

Gaceta Médica del Norte

REVISTA MENSUAL DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA

Órgano Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

Año XVII

Bilbao—Septiembre—1911

Núm. 201

Sumario

Artículos originales: I) **Dr. Bernardo Bendix.** Tratado de las enfermedades de los niños.—II) **Dr. Soltura.** Psicología del ritmo en los movimientos.—III) **Dr. H. Pater.** La úlcera del duodeno.
Revista de Revistas.—Bibliografía: 1) **Dr. L. Imbert.** El terreno orgánico del lesionado ante la ley sobre accidentes del trabajo.—2) **Dr. Reclús.** La tintura de yodo y la antiséptica.—3) **Rosenberger.** Nuevas suturas quirúrgicas.—4) Los antisépticos en cirugía menor.—5) **Dr. Valker.** El manejo de los salicilatos en las afecciones reumáticas.—6) El cáncer considerado como enfermedad funcional.—7) **R. Lutembacher.** Terapéutica dermatológica. Las indicaciones del cuerpo tiroide en dermatología.
Sección profesional.

I.

Tratado de las enfermedades de los niños

por el

Doctor Bernardo Bendix

Profesor de la Universidad de Berlín.—Versión española de la sexta edición alemana

por los Doctores Tous Biaggi y Ruiz Contreras

Si bien es verdad que actualmente es grande el número de obras que á patología infantil se dedican, no deja de ser cierto que unas por su volumen excesivo y copiosas y aun quizás fatigosa lectura, y otras por su condición, no llenan ni con mucho las aspiraciones del médico general que necesita conocer todas las incidencias que surgen en el desempeño de su cometido profesional, pero mucho más particularmente lo que atañe á esta rama de la ciencia médica.

Esta obra que hoy aparece en el campo científico, se nos figura que llena por completo el ideal de dejar satisfecho al médico práctico que quiera hallarse al corriente de cuanto á Pediatría se refiere.

En efecto, en ella se encontrará cuanto atañe á la Fisiología,

á la Higiene y á la Patología del niño, avalorado todo ello con nuevas ideas, pues especialmente en lo que se refiere á la alimentación y trastornos alimenticios del niño de pecho «atribuye el autor el primer papel á las alteraciones que produce en el organismo la alimentación, como agente etiológico, y, en cambio, concede á las influencias bacterianas una importancia secundaria y limitada á formas nerviosas determinadas». (Prólogo de la 6.^a edición alemana). Esta concepción etiológica, sin ser absolutamente nueva, y quizás tampoco sin ser del todo cierta, marca un rumbo especial en el estudio de la complicada cuestión de la patología gastro-intestinal de los niños y ya esto nos parece en extremo interesante.

Añádase á esto las modificaciones introducidas por el autor en la redacción del artículo denominado *espasmofilia* (laringospasmo, tetánica) que según él, tiene estrechas relaciones con los trastornos alimenticios, desde el punto de vista de su etiología, y la confección de un nuevo capítulo para describir la *diatísis exudativa*, de Crerny, y nos dan una ligera idea de la importancia de esta obra de patología infantil, cuya adquisición se recomienda por si sola.

II.

Psicología del ritmo en los movimientos

por el

Doctor Soltura

El estudio de la psicología del ritmo en los movimientos de todo ser animado, no deja de ser interesante, por lo que puede tener de práctico, en la educación y reeducación de los mismos.

Cuando se cambia el estado de reposo por el de actividad, los movimientos de las diversas partes del organismo que se exteriorizan, se ejecutan bajo ciertas condiciones de rapidez, energía y extensión que son muy variables, pero que en muchas ocasiones sirven para caracterizar la raza, persona ó sexo, del grupo Zoológico á que corresponden.

Las interrupciones que se advierten suelen tener cierta regularidad especial, que constituye el ritmo de su desarrollo.

Este ritmo, varía según los temperamentos, disposiciones orgánicas y físicas, profesiones y condiciones sociales. La influencia de la raza es por demás evidente. Las diferencias en el ritmo motor, por ejemplo, que se advierten en la Gran Bretaña cuando viajan en un tren ingleses, irlandeses y escoceses, consisten en que los primeros no ponen el pie en tierra hasta que el convoy pare; los segundos, se lanzan sobre el andén sin aguardar la parada; y los terceros, esperan algunos minutos después que haya tenido lugar aquélla.

El ritmo nacional en sus cantos y marchas, corresponde al tipo motor que tienen los pueblos. Generalmente expresa su propensión mayor ó menor á ser rápidos en la acción y su disposición habitual de humor.

Los cantos que muchos obreros usan mientras trabajan, suelen ser ritmados y adaptados á la clase de obra que ejecutan. Conocidos éstos, ya de antiguo, se llegó á decir cuando la construcción de las murallas de Tebas *«que las piedras se colocaban ellas mismas á los sonidos de la lira que tocaba el director de la obra.»*

Los climas ejercen igualmente una acción decisiva. Basta el fijarse en la exageración de los gestos de los pueblos meridionales y en la sobriedad de los movimientos de las gentes del Norte. Hay, sin embargo, naciones tropicales en las que existen muchos tipos flemáticos y con un abandono musulman, tanto en sus movimientos como en su modo de hablar, que dejan detrás á los nortehños. Esos andares pausados y de gata cautelosa, con sus miradas dulces y hablar blando, que caracterizan á muchas mujeres americanas, son una prueba palmaria.

Las relaciones del ritmo con la acción, son muy dignas de tenerse en cuenta. Las personas de ritmo lento son, en general, más sumisas á la ley del menor esfuerzo, como quiera que habitualmente se halla aquél ligado á una falta de agilidad por relación muscular que contraría la acción.

La acción de los deportes, gimnasia, música, ejercicios militares y el baile, acentúa las aptitudes á lo rítmico hasta que adquiere su cadencia definitiva. La influencia de la música ritmada en la educación de algunos animales como el perro, caballo y mono, es conocida de todos y demuestra su grado de inteligencia. El látigo, la espuela y el bocado unidos á la música, completan el arsenal educativo de los domadores y artistas de circo.

La música, el baile, los movimientos de conjunto y la gimnasia, son hoy factores importantes de la educación de los niños. Se ha recomendado mucho en ciertas poblaciones, el que los niños marchen al paso de las tropas, detrás de los tambores, por la influencia que los movimientos ejercen en el desarrollo físico. La aptitud para el ritmo regular empieza á manifestarse en los niños y adolescentes por el gusto especial que tienen por el baile. Al poco tiempo adquieren la comprensión del mismo y sirve para combatir la torpeza ó falta de maña, disipando la timidez para hacerse sociables.

Las primeras nociones del ritmo suele recibir el niño cuando está en la cuna con los movimientos de va y ven que á ésta le imprimen las madres ó niñeras y las canciones más ó menos monótonas que entonan para que se duerman. Más tarde, usan del baile de un modo activo ó pasivo en brazos de la persona que los lleva, según la edad.

Es un signo de atraso orgánico el mostrar gran resistencia al baile y juegos coreados de los niños. Estos pueden ser considerados como arrítmicos y tardan mucho ó no consiguen jamás el ser sociables.

Aunque primitivamente el niño es arítmico, si su estado es normal, existe en potencia la acomodación, en mayor ó en menor grado y le es fácil adquirirlo y modificarlo, según las necesidades lo exijan. Así un individuo de ritmo lento en sus movimientos, echa á correr de un lado para evitar un atropello de un vehículo. Del mismo modo, una persona viva en el moverse, sabe reprimir sus pasos al acompañar á otra fatigada ó á un niño principiante en el ejercicio de la progresión.

Esta acomodación voluntaria constituye la manifestación de una educación suficiente de la atención y la voluntad, que juegan un gran papel en la defensa del individuo.

Es sumamente sensible el que la educación del ritmo no forme parte de la enseñanza primaria en los niños. Fuera de la instrucción militar, nadie recibe metódicamente enseñanza alguna. Gracias á ella se vé en las clases bajas, modificaciones en su físico y sociabilidad dignas de encomio.

El ritmo sufre de un modo transitorio rupturas á consecuencia de emociones, timidez, alcoholismo, miedo, acceso de cólera descomponiéndose el modo de ser personal.

La distracción suprime también la acomodación del ritmo.

Tal sucede á los que van preocupados con una idea ó de un problema. Hay personas tan movedizas en sus impresiones que cometen increíbles actos de distracción. Parecen veletas en tiempos de variaciones incesantes de vientos. El profesor Sr. Curie, inventor del radium, era sumamente distraído y le costó la vida en París donde fué atropellado por un camión de carga.

Todas las causas que disminuyen la energía arrastrando tras sí el esfuerzo muscular, hacen que el ritmo sea lento y desigual. El embarazo, las enfermedades, el cansancio físico y la convalecencia figuran en primer término y la sed, el hambre, y la inanición en segundo.

