las conclusiones diagnósticas, terapéuticas y profilácticas que crea oportuno formular.

Art. 12. El cuarto ejercicio consistirá en la descripción

1) Véase el número anterior.



y manejo de los aparatos de desinfección más frecuentemente usados en las prácticas sanitarias. Este ejercicio se llevará á cabo en el Parque central de Sanidad civil.

Art. 13. El mismo día que termine el cuarto ejercicio el Tribunal deliberará y entregará á la Dirección general de Sanidad todo lo actuado y la relación de opositores, hecha con arreglo á lo que determina este Reglamento.

La Dirección general remitirá al Real Consejo de Sanidad todo el expediente de las oposiciones verificadas para que informe sobre la tramitación de las mismas.

Art. 14. Una vez informado por el Real Consejo de Sanidad el expediente de estas oposiciones, será elevado al Ministerio de la Gobernación para que se sirva nombrar oficiales del Cuerpo Médico de Sanidad exterior á los opositores propuestos por el Tribunal, cuyos fallos serán inapelables.

### Programa para las oposiciones á ingreso en el Cuerpo Médico de Sanidad exterior.

#### DERECHO ADMINISTRATIVO Y CONTABILIDAD

1. Idea de la Nación y concepto del Estado. Referencia sintética de los poderes ó funciones del Estado, y especialmente de la función ó potestad ejecutiva.

2. Administración.—Diversas acepciones de esta palabra.—La Administración pública y la Administración como persona jurídica.—Actos de Gobierno y actos de Administración.

3. Concepto del Derecho administrativo.—Sus fuentes.—Concepto de la ley.—Proyectos y proposiciones de la ley.—Aprobación, sanción y promulgación de las leyes.—Cuándo son obligatorias.—Ignorancia y retroactividad de las leyes.

4. Reglamentos é Instrucciones: sus analogías y diferencias. Condiciones para que tengan eficacia los Reglamentos orgánicos de los Cuerpos y los dictados para la ejecución y cumplimiento de las leyes.—Reales decretos y Reales órdenes.—Ordenes de las Direcciones.—Asuntos que pueden resolverse mediante órdenes de las Direcciones.—La costumbre, ¿es fuente de Derecho administrativo?

5. Idea de la jerarquía administrativa.—Categorías, clases, sueldos de los funcionarios técnicos de la Administración civil.—Ascensos.—Descuentos.—Derechos y deberes de los funcionarios.—Incompatibilidad de cargos ó servicios por razón de residencia y por razón de las funciones.—Derecho de la mujer al ingreso en las servicios técnicos y auxiliares.

6. Nombramiento de empleados.—A quién corresponde según la categoría y haberes de los mismos.—Reales despachos y títulos. Posesiones y ceses.—Documentos que deben presentarse para el ingreso en nómina.—Traslados.—Plazo posesorio y prórrogas.—Permutas.—Excedencias.

7. Recompensas y correcciones.—Modo de formar los expedientes gubernativos y condiciones de los funcionarios á quienes se nombra para la instrucción.—Separación del servicio.—Tribunales de honor.—Haberes pasivos.—Delitos cometidos por los funcionarios públicos en el ejercicio de su cargo.

8. Reglas para la aplicación de la ley de 22 de Julio de 1918 y su Reglamento á los Cuerpos facultativos ó especiales.

9. Presupuestos del Estado.—Concepto legal de los mismos.—Duración y prórroga.—Partes en que se dividen los presupuestos de los Departamentos ministeriales.—Créditos extraordinarios.—Suplementos y transferencias de crédito.

10. Libramientos á justificar.—Modo y plazo de justificar la inversión.—Dietas que corresponden á los funcio-

rios de Sanidad, según su categoría, por comisiones ó servicios que deban prestar fuera del lugar de su residencia.—Modo de rendir la cuenta.—Descuentos.

11. Contratación de servicios y obras públicas.—Subastas.—Concursos.—Excepciones de subasta y concurso.—Obras y servicios que pueden efectuarse por Administración.—Tramitación de los contratos cuyo importe no exceda de 25.000 pesetas.

