

MURCIA MÉDICA

:: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades ::

AÑO III

MURCIA-MARZO-1917

NÚM. 24

DIRECTORES-FUNDADORES

D. Antonio Guillamón Conesa * * **D. José Sánchez Pozuelos**
D. Juan A. Martínez Ladrón de Guevara

Académicos Corresponsales de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: CALLE DE ZOCO

REDACCIÓN.—F. ALEMÁN, *Oftalmología.*—E. AMORÓS, *Enfermedades de la nutrición.*—F. CANO, *Medicina general.*—M. S. CARRASCOSA, *Ginecología.*—J. EGEA, *Urología.*—J. GALLEGO, *Pediatría.*—F. GINER, *Aparato digestivo.*—A. GUILLAMÓN, *Biología.*—J. A. MARTÍNEZ L. DE GUEVARA, *Aparato respiratorio.*—J. A. MOLINA NIÑIROLA, *Electrología.*—E. PALAZON, *Dermatología.*—M. PRECIOSO, *Cirugía general.*—A. ROMERO, *Oto-rino-laringología.*—J. RUIZ MEDINA, *Neurología.*—J. SANCHEZ POZUELOS, *Aparato circulatorio.*—J. VINADER, *Medicina general.*

COLABORADORES.—DOCTORES: ALBALADEJO, Murcia.—ALBASANZ, Madrid.—AROCA, Murcia.—AYUSO, Murcia.—AZÚA, Madrid.—BARAJAS, Madrid.—CAMPOS FILLOL, Valencia.—CAÑIZO, Salamanca.—CODINA CASTELLVÍ, Madrid.—CUBELLS, Albacete.—DECREP, Madrid.—DEL RÍO, Zaragoza.—FERNANDEZ, Granada.—GARCÍA DEL REAL, Valladolid.—GARCÍA TRIVIÑO, Madrid.—GÓMEZ OCAÑA, Madrid.—GÓMEZ, Murcia.—GONZALEZ AGUILAR, Madrid.—GONZÁLEZ PELAEZ, Salamanca.—HERNÁNDEZ-ROS, Murcia.—LECHA-MARZO, Granada.—LIZCANO, Madrid.—LÓPEZ SANCHO, Valencia.—LOZANO, Zaragoza.—MAESTRE, Madrid.—MANERO, Alicante.—MARAÑÓN, Madrid.—MARQUEZ, Madrid.—MATEO MILANO, Madrid.—MEDINA (Alfonso), Madrid.—MEDINA (Francisco), Murcia.—NÚÑEZ, Salamanca.—PARDO, San Javier (Murcia).—PASCUAL, Madrid.—PASTOR, Valencia.—PESET (Juan), Valencia.—PESET (Tomás), Valencia.—PIGA, Madrid.—PIQUER, Murcia.—PITTALUGA, Madrid.—RAMÓN Y CAJAL (Santiago), Madrid.—RECASENS, Madrid.—RODRÍGUEZ FORNOS, Valencia.—ROYO GONZÁLVEZ, Salamanca.—SANCHEZ DE RIVERA, Madrid.—SANCHEZ GARCÍA, Murcia.—TOLOSA LATOUR, Madrid.—VERDES MONTENEGRO, Madrid.

COLABORACIÓN AMERICANA.—DOCTORES: MIGUEL ANGEL, Médico de la Asociación Española de Socorros Mutuos de Buenos Aires.—KRAUS (R.), Director del Laboratorio del Departamento Nacional de Higiene de Buenos Aires.—RAGUSIN (N.), Médico de los Hospitales Militar y de Niños de Buenos Aires.

Suscripción por un año, 5 pesetas.—Número suelto, 1'50 id.

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Lesiones en las circunvoluciones centrales*, por el Dr. Wenceslao L. Albo.—PRENSA PROFESIONAL: *Cartas Médicas*, por el Dr. González Aguilar.—*La química del sarampión y la escarlatina*, por el Dr. Velázquez de Castro.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*: Sesiones de los días 1.º de Febrero y 1.º de Marzo.—*Sociedad Española de Especialistas de Pecho*: Sesión del día 14 de Noviembre de 1916.—*Sociedad Oftalmológica de Madrid*: Sesión del día 18 de Enero de 1917.—*Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña*: Sesión del día 5 de Abril de 1916.—SECCIÓN VARIA: *Fundación Santa Cándida. Insistimos*.—*Los niños y el cinematógrafo*, por el Dr. Calatraveño.—*De nuestro catálogo*.—*Publicaciones recibidas*.—*Nuestro Concurso*.—*Bibliografía*.—*Estadística*.—*Noticias*.—*Correspondencia administrativa con nuestros suscriptores*.