El buen humor, la alegría del amor y de las fiestas así como otra clase de sentimientos excitantes se traducen en una aceleración en el ritmo. Al primer golpe de vista puede distinguirse al hombre de espíritu optimista del pesimista tan solo por el ritmo acelerado ó retardado de sus maneras. Los niños tienen diverso ritmo al entrar y al salir de la escuela ó instituto: van preocupados y vuelven bulliciosos.

Por el contrario, la tristeza y demás influencias depresivas retardan el ritmo en los movimientos. No hay más que observar á muchas personas que demuestran sus pesares y contrariedades en su modo de andar.

La sugestión es otra de las poderosas influencias que modifican el ritmo. El espíritu de cuerpo, distingue en los ejércitos á los cazadores, infantería ordinaria, ingenieros y artillería, por su manera de marchar no solo en campaña, sino también al pasar por las calles de una población.

Muchas personas investidas de alguna función importante en la sociedad, se creen obligadas á adoptar una marcha y maneras de tratar que se halle en armonía con su situación. El afán del snobismo que tiene el público y la veneración convencional de que está animado ante la presidencia de personajes de algún viso social, acentúan más esas disposiciones.

En ciertas esferas sociales se vé con desagrado el que un sacerdote, médico ó abogado, usen de la bicicleta ó de trages que no sean severos, por considerar que con estos medios disminuye su prestigio personal. ¡Para el mundo, no basta ser persona instruida y de valer, sino que hay necesidad de parecerlo en todos los actos!

Es de observación corriente, el que el ritmo motor se hace

más lento con la edad, y este solo hecho hace que el individuo sea más respetado dentro de su clase, y por tanto su situación social se eleva.

Este fenómeno se efectúa merced á una doble sugestión recíproca. De un lado, el deseo de imponerse al vulgo, aparentando una gravedad solemne que en las clases educadas é instruidas les dá mayor respeto; y de otro, la diferencia de los admiradores impone al que es objeto de ella la necesidad de contener su vivacidad en su marcha y maneras. La solemnidad personal no se concibe más que usando de una lentitud calculada en el hablar y la progresión.

En una época impregnada casi se halla la muestra de la necesidad de gerarquías sabiamente organizadas; es difícil encontrar un doctoprofesor, magistrado ó funcionario elevado que demuestre flexibilidad en sus movimientos y en especial de su cintura. La disminución de la energía aparente, signo de una decadencia inevitable en la potencial, es la característica de la mayor parte de las situaciones honoríficas.

¡El *otium cum dignitate*, de Cicerón, se ha convertido en símbolo de una majestad creada á expensas de la torpeza muscular y anquilosis de las articulaciones!

La arritmia permanente es la consecuencia de diversos trastornos patológicos. La taquifagia y la glotonería que se ven con alguna frecuencia en los sujetos impulsivos y neurópatas, es indicio de una perturbación en el ritmo motor. Así mismo lo es la braquifagia en los abúlicos. Son arrítmicos también los histéricos, coréicos, neurasténicos y ticosos, los apráxicos y degenerados.

En las enfermedades orgánicas las incoordinaciones motrices revisten ordinariamente, un caracter de permanencia; y esta fijezza dá lugar á un ritmo lento de caracter nuboso. En las frenopatías, el ritmo se trastorna y es casi siempre por un cambio profundo en la ritma habitual que suele ser la primera manifestación de la locura.

En todas las arritmias funcionales se obtiene por medio de la reducción sola ó ayudada del hipnotismo la disciplina psico-motriz. Las sugestiones que en el estado hipnótico se verifican, evocando representaciones mentales apropiadas para curar la emotividad exagerada, facilitan la vuelta del poder acomodativo de la fuerza motriz.

III.

LA ÚLCERA DEL DUODENO

por el

Doctor. H. Pater

Jefe de Clínica de la Facultad de Paris. (1)

Incontestablemente es la úlcera duodenal una de las afecciones que más han dado que hablar en estos últimos años, y, principalmente, en estos últimos meses. El excelente informe de los Sres. Ricard y Pauchet, presentado en el último Congreso de Cirugía, (2) ha sido precedido y seguido de toda una serie de trabajos en los cuales han colaborado médicos y cirujanos y que al parecer han solucionado una cuestión que reviste hoy grande interés. Aun cuando el término «úlcera duodenal» haya sido raras veces pronunciado en Francia desde que en 1887 Bucquoy trazó su cuadro clínico, lo cierto que esta afección, considerada como poco común, ha retenido la atención de gran número de cirujanos angloamericanos que le reconocen, por el contrario, una extrema frecuencia. Sus observaciones, así como los trabajos franceses que se han venido publicando sucesivamente desde 1900 hasta hoy, demuestran que la concepción de los cirujanos angloamericanos difiera radicalmente de la de los franceses, y esto en razón á que el mismo nombre de «úlcera duodenal», no es comprendido del mismo modo en los dos campos adversos. El mérito de las comunicaciones presentadas al Congreso francés de cirugía y de los trabajos publicados con posterioridad ha consistido precisamente en regularizar la terminología de la afección y determinar las causas de la divergencia—más aparente que real—existente entre los franceses y la mayor parte de los extranjeros.

Fué en 1887 cuando Bucquoy, en un trabajo considerado aún como autoridad y en el cual reunió á los trabajos anteriores el fruto de sus propias observaciones, trazó de la úlcera el duodeno un cuadro que apenas si ha necesitado retoques más tarde, y en el cual pone en evidencia todas las analogías de esta úlcera con el *ulcus retundum* de Cruveilhier. Luego, transcurrieron algunos

(1) *Monitor terapéutico..

(2) Congreso de Cirugía, Paris, 3-8 Octubre 1910.

años sin que las ideas de Bucquoy y fuesen modificadas, hasta que en 1894 Collin, en su tesis, trazó nuevamente el cuadro de la enfermedad, considerada por él, así como por todos los médicos franceses y extranjeros, como mucha más rara (15 veces aproximadamente) que la úlcera gástrica.

A partir de 1900, la historia de la úlcera duodenal entra en una segunda fase—ésta quirúrgica—gracias al gran número de observaciones de un grupo de cirujanos extranjeros, entre los cuales se cuentan Moynihan, Mayo-Robson, los hermanos Mayo, Mitchell, Coqman, Murphy y otros. Sus trabajos sobre la patología y el tratamiento de la afección atrajeron sobre ella la atención general, tanto más cuanto que, para dichos autores, la úlcera duodenal era de diagnóstico precoz más bien fácil, opinión inversa de la generalmente enseñada, y que el número de los casos de úlcera duodenal era tan frecuente como el de las úlceras gástricas, y hasta más. Esta opinión estaba fundada en gran número de observaciones hechas durante intervenciones quirúrgicas, y muy recientemente Moynihan (*Duodenal ulcer*, 1910) hízola llegar á sus extremos límites declarando que la localización duodenal existía 95 veces sobre 100 casos de *ulcus*. Dejando de lado lo que pueda haber de exagerado en esta última afirmación, no es menos cierto que la opinión de los cirujanos angloamericanos llega á impresionar vivamente á los médicos y cirujanos franceses, así como á los alemanes, y, como consecuencia, diversos trabajos muy recientes vinieron á poner en su punto la cuestión de la úlcera del duodeno. Así vemos cómo las comunicaciones y publicaciones de los Sres. Tuffier, Souligoux (1) Delageniere y Langevín (2), Ettinger (3), Neudofert (4), y las discusiones del Congreso de cirugía tienden á dejar por completo aclarado cuanto se refiere á esta afección, á partir de entonces bien conocida, y como los trabajos de Mathieu (5) muestran lo que hay de excesivo y de inexacto en la concepción angloamericana la cual tiene nada menos que ha confundir la úlcera verdadera del duodeno con la úlcera de la región pilórica.

A) Juicio de Bucquoy, los síntomas esenciales de la úlcera duodenal que permiten distinguirla de la úlcera gástrica son:

- (1) Sociedad de cirugía de París, Nov. 1910.
- (2) Archives méd.-chir. de province, Enero et Febr. 1011.
- (3) Sociedad médica de los hospitales, 19 Mayo 1911.
- (4) Archiv. fur Klin. Chir., 8 Junio 1911.
- (5) Soc. méd. de los hospitales, 2 Dic. 1910, y Paris médical, 3 Junio 1911

1.º *Hemorragias intestinales* que estallan bruscamente en medio de una buena salud aparente y se reproducen con más ó menos abundancia, acompañadas ó no de hematemesis y complicadas con anemia.

2.º *Un dolor especial*, que aparece tres ó cuatro oras después de las comidas y radica á la derecha de la línea media, entre las falsas costillas y la cresta ilíaca.

3.º *Una ausencia de vómitos* y de todo fenómeno gástrico, así como un pronto retorno del apetito y de las fuerzas después de la crisis.

Estas ideas, plenamente adoptadas por Collin, por Dieulafoy, quedaron como clásicas, y se acertó la concepción de una úlcera duodenal de diagnóstico difícil, y hasta amenudo imposible de precisar con verdadera seguridad.