12. De la contratación en cuanto se refiere á las Estaciones sanitarias.—Instrucción y tramitación de los expedientes de obras y servicios de Sanidad exterior.—Nóminas del personal y cuentas de material.—Justificación.—Responsabilidad.

#### GEOGRAFÍA COMERCIAL

1. Principales líneas férreas internacionales de Europa y estaciones fronterizas.—Compañías navieras.—Indicaciones de las más importantes.—Rutas más frecuentadas y puertos de escala.

2. España.—Comercio exterior.—Principales países con los que lo efectúa y artículos más importantes de nuestra importación y exportación.—Puertos comerciales.

3. Francia y sus colonias.—Indicación de éstas.—Del comercio exterior francés; sus relaciones comerciales y artículos de su comercio.—Puertos más comerciales de Francia y sus colonias.

4. Bélgica, Holanda y Dinamarca.—Enunciación de sus colonias.—Principales artículos del comercio exterior de cada uno de estos Estados.—Puertos comerciales más importantes de los mismos y de sus colonias.

5. Alemania y Polonia.—Importancia de su comercio exterior y artículos que lo integran como más importantes.—Relaciones comerciales con otros Estados y particularmente con España.—Puertos comerciales más principales.

6. Suecia, Noruega y Finlandia.—Comercio exterior de cada uno de estos Estados y principales artículos sobre que se efectúa.—Relaciones comerciales.—Puertos más importantes de cada uno de estos Estados.

7. Reino Unido de la Gran Bretaña é Irlanda.—Enunciación de las colonias británicas.—Comercio exterior.—Relaciones comerciales de la Metrópoli con las Colonias.—Comercio internacional.—Principales artículos que lo alimentan.—Puertos comerciales más importantes de Gran Bretaña é Irlanda y de sus colonias.

8. Portugal, Italia, Yugoslavia, Albania y Grecia.—Comercio exterior de cada uno de estos Estados y principales artículos de la importación y exportación.—Puertos comerciales más importantes de los citados Estados.

9. Turquía, Bulgaria, Rumania, Ucrania y Rusia.—Principales artículos de su comercio exterior.—Puertos comerciales más concurridos de cada uno de los mencionados Estados.

10. Asia, Africa y Oceanía.—Características de su comercio y puertos comerciales más concurridos de cada una de estas partes del mundo.

11. Estados Unidos de la América del Norte y Méjico.—Comercio exterior de estos Estados y principales artículos de su comercio.—Puertos comerciales más concurridos de cada uno de estos Estados y de las colonias norteamericanas.

12. América central y del Sur.—Estados que comprenden.—Características de su comercio y artículos principales que lo alimentan.—Puertos comerciales más concurridos del Brasil, Argentina, Uruguay, Chile, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela y las Guayanas.—Cuba y sus puertos comerciales.



## HIGIENE GENERAL Y NAVAL.—DEFENSA SANITARIA

1. Atmósfera.—Características físicoquímicas del aire atmosférico.—Impurezas del aire y sus efectos sobre el organismo humano.—Análisis química del aire.

2. La atmósfera marítima; sus características.—Estudio comparativo de la atmósfera terrestre con la de costa y la de alta mar.—Análisis microbiológico del aire.

3. Ambiente interior de los barcos; su estudio higiénico.—Impurificación de la atmósfera interior de los barcos; sus causas y valor sanitario.—Ventilación á bordo de los diferentes tipos de barcos.—Procedimientos más usados.—Cubricación de los distintos departamentos de los buques.

4. Climas.—Aclimatación, su biología.—Función de la inmunidad en la aclimatación.—Actitud de las diversas razas para la aclimatación.

5. Agua de bebida.—Características físicoquímicas.—Análisis química de las aguas destinadas á bebida y determinación de su potabilidad.—Substancias en suspensión.

6. Orígenes del agua potable.—Valoración higiénica de cada uno de ellos.—El agua del mar, su composición é influencia de ésta en la atmósfera marítima.

7. Abastecimiento hídrico de las ciudades.—Sistemas de captación, embalse, conducción y distribución del agua potable y su estudio higiénico.

8. Procedimientos físicos, químicos y biológicos para la depuración de las aguas.—Aparatos esterilizadores del agua.

9. Análisis bacteriológico del agua.—Análisis cuantitativo.—Investigación de los distintos gérmenes patógenos que pueden contaminar las aguas.—Investigación de parásitos de origen intestinal.