Se autoriza la reproducción de nuestros artículos, indicando la procedencia. De todas las obras que se nos remitan dos ejemplares, publicaremos un estudio crítico. El envío de un solo ejemplar da derecho al anuncio en lugar correspondiente. No se devuelven los originales, ni se publicarán los artículos que no estén íntegros en esta Redacción.

ARIVLE de S. Pozuelos.-Es la digital del pulmón

Jarabe Antiferino Moreno

PREPARACIÓN RACIONAL Y CIENTÍFICA PARA COMBATIR CON ÉXITO EN TODOS SUS PERÍODOS LA MÁS REBELDE COQUELUCHE.

DENTICINA MORENO

SOBERANO REMEDIO PARA COMBATIR TODAS LAS AFECCIONES DEL ESTÓMAGO Y VIENTRE EN LOS NIÑOS.

Cura los VÓMITOS y DIARREA; facilita el BROTE y desarrollo de los DIENTES; evita el picor de las ENCÍAS. Combate las ALFERECÍAS y en general todos los desarreglos que lleva consigo el período de la DENTICIÓN.

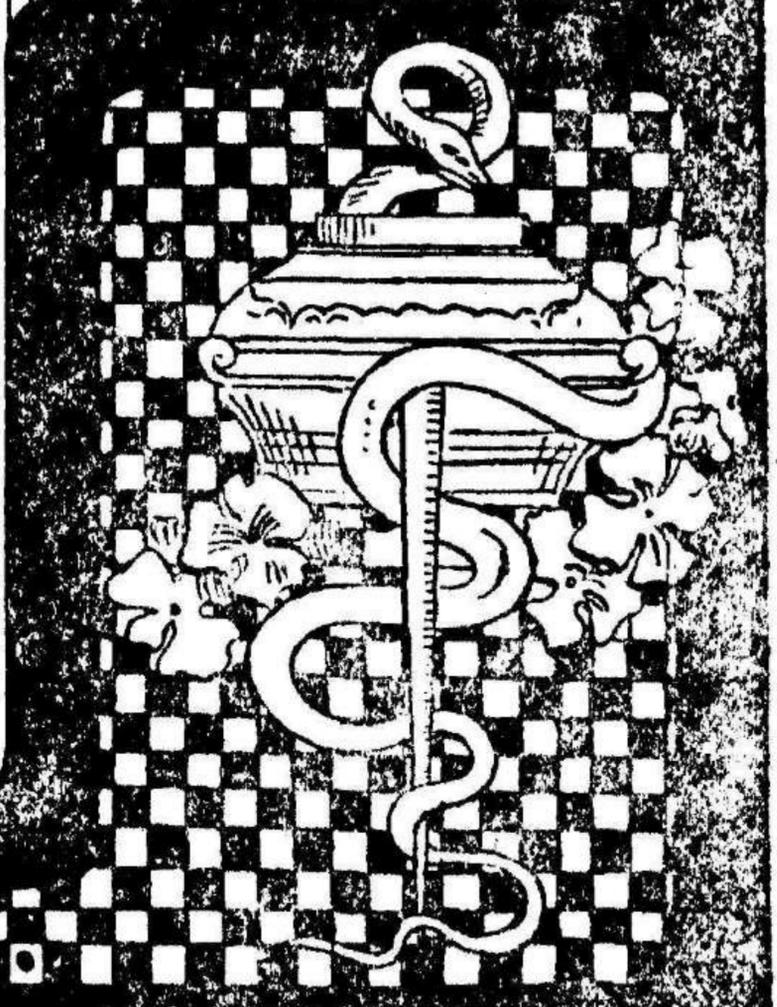
Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA





FARMACIA

—+ Y +—
Druggeria

Viuda de Ruiz Seiquer

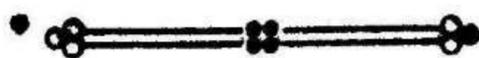
—+ +—
Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

_____ Aguas minero-medicinales

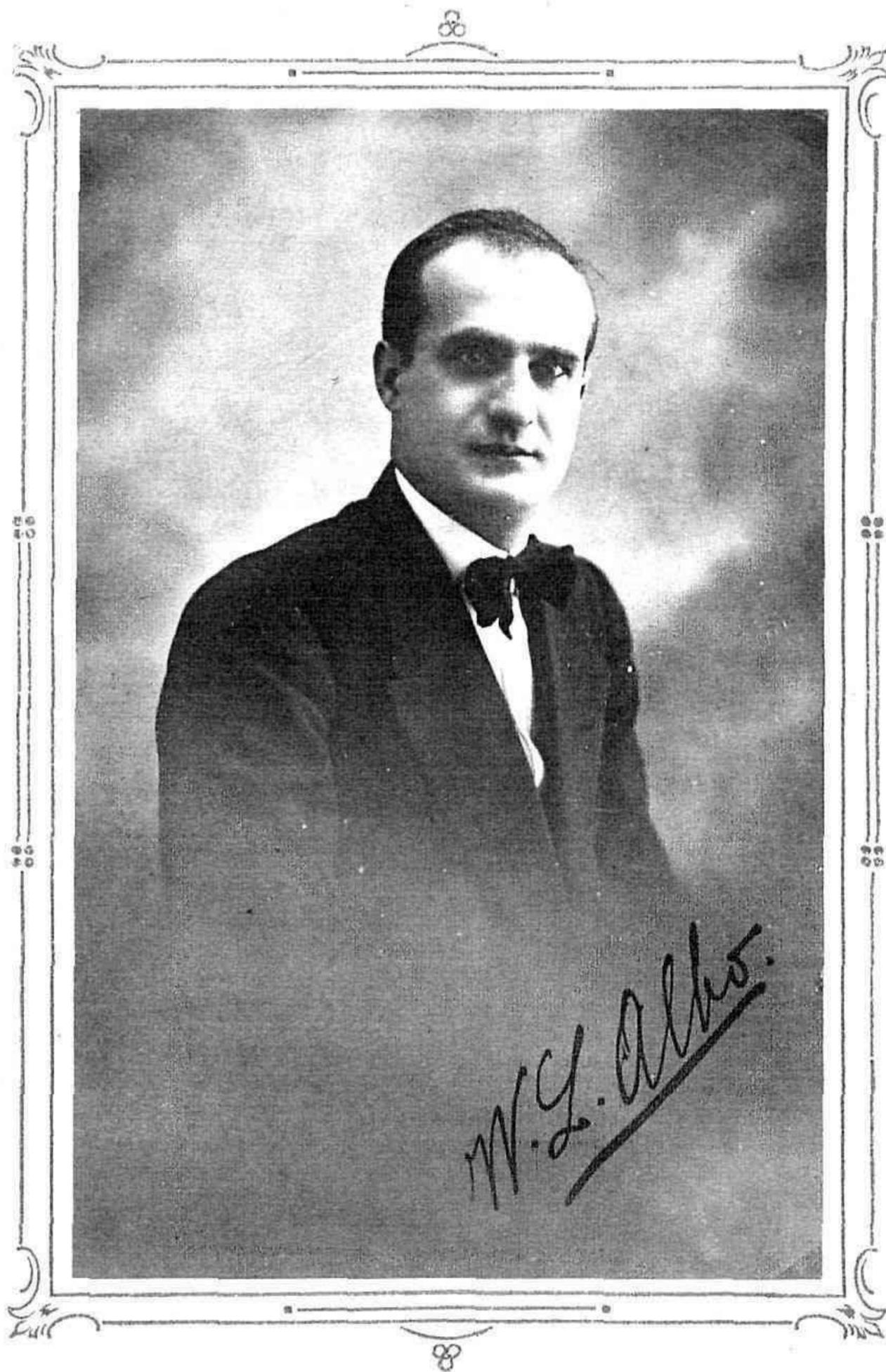
Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