Según los cirujanos angloamericanos, los síntomas son muy distintos. Consisten esencialmente en un dolor cuya intensidad, muy variable, puede ir hasta la sensación de roedura, de perforación, localizado á la derecha y más arriba del ombligo, que aparece tres ó cuatro horas después de las comidas, más pronto después de las comidas, más pronto después de la alimentación sólida, que se calma momentáneamente por la ingestión de alimentos (*Hunge-pain*, de Moynihan) y que cesa espontáneamente al cabo de algunas horas. Este dolor sobreviene por crisis que pueden persistir durante algunas semanas hasta algunos meses, ó bien que separadas entre sí por largos periodos de calma.

Al lado de ese gran síntoma, hay que señalar el estreñimiento, raros vómitos, la conservación del apetito y del estado general satisfactorio. Los *signos físicos* no existen ó, á lo sumo, son insignificantes (punto de presión á la derecha y por encima del ombligo, contracción localizada del recto abdominal). Las hemorragias, hematemesis y melena, los vómitos, los fenómenos de atascamiento y de hipersecreción vendrían á ser no síntomas del *ulcus*, sino complicaciones. Finalmente, el análisis químico demuestra la existencia de hiperclorhidria.

En la simple exposición de esos síntomas encuéntrase—como hace notar el Sr. Mathieu muy acertadamente—la descripción general del síndrome pilórico ó, si se quiere, de ciertos casos de enfermedad de Reichman. Si se recuerda entonces que el Sr. Hayem ha sido el primero en demostrar que las formas acentuadas del síndrome de Reichmann con retención moderada é hiperse-

creción intensa son debidas á una estenosis pilórica las más de las veces ulcerosa, que, después de ese mismo autor, el Sr. Soupault afirmó y demostró—gracias á las numerosas intervenciones del señor Hartman—que las formas medianamente intensas de síndrome de Reichmann eran debidas á una úlcera pilórica ó yuxtapilórica determinando un espasmo del píloro, reconócese que el cuadro trazado por los cirujanos angloamericanos es el de las formas atenuadas y recientes de síndrome de Reichmann. Estos autores suministran, pues, la prueba de que esas formas atenuadas de síndrome de Reichmann son provocadas, como las otras formas medias é intensas, por una úlcera yux-pilórica; completan el desmembramiento de este síndrome, ya empezado en 1807 por Hayem, y destruyen definitivamente la concepción de Riegel que hacía del síndrome de referencia una neurosis secretoria.

A partir de ese momento, los autores angloamericanos describen, con el nombre de úlcera yuxta pilórica. Siendo esta úlcera yuxta-pilórica muy frecuente, concíbese la opinión de esos autores acerca de la frecuencia de lo que ellos llaman úlcera duodenal. Como vemos, todo queda reducido á una mera cuestión de palabra, llamando los unos duodenal á lo que los otros llaman pilórico.

Y, de hecho, esa confusión se basa en un error anatómico, ó, por lo menos, en la impresión de los cirujanos relativamente á los límites del píloro y de la primera porción del duodeno. Los cirujanos franceses yerran acaso, en sus intervenciones, no determinando el píloro sino por la palpación, pues este modo de obrar puede llevarlos—como ha indicado Delageniére—á confundir el píloro con el tumor formado por una úlcera duodenal. Pero los angloamericanos yerran mucho más al asignar como límite del píloro una simple pequeña vena (*Pyloric vein* de Moynihan) que tiene el inmenso defecto de ser inconstante y de poseer un trayecto bastante variable. En efecto, desde el Congreso de cirugía, varios cirujanos franceses han buscado esa pequeña vena: los Sres. Ricard, Lejars y Laley, con el Sr. Mathieu, no la han encontrado sino en la mitad de las intervenciones y situada más bien 1 ó 2 centímetros por encima del límite inferior del píloro. El Sr. Souligoux ha observado también su ausencia frecuente y su trayecto irregular. De esté modo cabe suponer que muchas de las úlceras duodenales de los cirujanos angloamericanos eran en realidad úlceras pilóricas ó piloro-duodenales.

Pero la cuestión es más elevada; lo que importa es menos una discusión sobre un punto preciso de anatomía topográfica que un problema clínico que resolver, y el Sr. Tuffier ha puesto perfectamente la cuestión en su verdadero terreno diciendo que lo importante no es que la ulceración radique justamente sobre el píloro, ó á mayor ó menor distancia de él, sino que en esos diferentes casos exista identidad de síntomas, de evolución, de tratamiento (1). Puede decirse, pues, en resumen, con el Sr. Mathieu, con la mayor parte de los cirujanos franceses, lo que el Sr. Tuffier ha afirmado en el Congreso de cirugía: es que hay que prescindir del píloro anatómico y describir, por una parte, úlceras pilóricas ó yuxtapilóricas que radican sobre la vertiente gástrica ó duodenal del píloro y teniendo una misma sintomatología (el síndrome de Reichmann), por otra parte, úlceras francamente duodenales con signos clínicos muy especiales y distintos de los precedentes, á poca diferencia idénticos á los descriptos por Buequoy hace más de veinte años.

Así comprendida, la úlcera duodenal verdadera queda siendo mucho más insólita que la úlcera gástrica, y el Sr. Mathieu afirma que esta úlcera duodenal, lejos de ser dos ó tres veces más frecuente que el *ulcus* estomacal, es en realidad, siete á ocho veces más insólita.

Veamos, ahora, las particularidades más importantes de la úlcera del duodeno. Desde el *punto de vista anatómico*, la úlcera radica—en la mayor parte de los casos (95 p. 100)—en la primera porción del duodeno. (El Sr. Delagenière, sin embargo, la ha observado 12 veces sobre 14 en la segunda porción duodenal). Preséntase ora bajo forma de una cicatriz blanquecina, ora bajo la de una mancha roja más ó menos piqueteada del tamaño de una lenteja á la de una moneda de 2 francos. Esta úlcera, libre á menudo, puede estar adherida á la vesícula biliar, al hígado, al páncreas. *A la palpación*, de la impresión de una moneda muy espesa, incrustada en la pared. En las úlceras antiguas, el duodeno puede estar estrechado, estrangulado por una cicatriz fibrosa, ó bien dar la sensación de una verdadera masa, de un tumor. *A la vista*, la úlcera duodenal tiene los mismos caracteres que la del estómago. Curada, no deja apenas rastro sino en el musculoso, donde existe una pérdida de substancia compensada por tejido

(1) Gouget, Presse médicale, Julio 1911.

fibrinoso. La úlcera es única las más de las veces y múltiple en 15 p. 100 de los casos. (Ricard y Pauchet).

Los *síntomas* de la úlcera duodenal verdadera son bastante especiales, y los Sres. Mathieu, (Ettinger, Tuffier, etc.), confirmando en gran parte los trabajos de Bucquoy, indican como signos esenciales:

1.º Los *dolores espontáneos* algunas horas después de las comidas, á menudo muy vivos, repercutiendo sobre todo hacia la derecha, algunas veces en la espalda.

2.º Los *dolores á la presión*, hacia la derecha igualmente, ora en la región vesícula, ora más bajo.

3.º Las *hemorragias*, las cuales, por lo demás, no ofrecen ningún carácter seguro que permita distinguirlas de las de la úlcera pilórica, y que pueden estar ocultas, siendo sólo revelables por el análisis coprológico.

4.º La *trivialidad de los signos dispépticos* cuando existen, la ausencia habitual de atascamiento alimenticio, de grande hipersecreción, de gran dilatación de contracciones peristálticas, juntamente con la rareza de los vómitos.

5.º La *repetición de los dolores* bajo forma de crisis paroxísticas que, en los casos inveterados, resultan cada vez más frecuentes y acaban por ser continuos.

6.º La *hiperclorhidria*.

La afección puede revestir tres formas clínicas según Mathieu: una forma *común*; una forma *crónica*, inveterada que conduce á la caquexia; y una forma *latente*, que no es rara y revelada únicamente por una complicación; por ejemplo, una hemorragia ó una perforación (Dieulafoy).

Las complicaciones consisten principalmente:

1.º En las *hemorragias*, las cuales tienen para muchos autores el valor de un verdadero síntoma.

2.º En la *perforación*, que parece ser bastante frecuente y que puede ser ó aguda con dolor á guisa de puñalada en la región derecha y cecal, simulando la perforación apendicular, ó, por el contrario, crónica y precedida de adherencias diversas con los órganos contiguos. Claro está que estas perforaciones dan lugar á una *peritonitis* generalizada con todas sus consecuencias ó localizada con *abscesos periduodenales* subhepáticos, subfrénicos, ó bien aun á una peritonitis plástica con adherencias consecutivas ó fístulas.

3.º En la *degeneración cancerosa*, á bien que excepcional, según Ricard y Pauchet. Mathieu no da sobre este punto una opinión definitiva y hace notar que una de las formas de la úlcera-cáncer duodenal es el adenoma de tipo brunneriano descrito por Hayem.