10. Defensa sanitaria de las aguas de bahías, puertos y ríos.—Estudio higiénico del desagüe en ellas de alcantarillas y de las aguas residuales de los buques.—Aguada de los ferrocarriles y su importancia sanitaria.

11. El agua en los buques.—Agua de bebida; embalse, distribución.—Sistemas de aguada y su importancia sanitaria.—Aparatos destiladores de agua de mar.—Agua de lastre.—Sentina.

12. El buque desde el punto de vista sanitario.—Estructura de los diferentes tipos de buques y distribución interior.—Materiales que se emplean en la construcción de los buques.—Medios de propulsión.—Valoración sanitaria de los distintos factores que intervienen en la navegación.

13. Iluminación natural y artificial de los buques.—Estudio higiénico de los distintos sistemas.—Calefacción en los buques; procedimientos y estudio higiénico.

14. Refrigeración en los buques.—Cámaras frigoríficas.—Buques y vagones frigoríficos.—Aplicaciones y estudio higiénico de la refrigeración.

15. Higiene personal de los tripulantes.—Ropas y efectos más adecuados para el personal de á bordo.—Lavado en los buques; sus sistemas.

16. Servicios sanitarios á bordo de los buques.—Estudio detallado de cada uno de ellos.

17. Higiene de los distintos departamentos de los barcos.—Procedimiento de limpieza y saneamiento.—Medidas higiénicas que reclama el transporte de ganado.

18. Estudio del suelo desde el punto de vista sanitario.—Contaminación y depuración de los terrenos.—Saneamiento y protección.—Desecación.

19. Higiene de la vivienda.—Principios higiénicos que precisa tener en cuenta en la construcción de viviendas y edificios en general.

20. Aguas residuales y su tratamiento.—Resolución práctica del problema rural y urbano de las aguas residuales.

21. Excretas.—Basuras.—Cadáveres de animales.—Estudio higiénico comparativo de los distintos procedimientos que en el medio rural y urbano pueden emplearse para su alejamiento, utilización ó destrucción.

22. Sistema de destrucción de los cadáveres humanos y su estudio higiénico comparativo.—Enterramiento.—Incineración.—Sumersión.—Defensa sanitaria contra el peligro que en la transmisión de las enfermedades pueden presentar los cadáveres humanos.

23. Transporte de cadáveres por mar y tierra.—Embal-samamiento y condiciones que ha de reunir según se trate de conservación temporal ó definitiva.—Sucinto estudio de cámaras y vagones para el transporte de cadáveres.

24. Papel de los buques en la difusión de las enfermedades infecciosas comunes.

25. Papel de los barcos en el mantenimiento y difusión de la peste.

26. Papel de los barcos en el mantenimiento y difusión del cólera.

27. Papel de los barcos en el mantenimiento y difusión de la fiebre amarilla.

28. Alimentos en general.—Fisiología de la nutrición.—Composición de las distintas clases de alimentos.—Su acción sobre el metabolismo nutritivo.

29. Alimentos de origen animal.—Su estudio higiénico.—Adulteraciones y falsificaciones.—Carne enferma.—Botulismo.—Análisis químico y micrográfico de los alimentos de origen animal.

30. Leche y sus derivados.—Estudio higiénico.—Adulteraciones y falsificaciones.—Análisis de la leche.

31. Leche procedente de animales enfermos.—Enfermedades transmisibles por la leche.

32. Alimentos de origen vegetal.—Su estudio sanitario.—Valor higiénico de los mismos.—Su análisis.

33. Vitaminas.—Avitaminosis.

34. Conservas alimenticias en general.—Procedimientos de conservación más en uso y su crítica higiénica.—Alteraciones.—Adulteraciones.—Análisis químico y biológico.

35. Diversos sistemas usados á bordo de los buques para la conducción y conservación de los alimentos.—Idem para transporte por ferrocarril de las sustancias alimenticias.—Estudio higiénico comparativo.

36. Bebidas alcohólicas.—Idem aromáticas.—Su acción sobre el organismo y estudio sanitario.—Análisis químico.—Intoxicación alcohólica.