MURCIA





NUESTROS
COLABORADORES

**Dr. Wences-
lao L. Albo ::**

Premiado en nues-
tro Concurso de 1916

MURCIA MÉDICA

::: Publicación mensual de Medicina, Cirugía y especialidades :::

Año III .. Marzo 1917 .. Núm. 24

TRABAJOS ORIGINALES

LESIONES EN LAS CIRCUNVOLUCIONES CENTRALES⁽¹⁾

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A propósito de cuatro casos clínicos

Por el DR. WENCESLAO L. ALBO

(De Bilbao)

(Trabajo premiado en el concurso de "Murcia Médica.", celebrado en el pasado año 1916)

Lema: BEWEGUNSRINDE

A la memoria de mi respetable compañero y amigo el Dr. Aparicio Arjona, Jefe de la Clínica de Niños en el Hospital Civil de Bilbao.

El Autor

En este artículo nos proponemos exponer y comentar ligeramente cuatro casos clínicos de lesiones en la circunvolución frontal ascendente y establecer su diagnóstico diferencial con aquellas de la parietal ascendente.

Es de gran valor práctico el poder desechar una alteración en la parietal ascendente, así como determinar la altura de la frontal ascendente a que se halla la lesión,

(1) Este trabajo ha sido llevado a cabo gracias a la amabilidad de mis queridos compañeros los Dres. Aparicio Arjona (recientemente fallecido) y Laguna Azorín, de cuya clínica de Enfermedades de la Infancia procede el caso 3.º, y de D. Ramón Salazar, que me facilitó el caso 1.º, perteneciente á su clínica de Tuberculosis. A la memoria del primero dedico este modesto trabajo, ya que contiene el caso en que con su pericia y acierto intervino por última vez.

para el caso de una intervención quirúrgica, pues fijando de antemano el asiento exacto del foco patológico, ya por delante o bien por detrás del surco de Rolando, y el lugar que ocupa en la circunvolución, el cirujano podrá circunscribir la trepanación sobre él para extenderla después, si preciso fuera, hacia donde se propagase la lesión.

Antes de entrar en el terreno de la clínica, único que persigue este trabajo, a modo de introducción diremos unas palabras acerca de la anatomía macroscópica y microscópica, y de la fisiología experimental en los animales y en el hombre, esta última como base imprescindible para el diagnóstico.

Anatomía macroscópica.—Las dos circunvoluciones centrales, surcadas por la cisura de Rolando, forman la región cortical conocida desde hace tiempo con la denominación de *zona sensitivo-motriz*, en donde se ha localizado indistintamente la motilidad y la sensibilidad generales, que estarían imbricadas en una y otra circunvolución.

Las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes se hallan situadas en la cara externa de la región fronto-parietal, a la cual recorren de abajo-arriba y de delante-atrás. El surco precentral o prerolándico, paralelo al central, limita el borde anterior de la circunvolución frontal ascendente separándola de los pies de las tres circunvoluciones frontales horizontales. La porción ascendente del surco interparietal y la pequeña cisura que se dirige hacia el borde del hemisferio, que constituyen un surco postrolándico, limitan la parte posterior de la circunvolución parietal ascendente. Tanto por arriba como por abajo las dos circunvoluciones centrales entran en conexión por medio de los pliegues de paso fronto-parietales: el superior en el lobulillo paracentral, que pasa por debajo de la muesca terminal de la cisura de Rolando, y el inferior, u opérculo rolándico, que pasa por encima de la cisura de Silvio.

En la cara interna del hemisferio el surco paracentral limita por delante el lóbulo de su nombre, cuyo límite posterior lo constituye la cisura calloso-marginal. El surco de Rolando cae en la parte media del lóbulo paracentral. Por último, las circunvoluciones centrales están limitadas hacia abajo por la cisura de Silvio.

Esta breve descripción anatómica y una ojeada sobre la figura 1.^a son suficientes para formarse una idea clara de la anatomía macroscópica de las circunvoluciones centrales.

Anatomía microscópica.—La citoarquitectura cortical admite una diferenciación en las capas celulares de las circunvoluciones rolándicas. Seis son los estratos que las constituyen.