¿Hay que aceptar con Bucquo que la úlcera duodenal es de un *diagnóstico* muy difícil, ó pensar con la mayoría de los cirujanos que el diagnóstico es fácil? Parece ser, en verdad, que la úlcera duodenal ha sido á menudo ignorada, y, en todo caso, que actualmente—mejor comprobada su frecuencia—es posible reconocerla en medio de diversos estados gástricos ó abdominales. Durante mucho tiempo, ese diagnóstico no ha sido establecido sino en la autopsia ó en la masa de operaciones. Hoy se puede reconocer una úlcera duodenal bajo uno cualquiera de los siguientes epítetos: dispepsia hiperesténica, enfermedad de Reichmann, hiperclorhidria, neurastenia gástrica, anemia perniciosa, apendicitis crónica, colecistitis, etc. Para esto, hay que examinar cuidadosamente al enfermo, buscar con gran minuciosidad los síntomas de la úlcera sospechada, practicar un análisis coprológica con investigación de la sangre y análisis químico é histológico de los excrementos después de comida de prueba (Gaultier,) recurrir á la radioscopia y á la radiografía. De este modo se puede afirmar que, aun cuando nos falte un signo patognomónico de la úlcera duodenal, contamos con bastantes elementos de diagnóstico para reconocer la enfermedad en la mayor parte de los casos (Ricard y Pauchet.)

En una afección semejante en que el mal se ha revelado tan á menudo hasta hoy por una complicación mortal, impónese un diagnóstico precoz porque éste conduce esencialmente al *tratamiento quirúrgico*. El tratamiento médico no difiere nada, en efecto, del de la úlcera gástrica ó pilórica; pero en cambio el tratamiento quirúrgico parece obedecer á una indicación particularmente rápida y urgente. De aquí que los Sres. Ricart y Pauchet hayan podido decir con bastante acierto que «toda úlcera duodenal debe ser operada». El Sr. Mathieu, menos absoluto, dice sin embargo, que «la intervención quirúrgica parece más urgente en el período inicial de la úlcera pilórica ó yuxta-pilórica. Cuanto al *método operatorio* considerado como el mejor, no existe todavía un acuerdo entre los cirujanos. En todo caso, se puede practicar—según los casos—ora la excisión de una pequeña úlcera per-

fectamente accesible, seguida de sutura;—ora la resección duodenal ó la gastroenterostomía de tipo posterior con ancho orificio en el punto más inclinado;—ora, finalmente, la exclusión, con cierre total del píloro y de la extremidad pilórica del duodeno, seguido de una gastroenterostomía.

Estos diversos procedimientos operatorios tienen sus defensores, y el último Congreso de cirugía así como las discusiones que ha habido después en la Sociedad de cirugía de París han permitido que cada uno emitiera su opinión, poniendo en evidencia sus resultados y sus estadísticas. Este problema terapéutico médico-quirúrgico parece, por lo demás, no hallarse todavía totalmente resuelto.

Revista de Revistas.-Bibliografía

1) **Dr. L. Imbert.** El terreno orgánico del lesionado ante la ley sobre accidentes del trabajo.

La apreciación del estado orgánico de un individuo antes de haber obrado una causa morbosa, es un factor como se sabe, de la mayor importancia para poder predecir acerca del curso y finalidad que ha de tener la enfermedad.

No es tan fácil como á primera vista parece el precisarlo, y mucho menos para poder aplicar á los accidentes que ocurren con ocasión del trabajo ó por causa del mismo. Hay casos en que fácilmente se le aprecia, y otros oscuros ó que no modifican la lesión.

El debate suscitado entre los médicos de una parte, y la magistratura de otra, ofrece razonamientos dignos de mención, para dar una fórmula aproximada á la justicia.

Los juríconsultos asimilan á un obrero con una máquina, la cual cuando se rompe ó altera en su modo de funcionar, el patrono paga la reparación, aunque aquella sea mala ó vieja: es decir, que al obrero hay que admitirle tal como ha sido antes del accidente é indemnizarlo en todas sus consecuencias.

La ley supone, por consiguiente, que la indemnización debiera tener lugar en todo caso, lo cual es injusto, como quiera que fuera de los casos fortuitos y de fuerza mayor, se sabe que la mitad de los accidentes son debidos á faltas cometidas por el obrero, y la otra mitad á la negligencia del patrono.

La ley francesa á fin de obviar dificultades de apreciación, admite el

que el patrón pague el 50 % por su responsabilidad. Si todavía se quisiera introducir en los procesos que se substancian la apreciación del estado anterior del lesionado, adquirirían aquéllos proporciones formidables y de difícil solución.

Además de tener en cuenta dicho estado, habría que despedir de los talleres á todo obrero tarado ó amenazado de un accidente, y esto también sería injusto, puesto que muchos de ellos rinden un trabajo suficiente y son dignos de toda consideración y no se les va á dejar morir de hambre con tal medida.

Los adversarios de la jurisprudencia de casación presentan, dentro del orden jurídico, un argumento importante. Si bien es cierto que la ley no permite tener en cuenta el estado anterior del lesionado, su espíritu lo consiente. En efecto: cuando en la Cámara francesa se discutió sobre la ley, el Sr. Dron propuso una enmienda diciendo; *«que las indemnizaciones no tendrán lugar por las agravaciones de lesiones ó enfermedades preexistentes.* Esta enmienda fué retirada, en atención á que el informante de la comisión, Sr. Mareupols, contestó que el espíritu del legislador era igual á su parecer, y de ahí el no recargar la ley.

Ahora bién, médicamente hablando, ¿quiénes tienen razón? Realmente es muy difícil realizar un convenio entre los defensores de la ley y sus enemigos.

Cabe una solución intermedia bastante equitativa para los intereses de los patronos y los derechos de los obreros; pero antes de exponerla resumiremos la discusión en el terreno médico.

El buen sentido de los médicos inclina en favor de la idea de tener en cuenta el estado anterior del lesionado. Un hombre tiene una espina ventosa y recibe un traumatismo insignificante, que produce una tuberculosis generalizada de la cual muere. ¿El accidente es enteramente responsable de su muerte? Un obrero viejo con pared abdominal delgada y fiable, se halla expuesto al menor esfuerzo á tener una hernia. Si ésta aparece ¿hay que incriminarla solo al esfuerzo hecho? Tal es el argumento importante de los que defienden el que se tome en consideración el estado anterior para disminuir la indemnización; pero apesar de su valor, no es irrefutable en absoluto por cuanto se puede presentar en sentido contrario, una argumentación impresionante. Así como en estos casos de tuberculosis anterior y predisposición herniaria se precisa el estado anterior del lesionado ¿puede hacerse lo mismo en otros casos prácticos? Indudablemente que nó.

La vejez, por ejemplo, por si sola, sabemos que predispone á las

fracturas de los huesos ¿y se le negará una renta al hombre de 60 años que cae de un andamio y se rompe el femur? Además: dejando á un lado la edad, sabemos que todos los hombres no tienen igual resistencia esquelética. Hay jóvenes que sin ser ginastas, automovilistas ni aviadores, han sufrido á la menor contusión, fracturas varias en razón á la fragilidad de sus huesos.

Hay casos en que un traumatismo despierta una lesión tuberculosa. Sin duda alguna ha existido un foco tuberculoso; pero esta convicción es de orden filosófico, y si se quiere precisarlo, tal vez sea imposible el conseguirlo. Podrá incriminarse á un foco inapreciable del pulmón ó á un gáanglion invisible y oculto en el mediastino. Por lo tanto, no se trata de un hecho verdaderamente científico en que apoyar la suposición.

Ahora bién: ¿iremos imitando al difunto Strauss, á examinar el mucus nasal? Quizá encontremos bacilos finicos y he aquí la predisposición, no obstante los sujetos estén sanos. Veamos pues las dificultades que se presentan, para poder investigar el estado orgánico interior.

Expuestas imparcialmente las razones de ambos campos adversarios, parece que cada uno posee una parte de verdad, no hallándose alejados de la justicia.

«Si os encontráis en el caso de un tuerto que se encuentra amenazado de perder el ojo que le queda, dice Lenoir, no se os ocurrirá el buscar una atenuación de la responsabilidad patronal en la lesión anterior. Por el hecho de ser médico no habréis abdicado del sentido común.»

Hay, pues, casos en que no puede tenerse en cuenta el estado anterior.

Parece de lo expuesto, que no es imposible el entrar en un terreno de conciliación.

Para intentarlo, es preciso dividir, desde luego, los heridos propuestos en dos categorías, según que su estado anterior se muestre ó nó directamente en el órgano afecto. Como ejemplo, se puede tomar el de la tuberculosis distinguiendo el tuberculoso general pulmonar del local en forma de tumor blanco que el traumatismo lo agrave.

Pasemos revista á los casos en los que el estado general anterior no visa el órgano ó región traumatizada. Estos son los de enfermedades simples; un viejo, por ejemplo, se fractura el cuello del femur. Seguramente que en él existe una gran fragilidad en todos los tejidos; pero más acentuada en el oseo. No debe servir esto de atenuación de

responsabilidad. Sin duda que la fractura se produce fácilmente; pero también es evidente que sin el accidente sufrido no hubiera tenido lugar.