37. Desinfección en general.—Desinfección por agentes químicos y físicos.—Esterilización.

38. Desinfección de los barcos.—Procedimientos á seguir en la desinfección de un barco, según su tipo, clase de carga y enfermedad transmisible que lo requiera.

39. Desratización.—Desratización pasiva.—Colocación de locales á prueba de ratas.—Condiciones que deben reunir las edificaciones en la zona marítimo terrestre.

40. Desratización activa.—Sulfuración.—Aparatos sulfuradores.—Dosificación.—Mucicidas microbianos y químicos.—Capturación.

41. Desratización activa.—Cianhidricación.—Sus fundamentos.—Aparatos productores del ácido cianhídrico.—Acción del ácido cianhídrico sobre roedores é insectos.—Toxicidad.—Precauciones.—Neutralización del ácido cianhídrico.—Tratamiento de las intoxicaciones producidas por el ácido cianhídrico.

42. Lazaretos y hospitales de aislamiento.—Su papel en la profilaxia de las enfermedades transmisibles.

43. Hospitales de costa y flotantes.—Sanatorios marítimos y de altura.—Su estudio sanitario.



44. Industria pesquera.—Barcos pesqueros.—Condiciones que deben reunir.—Transportes y conservación de la pesca á bordo.—Tripulación de los barcos de pesca.—Estudio sanitario.—Viveros de peces, crustáceos y moluscos: su estudio sanitario.

45. Estudio sanitario de la zona española de influencia en Marruecos y de las colonias de España en el Oeste africano.

46. Emigración.—Inmigración.—Corrientes emigratorias principales.—Peregrinaciones.—Papel de la emigración, de las peregrinaciones y en general de los transportes de masas de gentes en el mantenimiento y difusión de las enfermedades transmisibles.

47. Transporte de emigrantes á bordo de los barcos.—Prácticas sanitarias á que deben ser sometidos en los puertos á su salida y llegada.—Régimen sanitario que las principales naciones de América imponen á la emigración europea.

#### EPIDEMIOLOGÍA, MICROBIOLOGÍA Y PATOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS COMUNES Y EXÓTICAS

1. Laboratorios de bacteriología y parasitología aplicados á la investigación clínica.—Institutos de higiene.—Su organización, material de que deben estar dotados y funcionamiento.

2. Técnica micrográfica en general para el estudio de bacterias y protozoarios.—Métodos generales y especiales de coloración.

3. Medios de cultivo.—Cultivo de las bacterias.—Idem de los protozoarios.—Medios comunes y medios especiales.

4. Técnica general para la recogida de productos normales y patológicos en el hombre y en los animales de experimentación y marcha general á seguir en la investigación en las mismas de gérmenes patógenos.

5. Esterilización en bacteriología.—Desinfección.—Asepsia.—Antisepsia.—Agentes químicos desinfectantes.—Su acción.

6. La experimentación en los animales aplicada á la bacteriología y á la parasitología.

7. Biología general de las bacterias.—Sus funciones y modo de reaccionar frente á los agentes físicos, químicos y biológicos.

8. Biología general de los protozoarios.—Sus funciones y modo de reaccionar frente á los agentes físicos, químicos y biológicos.

9. Papel de los insectos en la propagación de las enfermedades infecciosas.

10. Papel del agua en la difusión de las enfermedades infecciosas.

11. Infecciones ocasionadas por los alimentos.

12. Papel del tráfico comercial en el desarrollo y propagación de las enfermedades infecciosas.

13. Las formas leves y ambulatorias y los portadores de gérmenes en el mantenimiento y difusión de las enfermedades infecciosas.

14. Papel de los objetos de uso en la génesis y propagación de las enfermedades infecciosas.—Las secreciones y excreciones del hombre y los animales en la difusión de las enfermedades infecciosas.