La frontal ascendente y el lóbulo paracentral poseen en la capa 5.^a unos elementos piramidales gigantes, designados aun con el nombre del autor que los descubrió en el lóbulo paracentral el año 1874: son las grandes pirámides de Betz, que

para ciertos investigadores están destinadas, sino exclusiva, especialmente a la motilidad. El método de Nissl da una imagen muy clara de estos elementos.

La circunvolución prerolándica contiene diferentes clases de fibras nerviosas intracorticales. Unas son endógenas: las fibras tangenciales del estrato zonal, las axicolaterales de las pirámides pequeñas y las prolongaciones horizontales de las células profundas de asociación de Cajal; otras son exógenas: las fibras sensitivas (Cajal, 1891), ascendentes o corticípetas (Ramonsche Fassern de Kœliker) y las fibras de asociación transcallosas e interhemisféricas.

La circunvolución postrolándica consta, lo mismo que la frontal ascendente, de seis capas celulares, pero carece de las grandes pirámides, excepto en la parte superior, donde Betz las ha descrito, y en el límite inferior. La circunvolución parietal ascendente contiene fibras nerviosas intracorticales amielínicas que no se diferencian tan netamente de las tangenciales como en la circunvolución frontal ascendente y que se intrincan formando un plexo en las capas medias de la corteza, en especial en la capa 5.^a. Se las considera como fibras exógenas, ascendentes, sensitivas.

Un estudio detallado de estas cuestiones puede leerse en la obra de Cajal y en los trabajos de Bonne.

Fisiología experimental.—Lo concerniente a la corteza motriz (Bewegunsrinde de los autores alemanes) ha sido debatido en el curso de los últimos años; lo mismo ha sucedido respecto a la corteza sensitiva.

En 1872 consideraron Fritsch y Hitzig las circunvoluciones centrales como el asiento de la zona motora. Análoga opinión sustentaron Beevor y Horsley hasta 1887; pero en dicho año publicaron el resultado de sus experiencias afirmando que la motilidad tenía relación más estrecha con la circunvolución anterior que con la posterior. En 1901 Grünbaum y Sherrington limitaron el territorio motor exclusivamente a la circunvolución precentral, como resultado de la ablación y electrización de la corteza de los monos. Tschermak expuso las mismas conclusiones al congreso de fisiología de Turín, habido el mismo año. En 1903 Scherrington y Grünbaum localizaron de nuevo la motilidad general delante de la cisura de Rolando, en la frontal ascendente y en el lóbulo paracentral. Por fin, la experimentación moderna tiende a probar que la circunvolución frontal ascendente desempeña un papel motor, mientras que la circunvolución parietal ascendente cumple un papel sensitivo.

Los centros motores están situados uno a continuación de otro delante de la cisura de Rolando. Esto lo ha confirmado la clínica y la fisiología humanas por medio de la excitación eléctrica, en manos de Keen, Mills, Krausse, Frazier, Lloyd, Cushing, etc. y también la investigación en los animales cuya corteza ha sido electrizada por Ferrier, Horsley y Beevor, Rorsley y Schaffer, Grünbaum y Scherring-

tón. Todo eso prueba que los centros corticales motores están en la superficie de la circunvolución frontal ascendente, en los pies de las circunvoluciones frontales primera y segunda, en la mitad anterior del lóbulo paracentral y en el opérculo rolándico, lugares donde se hallan especialmente las pirámides gigantes de Betz, excitables en alto grado. Es probable que esas células representen el sitio principal en que se originan las incitaciones motoras voluntarias y las convulsiones consecutivas a la estimulación, por agentes mecánicos y eléctricos, de la frontal ascendente (Holmes y May). Parece corroborarlo los estudios anatomo-clínicos hechos en la esclerosis lateral amiotrófica, en las amputaciones antiguas y en las hemiplegias capsulares de larga duración, en donde se han apreciado lesiones regresivas de las células gigantes, en especial atrofias, en la zona en que reside la motilidad según las experiencias de Scherrington y Grünbaum.

La mitad anterior del lóbulo paracentral, la circunvolución frontal ascendente y el opérculo rolándico poseen escalonados de arriba abajo, y en sentido inverso a los miembros, los centros motores del lado opuesto del cuerpo. Esta zona cortical tiene una importancia considerable para la localización clínica, pues en ella residen los centros motores más numerosos y mejor excitables, pudiendo considerarse como el asiento principal de las representaciones motoras corticales.