En el mismo caso se halla el tuerto que pierde el ojo sano, por cuanto éste representa para él su aptitud íntegra para el trabajo. Si queda ciego, debe ser compensado como incapacitado permanente total. El manco que por accidente queda inútil del otro brazo, debe ser considerado de igual modo. La misma argumentación puede usarse en las enfermedades que no apuntan especial y directamente del órgano lesionado. Los tuberculosos pulmonares de que antes se ha hecho mención, ven desarrollarse un tumor blanco después de un traumatismo ligero. Aquí el accidente debe ser responsable.

El diabético está en el mismo caso.

En resumen, cuando el estado anterior no apunta ó visa directa y especialmente el órgano atacado por el accidente, no debe tenérselo en cuenta.

Se vé, pues, que la discusión en el terreno médico, da la razón al tribunal de derecho.

Tomemos ahora los casos en que el estado anterior influye directamente sobre la región afectada por el accidente. Para ello dividiremos los estados anteriores en defectuosos simples y verdaderamente patológicos.

Como ejemplos del primer grupo pueden citarse los casos de paredes abdominales delgadas y relajadas y de individuos que solo tienen un brazo ó una pierna. La hernia fácil que al menor esfuerzo se produce en el primer ejemplo, no es justo que el patrón sea responsable. En cambio debe serlo, en parte, si se trata del segundo, por cuanto el mal estado de la pared abdominal no ha servido de punto de apoyo suficiente al esfuerzo y aun sin él andando el tiempo se hubiera producido la hernia y en el cojo ó manco, apesar de su inferioridad física, sin el accidente no hubiera perdido el miembro sano.

Respecto á los estados patológicos, podemos decir que se pueden igualar al de la hernia citada. Un sujeto tuberculoso confirmado tiene un tumor blanco en un pie y apesar de él hace todavía algunos trabajos; pero sufre un accidente en esa región y se agudiza de tal manera el mal, que se hace necesaria la amputación ó sobreviene la muerte. ¿Puede compararse la pérdida de un pie en mal estado en otro normal? Es cierto que si el traumatismo no hubiera tenido lugar, quizás el obrero continuara trabajando por algún tiempo; pero sería injusto el no tener en cuenta su marcada y clara predisposición á los efectos de la responsabilidad patronal.

Una obrera tiene numerosas varices en las piernas à consecuencia de varios embarazos y por un accidente pequenísimo se ulcera, tiene hemorragias etc., que le conducen à un estado de incapacidad permanente. ¿Debe ser responsable por completo el patrono ó contratista?

Decididamente que nó.

La fractura de un hueso sarcomatoso, la hemorragia cerebral por antiguas, lesiones arteriales, etc., y otras enfermedades se hallan en igual caso.

De cuanto antecede se desprende que tanto los partidarios como los adversarios del estado orgánico anterior al accidente producido con motivo del trabajo, tienen razón, según los casos que se presentan, como quiera que bajo el punto de vista médico, no puede formularse una regla inflexible.

Cuando el estado anterior esté representado por defectos orgánicos ó una enfermedad general que no visa el miembro afectado por el accidente, éste debe considerarse responsable en su integridad.

Si por el contrario, la predisposición ó enfermedad visa el órgano atacado por un accidente, la responsabilidad debe rebajarse al patrono en grados variables.

(*Prese Medicales*, 1910)

2) Dr. Reclús. La tintura de iodo y la antiséptica.

El inmoderado afán del *snobismo* que la humanidad padece de algunos años acá, en todos los órdenes de la vida, ha sido causa del olvido ó indiferencia en que han caído reputados medicamentos, entre los cuales se halla el iodo bajo la forma de solución alcohólica.

Empleado desde 1855 por el Dr. Boinet, como antiséptico de las lesiones traumáticas para evitar la fetidez y virulencia de sus complicaciones, fué abandonado con el advenimiento de las doctrinas listerianas y pastorianas y sustituido por el ácido fénico que arrastraron tras sí à la mayor parte de los médicos. Inútil fué el que en 1873 el Doctor Devaine, émulo olvidado de Pasteur, probara la acción sesenta veces mayor bactericida carbuncosa y pístulo-maligna de la tintura de iodo que la del ácido fénico. Quedó reducida su aplicación para reprimir, exhuberancia de los botones carnosos, excitar la nutrición de las heridas y úlceras atónicas ó purificar el campo operatorio como precaución añadida al jabonado y frotamiento de la piel y después sustituida por el éter y el alcohol.

En esta situación pasaron los años hasta que el Dr. Grossich, de Fiume (Austria) en 1908 y las comunicaciones del Dr. Walther à la

Sociedad de Cirugía en 1909, resucitaron el incomparable valor de la tintura de iodo como microbicida el más poderoso, menos dañino y de más fácil manejo.

He aquí las pruebas.

Nadie se atreverá á refutar clínicamente que es el antiséptico más fácil de manejar. Ábrase un tratado clásico moderno de cirugía y léase la manera de efectuar una cura de una herida importante contusa y se verán la serie de operaciones de lavados y raspados minuciosos hechos con diversas sustancias desde agua oxigenada á la bencina, y los elementos de protección necesarios para terminarla. Si se trata de un obrero de piel callosa, sucia, recubierta de grasa, etc., donde se aco- gen multitud de gérmenes infecciosos, será necesario emplear más de media hora en su cura.

Pues bien: con la tintura de iodo ¿qué hace falta para una cura? Un frasco para contener el medicamento, un pincel, ó más sencillamente, una compresa de gasa aséptica. Se pinta bien con la tintura de iodo toda la superficie de la lesión, penetrándola en todas las anfractuosi- dades, fondos de saco, etc., dilatando la herida, si fuese necesario. Al propio tiempo se embadurna toda la superficie de la piel circundante que por su estado, de lugar á sospechas de infección ulterior. No hace falta loción previa de ningún género, puesto que más bien sería un obs- tículo á la acción de la tintura de iodo, que después se fuera á em- plear.

Esto constituye un enorme progreso, no sólo en la práctica civil en sitios de pocos recursos, sino también en los campos de batalla, pu- diéndose curar brevemente multitud de heridos, como se ha probado en la guerra ruso-japonesa. Téngase presente que muchos soldados heridos tienen las lesiones manchadas de tierra, en virtud de la mo- derna táctica que exige al soldado el que se oculte lo más posible, pa- ra disminuir el blanco.

Las curas consecutivas son todavía más sencillas.

Al cabo de veinticuatro horas se descubre la lesión quitando las vendas, compresas y uata hidrófila. En general se observa un exuda- do abundante que embebe á las lesiones; se vuelve á practicar otro em- bardunamiento con la tintura de iodo, dándole al sujeto una postura conveniente para que penetre en todas las anfractuosidades declives; se deja evaporar el alcohol del medicamento y se deposita el iodo en los tejidos. Se colocan luego las compresas, las capas de uata y el ven- daje consecutivo. Se renovará la cura diariamente hasta que las secre- ciones abundantes de los primeros días desaparezcan casi por completo.

A partir de este momento, se curará solo cada tres, cuatro ó cinco días.

Debemos tener en cuenta durante las curas, el que las exudaciones de la herida pueden concretarse formando costras y entorpezcan la marcha de la lesión.

Cuando se sospeche la existencia de absesos minúsculos, se procede á la inmersión del sitio enfermo en agua oxigenada; las costras reblandecidas, caer, dejando al descubierto la superficie granulosa y entonces se vuelve á dar la tintura de iodo.

Esta es el antiséptico menos dañoso, no obstante la opinión ilustrada del Dr. L. Champúnière que la considera capaz de trastornos más ó menos graves. Ciertamente puede ocasionar una sensación de picadura y ardor desagradables, pero se soporta fácilmente porque su duración es corta.

Sin embargo, cuando la superficie viva es muy extensa como sucede por ejemplo en las quemaduras ó grandes desgarramientos y mutilaciones, debe abstenerse en su uso.

En estos casos, tenemos á nuestra disposición un remedio excelente y heróico tal como la pomada poliantiséptica, hemostática y antiséptica que vengo usando hace algunos años y cuya composición es la siguiente.

Pomada del Dr. Reclús

Dpe.

Sublimado corrosivo	10 centigramos
Ácido fénico níveso	} aa 1 gramo
Iodoformo	
Ácido bórico	} » 3 »
Salol	
Antipirina	5 gramos
Vaselina pura	200 »

Me. filamente.

Después de lavar con mucha agua hervida caliente ó templada, según los casos, se aplica la pomada.

Si se trata de una gran superficie de absorción, se atenúa la pomada doblando ó cuaduplicando la cantidad de vaselina.

La vexicación de la piel que se atribuye á la tintura de iodo, salvo el caso de idiosencrasias especiales ó piel muy fina en niños y mujeres, es debida cuando se presenta á la calidad y preparación de esa disolución alcohólica.