15. Inmunidad.—Su mecanismo.

16. Inmunidad natural y predisposición.—Fagocitosis.—Alexinas.

17. Toxinas.—Antitoxinas.

18. Aglutininas.—Precipitinas.—Oponinas.—Bacteriotropinas.

19. Lisinas.—Reacción de Bordet y Gengou.

20. Inmunización activa.—Técnica para la preparación y dosificación de vacunas.

21. Inmunización pasiva.—Técnica para la preparación y valoración de los sueros.

22. Anafilaxia.—Enfermedad del suero.

23. Antianafilaxia.—Los fenómenos anafilácticos aplicados al diagnóstico y tratamiento de las infecciones.

24. Teoría de Abderhalden.—Quimioterapia esterilizante de Ehrlich.—Resistencia no específica.

25. Cólera.—Su etiología.—Estudio del germen colérico.—Diagnóstico bacteriológico del cólera.—Investigación del germen colérico fuera del organismo.

26. Cólera.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Pronóstico.—Tratamiento.

27. Epidemiología y profilaxis del cólera.

28. Peste.—Su etiología.—Estudio del germen de la peste.—Diagnóstico bacteriológico en el hombre y en los roedores.

29. Peste.—Su patogenia.—Anatomía patológica.—Formas clínicas: sus síntomas.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.

30. Epidemiología y profilaxis de la peste.

31. Fiebre amarilla.—Etiología.—Trabajos de Noguchi en la investigación del agente causal de la fiebre amarilla.—Patogenia.—Anatomía patológica.

32. Fiebre amarilla.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.

33. Epidemiología y profilaxis de la fiebre amarilla.

34. Viruela.—Estudios etiológicos.—Patogenia.—Sintomatología.—Anatomía patológica.—Diagnóstico clínico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.—Varioloides.

35. Epidemiología de la viruela.—Profilaxis.—Vacunación antivariólica; su estudio.—Preparación de la vacuna.

36. Sarampión.—Etiología.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

37. Escarlatina.—Etiología.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Pronóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

38. Varicela.—Roseola.—Sudor miliar.—Etiología, sintomatología, diagnóstico diferencial, tratamiento, epidemiología y profilaxis.

39. Pneumococos.—Su estudio.—Vacunación y suero-terapia en las neumonías.—Epidemiología y profilaxis.

40. Enfermedades producidas por el pneumococo.—Clasificación y estudio clínico.—Sus tratamientos.

41. Meningitis cerebroespinal epidémica.—Etiología.—Estudio de los meningococos.—Diagnóstico bacteriológico.

42. Meningitis cerebroespinal epidémica.—Patogenia.—Sintomatología, diagnóstico clínico.—Formas clínicas de las meningococias y su tratamiento.—Vacunas y sueros.—Epidemiología.—Profilaxis.

43. Fiebre de Malta.—Etiología.—Estudio del micrococcus melitensis.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico y bacteriológico.—Epidemiología.—Profilaxis.

44. Chancro blando.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Estudio clínico diferencial entre el chancro blando y el sífilítico.—Diagnóstico bacteriológico.—Tratamiento.—Profilaxis.

45. Blenorragia.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Complicaciones.—Tratamiento.—Profilaxis.—Uretritis no gonocócicas.

46. Gonococos: Su estudio.—Diagnóstico bacteriológico de la blenorragia.—Estudio diferencial de los gérmenes confundibles analíticamente con el gonococo.

47. Streptococias.—Bacteriología.—Estudio clínico.—Vacunoterapia y seroterapia.—Profilaxis.



48. Stafilococias.—Bacteriología.—Estudio clínico.—Vacunoterapia y seroterapia.—Profilaxis.

49. Enterococo.—Tetrageno.—Pneumobacilo.—Cocobacilo de Pfeiffer.—Proteus.—Piocianico.—Estudio bacteriológico y clínico.

50. Gripe.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología de sus diversas formas clínicas.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.—Dengue.

51. Difteria.—Etiología.—Estudio del agente causal.—Diagnóstico bacteriológico de la difteria.

52. Difteria.—Patogenia.—Anatomía patológica, sintomatología, pronóstico y tratamiento.—Epidemiología, profilaxis.—Las anginas pseudiftéricas.

53. Fiebre tifoidea.—Etiología.—Estudio del bacilo tífico.—Diagnóstico bacteriológico de la fiebre tifoidea.—Aislamiento del germen fuera del organismo humano.

54. Fiebre tifoidea.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico.—Tratamiento.

55. Epidemiología y profilaxis de la fiebre tifoidea.

56. Paratífus.—Estudio de los gérmenes paratíficos.—Diagnóstico clínico y bacteriológico de las enfermedades paratíficas.

57. Colibacilo.—Su estudio.—Diagnóstico bacteriológico diferencial con los demás gérmenes patógenos de la serie intestinal.—Estudio clínico de las colibacilosis.

58. Las disenterías.—Concepto general.—Síndrome disentérico.—Clasificación.—Disentería amebiana.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Anatomía patológica.—Diagnóstico diferencial, clínico y microbiológico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

59. Las disenterías.—Disentería bacilar.—Estudio de los gérmenes productores de esta enfermedad.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial, clínico y bacteriológico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.—Otras disenterías.

60. Coqueluche.—Etiología.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico y bacteriológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

61.—Carbunco.—Estudio de su agente causal.—Formas clínicas.—Diagnóstico clínico y bacteriológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

62. Muermo.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Tratamiento.—Diagnóstico.—Epidemiología.—Profilaxis.

63. Tuberculosis.—Estudio de los bacilos tuberculosos.—Diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis humana.—Reacciones biológicas.

64. Tuberculosis humana.—Estudio de sus diversas formas clínicas.—Diagnóstico clínico.—Tratamiento.

65. Tuberculosis.—Epidemiología y profilaxis.—Lucha social.—Dispensarios.—Sanatorios.

66. Lepra.—Estudio de su agente causal.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Formas clínicas.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

67. Tifus exantemático.—Etiología.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Pronóstico.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.

68. Tifus exantemático.—Epidemiología y profilaxis.—Procedimientos de desinsectación.

69. Las conjuntivitis contagiosas.—Clasificación y estudio clínico.—Tracoma.—Etiología.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

70. Beri-beri y escorbuto.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Profilaxis.—Distribución geográfica.

71. Tétanos.—Etiología.—Estudio del agente causal.—

Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial clínico y microbiológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

72. Rabia.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

73. Sífilis.—Etiología.—Sintomatología.—Complicaciones.—Anatomía patológica.—Diagnóstico clínico.—Tratamiento.—Sífilis y Pian.

74. Sífilis.—Estudio de su agente causal.—Investigación del spirocheta.—Reacciones diagnósticas de la sífilis; su técnica y juicio clínico.

75. Profilaxis de las enfermedades venéreo sifilíticas.—Organización social de la lucha antivenérea.

76. Fiebre recurrente.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial, clínico y microbiológico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

77. Spirochetosis ictero-hemorrágica.—Estudio de su agente causal.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

78. Fiebre biliosa hemoglobinúrica.—Distribución geográfica.—Etiología.—Patogenia.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

79. Encefalitis letárgica.—Trabajos en la investigación de su agente causal.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

80. Leishmaniosis.—Distribución geográfica.—Clasificación.—Estudio parasitológico.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.—El Kala Azar infantil en España.

81. Poliomiélitis epidémica.—Estudios etiológicos.—Patogenia.—Anatomía patológica.—Sintomatología.—Diagnóstico diferencial.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

82. Tripanosomiasis humana.—Clasificación.—Distribución geográfica.—Estudio parasitológico.—Sintomatología.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología y profilaxis.

83. Paludismo.—Estudio de los parásitos causales.—Biología de los parásitos dentro y fuera del organismo humano.—Diagnóstico micrográfico del paludismo en sus diversas formas.

84. Estudio clínico de las diversas formas del paludismo.—Diagnóstico clínico.—Complicaciones.—Tratamiento.

85. Epidemiología y profilaxis del paludismo.

86. Sarna.—Estudio parasitológico.—Sintomatología.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

87. Tiñas.—Estudio de los agentes causales.—Sintomatología.—Diagnóstico clínico y micrográfico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

88. Filarias.—Su estudio.—Sintomatología de las filariosis humanas.—Diagnóstico.—Tratamiento.—Epidemiología.—Profilaxis.

89. Anquilostomiasis.—Estudio parasitológico y clínico.—La anquilostomiasis en España.—Epidemiología, profilaxis.

90. Triquinosis.—Estudio del parásito y su evolución.—Patogenia.—Sintomatología.—Tratamiento.—Profilaxis.—Investigación del parásito en los productos contaminados.