Toda tintura de iodo desde su preparación empieza á reaccionar

para irse formando ácido iohídrico, cuya cantidad á los dos meses se manifiesta muy activa, para decrecer y detenerse al cabo de siete á ocho meses. Á este ácido es debida la vexcación.

Además el problema de la tintura de iodo vieja, se complica por la evaporación del alcohol en cantidad superior á la del iodo, convirtiéndose en muy irritante.

De ambas causas se deduce una de dos soluciones necesarias para que no sea nociva. Bien la de añadir alcohol suficiente ó servirse siempre de una tintura de iodo fresca que es lo más práctico.

A este último efecto, el comercio nos da un medio sencillo de procurarse en el acto una tintura buena. Se venden tubos de fondo plano que contienen uno ó más gramos de iodo puro, que cerrados con un buen tapón embadurnado de parafina, es sumamente lenta y difícil su alteración. Además, existen ampollas cerradas en sus extremos á la lámpara que contienen 9 ó más gramos de alcohol á 95° para obtener una tintura de iodo al 1 por 9 que es la fórmula mejor. Cuando se haya de emplear, se rompen ambos recipientes de manera que unidos el iodo y el alcohol en uno de ellos y cerrada la extremidad, se los agita, quedando hecha la disolución para proceder á la cura. Así no aparecen ni el dolor ni la vexcación.

En cuanto á las intoxicaciones posibles con la tintura de iodo, diremos que pueden ocurrir de la misma manera que con otros antisépticos, pero siempre son raras.

Demostrado que la tintura de iodo, bien preparada, es un antiséptico fácil de ser manejado y menos dañoso, probaremos su poderosa acción. Nadie ha protestado de su empleo en la desinfección de las manos y el campo operatorio.

El Dr. Walther ha publicado estadísticas muy interesantes que prueban los efectos saludables en todos los tratamientos, heridas de fusil, mordeduras de fieras, fagedenismo, etc., aun en casos en que han fracasado el agua oxigenada, el ácido fénico ó sublimado.

En nuestras salas del Hospital del Hotel de Dios, hemos podido apreciar en un hombre, cuyos cuatro dedos de una de las manos cortados en pico de flauta del Dios Pan, se le embadurnó desde el primer día con la tintura de iodo, curando fácilmente. Por debajo de la cortadura, la piel estuvo flexible, las articulaciones libres, los riñones se flexionaban sobre sus articulaciones. Este es un hecho nuevo que no he observado más que con la tintura de iodo. Aun fuera de estos casos en que fué empleada desde los primeros momentos, su acción es buena como en la repticemia, fracturas abiertas y complicadas; en

todos los aplastamientos le prefiero al embalsamamiento con la pomada ya descrita por su mayor fuerza conservadora evitando la amputación inmediata que hoy está casi proscripta en atención que se suman el choque quirúrgico y el clorofórmico al traumático recibido primitivamente, difíciles de resistirse por la mayoría de lesionados. De este modo ayudamos mejor á la Naturaleza que separa lo muerto de lo vivo. Finalmente: la tintura de iodo triunfa de la más terrible complicación de las heridas, es decir, de la gangrena rápida en forma de rayo.

Úsese la tintura de iodo preparada como queda dicho y se verán sus buenos efectos, desechando los temores de grandes dolores, vomicaciones é intoxicaciones.

(*Presse Medicale* 1911).

3) **Rosenberger.** Nuevas suturas quirúrgicas.

Consisten en el empleo del hilo de lino preparado en la forma siguiente: 1.º El hilo se sumerge durante 24 horas en acetona. 2.º Pasadas éstas y por un tiempo igual, se le coloca en una disolución al 5 por 100 de celoidina en la acetona y después en otra disolución al 10 por 100 de celoidina en la acetona. Séquense.

La resistencia de estos hilos así preparados á la tracción, es un cuarto más grande que la del hilo de seda; no pierden la solidez aunque se mojen; no presentan el fenómeno de la capilaridad ni son modificados por el alcohol, éter y besocina. (Congreso de Cirujanos rusos, 29 Febrero 1911).

4) **Dr. Schwartz.** Los antisépticos en cirugía menor.

Sábese que más vale prevenir que curar y por ello la asepsia es preferida á la antisepsia, cuando se puede ejecutarla bien. Aunque en los centros hospitalarios y benéficos de asistencia pública la asepsia es más fácil emplearla; no sucede lo mismo en otras muchísimas circunstancias y por tanto se imponen los diversos antisépticos para cortar complicaciones quirúrgicas.

Las investigaciones experimentales han demostrado que las toxinas microbianas están químicamente constituidas por alcalis-albúminas de las cuales vienen todos los desórdenes. Si se quiere neutralizar su acción, debemos dirigirnos á las sustancias ácidas. El ácido fénico ha sido considerado como el antiséptico de preferida elección; pero su empleo es muy difícil en los niños por las intoxicaciones y escaras que causa muchas veces.

Por eso nos hemos encariñado con el ácido cítrico contenido en el jugo del limón natural, que no necesita preparación química alguna y es un agente hace tiempo muy conocido por su empleo vulgar en las anginas y como preventivo en la oftalmia purulenta de los recién nacidos.

Ahora bien, para practicar una cura nos servimos de la fórmula siguiente:

D.^e

Vino aromático.	}	P. Y.
Suero fisiológico		

En él se exprimen desde algunas gotas hasta la mitad del jugo de un limón, según la importancia de la cura. Se obtiene un líquido de coloración rosácea y de un olor agradable que no produce sensaciones dolorosas, quemaduras, ni escaras en la superficie de las heridas, gozando de las propiedades siguientes: antipúirida, estimulante de las células vivas y neutralizante de las toxinas microbianas debidas á gérmenes patógenos (estafilococos, estreptococos, etc.) Se puede, además añadir á la cura, como buena precaución, el barnizar los alrededores de la herida con la tintura de iodo y la cauterización de las anfractuosidades con la misma substancia, cuya acción bactericida está hoy plenamente demostrado por Walther, Grossic y Reclús.

De este modo hemos apreciado los buenos resultados particularmente en las heridas sin tendencia á la cicatrización en sujetos cuyo estado general dejaba mucho que desear (anemia, escrófula, tuberculosis, niños débiles). Al cabo de poco tiempo hemos visto disminuir la secreción purulenta, adquirir buen aspecto la lesión desapareciendo la sanies y desarrollarse los botones carnosos. Ahora bien; diremos como conclusión, que sin saber á punto fijo la parte activa que á cada uno de los agentes de la citada fórmula corresponde, el hecho es que los resultados merecen ser dados á conocer por su importancia práctica.

(*Presse Medicale* 1911).

5) Dr. Valker. El manejo de los salicilatos en las afecciones reumáticas.

Es preciso reaccionar contra la manía de muchos médicos en prescribir los salicilatos á toda clase de enfermos reumáticos. El hecho de que esa medicación mejore ó cure las localizaciones articulares, no da derecho á generalizarla.

Cuando los salicilatos resultan ineficaces, la aspirina se muestra

eficaz; pero en este caso, ¿se trata de un reumatismo verdadero? ¿No será debida la artritis y los dolores á otra infección cualquiera? Los dolores pueden ser causados por una poliomielitis anterior.

Los dolores de un reumatismo verdadero deben calmarse en 24 ó 36 horas con dosis de 60 centigramos de salicilato de sosa con 1,20 de bicarbonato sódico, tomadas al principio cada dos horas y después de ingerir tres dosis, se continúan cada cuatro.

Los dolores que después de la artritis persisten al nivel de las partes fibrosas juxta-articulares, no ceden á los salicilatos y desaparecen con el ioduro potásico unido á varias aplicaciones locales de salicilato de metilo. Los salicilatos no causan efecto en la pleuresia y pericarditis reumáticas.

La fiebre de la poliartritis reumática aguda, cede, en general, al cabo de tres días y si persiste, el salicilato carece de acción sobre ella y será reemplazado por la aspirina ó el salol. La hiperpirexia reumática es refractaria al salicilato. Lo propio puede asegurarse de las afecciones cutáneas de reumatismo.

Los nódulos subcutáneos descritos por Barlow, cuya naturaleza reumática es cierta, tampoco son influenciados por el salicilato; resisten á todos los tratamientos, lo cual se puede preveer dada su similitud con la estructura de los nódulos inflamatorios que se suelen apreciar sobre el borde libre de las válvulas del corazón en el reumatismo agudo, sobre las cuales no causa efecto alguno el salicilato. En el corea sucede lo propio.

Se ve, pues, que las indicaciones de los salicilatos es sumamente restringida, es decir, limitada á las manifestaciones agudas del reumatismo articular. Debe rechazarse en los demás casos por dañoso al estómago.

6) El cáncer considerado como enfermedad funcional.