91. Actinomicosis.—Su estudio etiológico.—Especies receptivas.—Transmisibilidad al hombre.—Profilaxis.

92. Piroplasmosis, difterias y pastereiosis animales.—Estudio etiológico.—Transmisibilidad.—Profilaxis.—Fiebre aftosa.—Etiología.—Profilaxis.

(Se continuará.)



## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,9; ídem mínima, 702,3; temperatura máxima, 13°,4; ídem mínima, 3°,7; vientos dominantes, NE. NNE.

Aumentan en cierto grado los catarros laringo-bronquiales y bronco-pulmonares, habiéndose presentado, aunque con carácter relativamente benigno, varias bronco-pneumonías. En los sujetos artríticos y en los arterioescleróticos continúan produciéndose empeoramientos de índole congestiva las más veces, debidos á enfriamientos más ó menos transitorios.

### Crónicas.

El número presente va aumentado en cuatro páginas á fin de dar cabida al exceso de original que poseemos, todo de interés y de actualidad.

**Nuevo laboratorio.**—Nuestro querido compañero, el joven y distinguido Dr. D. Emilio Luengo, del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Laboratorio de Investigaciones Clínicas del Hospital de la Facultad de Medicina de Madrid, se ha establecido en la calle de Rodríguez San Pedro, 46, principal izquierda, con un completo laboratorio de análisis, en el que se encuentran atendidas las más exigentes atenciones de la ciencia moderna.

Dada la demostrada suficiencia y la brillante práctica del señor Luengo, es seguro que la clase médica madrileña aprovechará los perfectos servicios que se le ofrecen.

**Homenaje al Dr. Piñerúa.**—Recordamos á nuestros compañeros que continúa abierta, ya por plazo breve, la suscripción para el homenaje al Dr. Piñerúa, recogiendo los donativos en la farmacia del Dr. Mouriz, Carretas, 20.—La Comisión organizadora.

**La Junta antituberculosa de Sevilla.**—Copiamos de un periódico diario:

«Ha celebrado sesión el Colegio Médico, que entre otros asuntos, trató de la designación para formar parte de la Junta local antituberculosa de un hombre civil, postergando á un médico. Se propuso que todos los médicos que tienen puesto en dicha Junta presenten su dimisión como protesta por haber sido nombrado vocal D. Guillermo Troter, con el cual no pueden convivir los médicos dentro de la Junta por haber injuriado á los farmacéuticos, que se han querellado contra dicho señor.

Se acordó aplazar toda resolución en este asunto hasta la sesión extraordinaria que se celebrará próximamente.

Relacionado con esta cuestión, celebró esta mañana una conferencia la presidenta de la Junta antituberculosa, condesa de Lebrija, con el gobernador, y, según manifestó éste, todo quedará arreglado mediante la presentación de la dimisión del Sr. Troter.»

**Obras españolas publicadas en Alemania.**—Hemos recibido un catálogo de la casa K. F. Koehler. Librería anticuaria de Leipzig, que contiene la indicación de gran número de obras escritas en castellano, algunas extraordinariamente raras y otras de autores extranjeros poco conocidos en España. Aunque traducidos á nuestro idioma hay también una colección de libros alemanes sobre España. La casa Koehler Antiquarium de Leipzig—Taubchenweg, 21—Envía catálogos á quien se los pida.

**Excipiente inerte.**—Es la desigualdad achaque de grandes y aun de Príncipes; en algunos por naturaleza, en los más por afectación.

(Gracián.)

*Sed ubi indicatio impar simul urget, tum semper erit satisfaciendum maximae.*—Pero cuando hay dos indicaciones desiguales en urgencia, siempre se debe atender á la que más urge.

(Boerhaave.)

**Grajeas «Bayer» de Canadrast.**—Acompañamos al número presente un prospecto y tarjeta sobre las Grajeas Bayer de Canadrast, recomendando la lectura y el pedido de muestras á Unión Química Comercial, S. A., Apartado 280, Barcelona.

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

# PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
**CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS**

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

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

**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.



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

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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