Según el señor Vigouroux, existe en el cáncer una enfermedad constitucional, una discracia, de la cual el neoplasma es el resultado y no la causa. La necesidad que hay de admitir en el cáncer algo más que el tumor se desprende de numerosos hechos clínicos. No bastan el tumor y sus consecuencias directas para explicar la evolución de una afección cancerosa. Esto es lo que puede verse en ciertos casos de cáncer de la mama en que el neoplasma es de pequeño volumen, nada ó poco ulcerado, sin reacciones ó complicaciones aparentes. Sin embargo, el estado general es grave: aspecto caquéctico, anorexia, debilidad gradual,

algunas veces neuritis, más á menudo trastornos sensitivos y motores, deforma especial, y, finalmente, después de algunas semanas, desenlace fatal.

Es difícil no admitir en estos hechos una enfermedad general independiente del estado de tumor. Esa independencia puede mostrarse de un modo aun más evidente. Por ejemplo, en el cáncer del estómago, un tumor tratado por los rayos X ha disminuído de volumen, hasta el punto de no ser ya perceptible á la palpación; el dolor y los trastornos funcionales han desaparecido; la parte moral del enfermo mejora. Pero, á pesar de ese gran mejoramiento local y funcional, la depresión de las fuerzas se acentúa, exacérbanse los trastornos motores y sensitivos en regiones que distan del epigastrio y sobreviene la muerte.

Los hechos de este género pueden expresar la publicación prematura de ciertas curaciones de cánceres viscerales. También explican por qué los rayos X, la intervención quirúrgica ú otro cualquier tratamiento local, aun cuando suprime el neoplasma, carece de influencia sobre el desenlace de la enfermedad y no puede hacer otra cosa que retardar el plazo falta. Esto es sencillamente debido á que la enfermedad general no ha sido tratada, contra lo que hubiera debido hacerse desde un principio y ante todo.

¿Qué es exactamente esa enfermedad ó discrasia cancerosa? La cuestión pertenece en gran parte á la química biológica. Mientras ésta no dé su respuesta, debemos contentarnos con las nociones y datos suministrados por la clínica. El origen de la discrasia podremos encontrarlo principalmente en los antecedentes hereditarios y personales de los enfermos.

Vigouroux estudia luego las relaciones del cáncer con el artritismo (particularmente con el reumatismo crónico), trastornos crónicos, trastornos nerviosos, afecciones del hígado, afecciones del corazón y del pulmón, gota, diabetes, neurosis artríticas y, sobre todo, histerismo.

Pasa luego revista á los síntomas de la discrasia cancerosa, los cuales, á su juicio, se reducen á dos elementos: la depresión de las fuerzas, mientras ésta no sea explicada por las complicaciones ó por las afecciones intercurrentes, y los trastornos nerviosos finales, á los cuales hay que agregar la neuritis.

La patogenia del cáncer se resume en dos términos: diátesis predisponente, y, por otra parte, irritación crónica local de índo-

el cualquiera, mecánica, química térmica y hasta orgánica. Vigouroux, á este propósito, cita un caso típico que pone perfectamente en evidencia la importancia respectiva de ambos elementos. Sabido es, desde hace algunos años, que la dermatitis crónica que resulta del empleo harto repetido ó mal regulado de los rayos X, es una de esas irritaciones susceptibles de provocar el desarrollo del cáncer. Diferentes ejemplos han sido publicados, sobre todo en el extranjero. Entre ellos, refiérese el caso de un físico á quien el autor ha tenido la ocasión de observar.

Ese sujeto se había entregado con mucha asiduidad á la experimentación de los rayos Roentgen, habiendo contraído, á consecuencia de ello, una dermatitis crónica que, más tarde, se hizo cancerosa y acabó por acarrear la muerte.

Pues bien, muchos asistentes compartían sus trabajos y sólo él fué atacado gravemente. Esta excepción se explica por el hecho de que el físico era desde hacia mucho tiempo diabético y, por consecuencia, era un predispuesto. Vese aquí la importancia dominante de la diátesis, suministrando en cierto modo los materiales del neoplasma y las condiciones de medio necesarias para su desarrollo, al paso que el agente irritante no hace otra cosa que localizarlo.

Los casos análogos al referido han dado lugar, hasta en el mismo público profesional, á interpretaciones errónicas que sería malo dejar subsistir. Hase dicho y creído que los rayos X no provocan el cáncer, y de aquí ha resultado una gran aversión—fácilmente concebible—contra su empleo terapéutico. Pero la verdad es que los rayos X no provocan el cáncer, sino todo lo contrario. Lo mismo que todos los agentes físicos, pueden servir para producir una irritación crónica; pero aquéllos se distinguen de todos estos agentes en que, bien manejados, constituyen un tratamiento eficaz contra la mayor parte de los cánceres y contra muchas otras afecciones. Por otra parte, no hay cáncer posible sin una predisposición especial, cosa que se halla demostrada merced á los inyectos experimentales.

Las consideraciones que preceden no prejuzgan en nada la índole del proceso neoplásico. Ya sea microbico ó bien tóxico, esto es realmente de importancia secundaria. Lo que se necesita conocer esencialmente son las condiciones que permiten ó impiden su realización.

Fácilmente se vislumbran las consecuencias prácticas que re-

sultan de este criterio. La principal es la insuficiencia de un tratamiento puramente local de un cáncer. En tal caso, cabe preguntar — como ya se ha hecho — si la intervención quirúrgica puede pretender á una influencia favorable cualquiera sobre la evolución de la enfermedad cancerosa. No es que el autor quiera proponer que no se recurra ya sino al tratamiento médico, pero sí simplemente que se renuncie á las exageraciones operatorias y que se combinen las medicaciones externa ó interna.

Cuando á la índole de esa medicación interna, las afinidades indicadas anteriormente muestran por modo suficiente en qué sentido deberá ser dirigida. Constituye un punto esencial el que no sea considerado el cáncer como una enfermedad exclusivamente quirúrgica.

El médico avisado, por el contrario, deberá someter sistemáticamente á su enfermo al tratamiento por la quelidonina tan luego como sospeche la naturaleza de la enfermedad.

Ese medicamento es, en efecto, en la actualidad, el único que registra en su favor gran número de observaciones que demuestran su eficacia, por desgracia no á menudo como curativo absoluto, sino como modificador ventajoso del neoplasma, como sedativo de los dolores á que éste da lugar. A estas ventajas, que ciertamente no son de desdeñar, la quelidonina une la de atajar casi siempre el progreso del mal y de hacerlo retroceder hasta el punto de que, á veces, se hace posible hablar de curación.

Por sus propiedades calmantes y ligeramente hipnóticas, la quelidonina, con preferencia á la quelidonia, cuyas propiedades fisiológicas y clínica reproduce con mucha más precisión, la quelidonina deberá ser recomendada en los dolores del estómago y del intestino, en la úlcera gástrica, en la enteralgia, etc. En el carcinoma del estómago, sus dos propiedades—hipnótica contra el dolor y específica contra la diátesis—la recomiendan doblemente. Por último, en los carcinomas de los otros órganos, su empleo en el interior bajo forma de gránulos á 2 miligramos cada uno, administrados á dosis progresivas, podrá llegar todavía á dominar la diátesis, ó por lo menos moderará la invasión del organismo, el desarrollo del neoplasma, procurando de este modo á los enfermos, al mismo tiempo que un alivio temporal muy apreciable, una notable supervivencia.

La quelidonina se prescribe para ser administrada al interior bajo forma de *Gránulos de Quelidonina Houdé* dosificados á ra-

zón de 2 miligramos, y de los cuales se darán 5 por día al comenzar el tratamiento. La dosis será elevada gradualmente á 10 y 12 gránulos por día y aun á más hasta á los límites de la tolerancia cuando sea preciso combatir la diátesis carcinomatosa, sin cansarse ni descorazonarse, ante una apariencia de fracaso. En efecto, á veces sólo después de una absorción bastante prolongada de quelidonina es cuando empieza á manifestarse su acción terapéutica.

En vez de desaminarse si la mejoría tarda en obtenerse, el médico, por el contrario, deberá insistir enérgicamente para que la medicación sea continuada, recordando que á menudo el éxito consiguiendo únicamente los perseverantes y los tenaces.

7) **R. Lutembacher.** Terapéutica dermatológica. Las indicaciones del cuerpo tiroide en dermatología.

El número de dermatosis en que el cuerpo tiroide ha sido propuesto como un tratamiento excelente, es verdaderamente considerable: se ha recomendado principalmente para el eczema, la urticaria recidivante, la psoriasis, la esclerodermia, la ictiosis, los trastornos del aparato piloso, ciertas caparrosas, el acné, etcétera.

Hay que reconocer que los resultados obtenidos son esencialmente variables, y, dejando aparte las ictiosis y la esclerodermia, antes que recurrir á esta medicación opoterápica (aquí más que en otra parte), débese estar bien penetrado de la idea de que las dermatosis precipitadas no son enfermedades de etiología fija, sino reacciones de la piel producidas bajo la influencia de causas muy diversas. El tratamiento tirodiano no dará, pues, resultados más que en un número limitado de casos, para los que hay que saber reservar su uso.

La medicación tiroidiana—dirígese al temperamento neuroartrítico. Se buscarán, por consiguiente, los etigmas que permitan descubrir esta *dominante etiología* detras de la lesión cutánea. Los estigmas han sido descritos por Leopoldo Levy y H. Rothschild con el nombre de *pequeños signos de inestabilidad tiroidiana*, que, según los casos, provienen de cierto grado de hipo ó de hipertiroidía.

Los pequeños signos de insuficiencia tiroidiana constituyen un verdadero mixodema frustrado. Con la anorexia, el estreñimiento, obsérvanse cefaleas tenaces y dolores acompañados de fatiga muscular insólita. El estado violento de estos individuos es siempre grande, y es uno de los principales signos de la hipotiroidía. Con los trastor-

nos del aparato piloso, caracterizado por una calvicie precoz, la rarefacción y hasta la agenesia del tercio esterno de la ceja. En las formas más intensas obsérvanse hasta edemas transitorios.

En otros casos, por el contrario, obsérvase en el eczematoso, en el urticariano, signos de hipertiroidia, caracterizados sobre todo por la nervosidad de los sujetos, que revelan temblores, una actividad febril, signos de impaciencia, al mismo tiempo que sensación de calor, crisis de taquicardia.

El origen neuroartrítico de los accidentes cutáneos se descubre, sobre todo por la influencia paroxística del frío de las emociones de los menstruos en las manifestaciones morbosas.

Es, pues, en los casos bien limitados, en los que las dermatosis representan un accidente agudo del neuroartritisismo, por la misma razón que las migrañas, el asma, etcétera, que debe administrarse el cuerpo tiroideo.

Entre los *eczemas*, es sobre todo en el vesiculoso verdadero y en algunos seborreicos, más que en los parakemteres psoriasiformes, donde parece ser eficaz el tratamiento.

Para el psoriasis, el cuerpo tiroide da los mejores resultados en el artropático, y modifica simultáneamente las lesiones cutáneas y articulares. La opoterapia tiroidiana tiene una influencia manifiesta en los trastornos vasomotores, y por esta razón puede empleársela eficazmente en ciertas *asfixias de las extremidades*, las más de las veces rebeldes á la terapéutica. Con este mismo fin hase propuesto su empleo en la *caparrosa* y el *acné*.

Pero sobre todo es en la *esclerodermia* y la *ictiosis* donde se pueden obtener resultados que son verdaderamente éxitos terapéuticos. En cuanto á la acción *trícógena* del cuerpo tiroide, es bien manifiesta, pero de las más irregulares.

Se empleará el cuerpo tiroide preferentemente en forma de polvo desecado en frío en el vacío que representa cinco veces aproximadamente en peso de glándula fresca. Es imposible fijar la dosis exacta que hay que emplear: en principio, las pequeñas dosis parecen dar los mejores resultados. Danse primeramente sellos de 0,025 á 0,050 miligramos: primero cada dos días, después cotidianamente. Pueden aumentarse en seguida las dosis, si fuere necesacio, hasta 0,10 centígrados: pero hay que saber que, cuando el tratamiento tiroidiano debe se eficaz, da rápidamente modificaciones apreciables. Por otra parte hace falta siempre vigilar con cuidado á un enfermo sometido á esta medicación; porque abandonada en manos del enfermo, sin una inspección médica, puede

conducir á efectos desastrosos. La aceleración del pulso, la disminución rápida y progresiva del peso, los trastornos nerviosos, obligan á suspender el tratamiento ó á lo menos á moderar la dosis. Puede proseguirse por mucho tiempo esta terapéutica, sin peligro, si se toman precauciones; y á menudo, los resultados durables no se obtienen más que por un tratamiento continuado con perseverancia. Pero no hay que enfurecerse si no se obtiene con rapidez signos manifiestos de la acción terapéutica; porque, como ya hemos dicho, las indicaciones del cuerpo tiroide, lejos de ser tan numerosas como se ha querido decir, limitanse á un pequeño número de casos.

Sección Profesional

Concurso de Auxiliares á Cátedra.—Real decreto de Instrucción pública.

Conformándome con las razones expuestas por el Ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, de acuerdo con Mi Consejo de Ministros.

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º En los concursos de traslación no serán admitidos más que los Catedráticos numerarios que, habiendo ingresado por oposición ó por concurso, desempeñen ó hayan desempeñado igual asignatura á la anunciada como vacante.

Art. 2.º A los Auxiliares á quienes en virtud del Real decreto de 26 de Agosto de 1910, y previo el informe de la Comisión especial, se les reconoció el derecho para concursar Cátedras, se les considerará comprendidos en el título 6.º del artículo 7.º del Real decreto de 24 de Abril de 1908, si hubieren desempeñado durante un curso completo, por lo menos, la asignatura de la Cátedra vacante.

Dado en San Sebastián á diez de Septiembre de mil novecientos once.

Oposiciones á Auxiliarías.—Nombramiento de Tribunal.—Excmo. Sr.: De conformidad con lo propuesto por el Consejo de Instrucción Pública.

S. M. el Rey (q. D. g.) ha resuelto nombrar el siguiente Tribunal para juzgar las oposiciones á dos plazas de Auxiliar vacantes en el séptimo grupo de la Facultad de Medicina de Valladolid y á una del mismo grupo vacante en la Facultad de medicina de Granada.

Presidente, D. Eloy Bejarano, Consejero de Instrucción Pública.

Vocales: D. Eugenio Gutiérrez, Académico de la de Medicina; D. Antonio Fernández Chacón, Catedrático de la Universidad Central;

D. Pedro-Ramón y Cajal, Catedrático de la Universidad de Zaragoza; Dr. Francisco Cortejarena, competente.

Suplentes: D. Antonio María Cospedal, Académico de la de Medicina; D. Sebastián Recasens, Catedrático de la Universidad Central; D. José Rubio Argüelles, Catedrático de la Facultad de Medicina de Cádiz; D. José Goyanes, competente.

De Real orden, comunicada por el señor Ministro, lo digo á V. E. para su conocimiento y demás efectos.—Dios guarde V. E. muchos años.—Madrid, 23 de Septiembre de 1911.—El Subsecretario, Rivas. Sr. Presidente del Consejo de Instrucción Pública.

Vacuna y sueros anticoléricos.—Real orden circular de Gobernación dictando reglas para su aplicación.

Siendo utilizados actualmente en la lucha contra las enfermedades epidémicas, á más de las medidas de higiene general de todos conocidas medios específicos de naturaleza bacteriana, que tiene por objeto producir en los individuos en quienes se emplea, cierto grado de inmunidad artificial contra las infecciones, y conviniendo regular, por lo que se refiere á la profilaxis pública del cólera, el empleo de las vacunas y sueros anticoléricos.

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que, de acuerdo con lo aprobado por el Real Consejo de Sanidad, se tengan en cuenta en la preparación y uso de estos medios específicos, las reglas que á continuación se expresan:

1.º Siendo la eficacia de las vacunas y sueros anticoléricos un punto científico todavía en litigio, no puede en modo alguno hacerse su uso obligatorio.

2.º En atención á que bien preparados y bien administrados estos productos bacterianos son inocuos, y pueden producir, á juicio de hombres de ciencia muy respetables, cierta inmunidad artificial, el uso de las vacunaciones anticoléricas debe ser permitido.

3.º Que para evitar abusos en la fabricación y ventas de vacunas y sueros, que mal preparados ó conservados defectuosamente, pueden ser peligrosos, debe instruirse por el Estado una Oficina de contraste, independiente de todo Centro productor, que, analizando todos estos productos de Laboratorio, no autorice la venta más que de aquellos que resulten perfectamente puros é incapaces de causar el menor daño.

4.º Siendo las vacunas preparadas con gérmenes muertos, muy fáciles de manejar y bastante eficaces, aunque no lo sean tanto quizás como las constituidas por gérmenes vivos, no se consentirá el uso de estas últimas para evitar ciertos riesgos, excepción hecha del caso en que una autorización especial del Gobierno permita su empleo en los sitios donde se haya presentado ya la epidemia.

5.º Las vacunaciones deberán ser practicadas con discernimiento, excluyendo á los individuos que ya puedan hallarse enfermos y

á los que se encuentren muy expuestos al contagio durante la fase negativa de la vacunación, ó antes que la inmunidad esa establecida, teniendo en cuenta que ésta no aparece hasta el quinto día después de la vacuna.

6.º Que la acción preventiva y curativa de los sueros anticoléricos conocidos hasta el día, es, á diferencia de las vacunas, muy escasa, sino nula, y que su empleo repetido tiene el peligro de los accidentes anafilácticos.

7.º Que en vista de que la Ciencia sanitaria no ha sancionado aún por falta de suficiente experiencia el grado de eficacia de estos medios específicos, es preciso seguir considerando á las medidas de higiene general, de todos conocidas, como las principales armas de defensa contra la invasión y desarrollo de la epidemia colérica.

De real orden comunico á V. S. para su conocimiento, el de Inspector provincial de Sanidad y efectos ordenados. Dios guarde á V. S. muchos años.

Madrid, 7 de Septiembre de 1911.—BARROSO.

Señores Gobernadores civiles de todas las provincias.