La zona de la motilidad general debe dividirse bajo el punto de vista clínico, y eventualmente quirúrgico en cuatro regiones: 1.^a, mitad anterior del lóbulo paracentral y parte más elevada de la frontal ascendente, que contiene los centros motores de los dedos del pie, de la articulación tibio-peroneo-tarsiana, de la fémoro-tibial y de la coxo-femoral; 2.^a, el tercio superior de la frontal ascendente, donde se encuentran los centros del tórax, del hombro y del abdomen; (Munk ha logrado en los monos movimientos de los músculos del raquis y del abdomen excitando los centros para la extremidad inferior); 3.^a, el tercio medio de la frontal ascendente donde se hallan los centros para la motilidad del puño y dedos, los del índice y pulgar en la parte más inferior de ella; y 4.^a el tercio inferior y el pliegue de paso inferior u opérculo rolándico, donde residen los centros motores de la cara (párpados, boca, mandíbulas, lengua, faringe y laringe).

Hay otros centros motores corticales contiguos al surco precentral cuyas perturbaciones pueden ayudar al diagnóstico focal de las lesiones de la circunvolución frontal ascendente. En primer lugar tenemos el centro de los movimientos conjugados de la cabeza y de los ojos, que Lamacq, fundado en su experiencia quirúrgica, coloca en el pie de la segunda circunvolución frontal. Este síntoma, unido a los movimientos convulsivos de los dedos, es un apoyo más para localizar la lesión a la altura del tercio medio de la frontal ascendente. La desviación conjugada de la cabeza y de los ojos se observa asimismo excitando en los monos inferiores la proxi-

midad del surco precentral, pero a ella se agrega la contracción de los párpados del lado opuesto.

El tercio inferior de la circunvolución frontal ascendente limita por delante con el pie de la tercera circunvolución frontal, o circunvolución de Broca en el lado izquierdo donde se almacenan las imágenes motrices; si el individuo es zurdo éstas se recolectan en el lado derecho. Por consiguiente, las lesiones del tercio inferior de la circunvolución frontal ascendente dan lugar a convulsiones en la musculatura innervada por el facial superior e inferior, que en el lado izquierdo, o eventualmente en el derecho, pueden acompañarse de disartria o de afasia motriz.

Si se estimula en los perros las cercanías de la cisura media, se obtiene una inspiración profunda seguida de un estornudo espiratorio, Katzenstein y Polimenti admiten la existencia en la parte anterior del giro sigmoideo anterior de un centro especialmente espiratorio cuya excitación va seguida de un grito. Si se estimula este centro en los dos lados, los perros permanecen varios meses sin ladrar.

En el lóbulo frontal se describen otros centros motores, como el de la agrafia, el de la presión sanguínea (Weber), el de la midriasis (Hitzig) y otro cuya excitación produciría nistagmus (Nohete), pero o son muy discutibles como el primero, o inconstantes y de escaso valor clínico.

La circunvolución parietal ascendente es paralela al surco central y sigue la misma dirección que la frontal ascendente, ocupando la parte posterior de aquel. Su trayecto es también ántero-posterior y de abajo-arriba. Por detrás la limita la cisura interparietal con su prolongación superior, por arriba el borde del hemisferio y por abajo la cisura de Silvio. Esta circunvolución carece de pirámides gigantes.

Hoy se tiende a admitir que la circunvolución postrolándica está destinada sobre todo a recolectar la sensibilidad general. Sin embargo es algo excitable. A ello ha sido debido el que se extendiera la zona motriz a ambas circunvoluciones centrales. Pero la experimentación animal (Lewandowski y Simond en los monos inferiores) ha demostrado que si se extirpa de antemano la corteza de la frontal ascendente no se obtienen convulsiones al electrizar la parietal ascendente, si bien pasado algún tiempo reaparece una ligera excitabilidad. Ello parece indicar que al irritar la circunvolución parietal ascendente se trasmite parte del excitante a la frontal ascendente, que no daría lugar a convulsiones cuando ha sido extirpada y que se presentan de nuevo cuando se ha pasado la inhibición consecutiva al acto operatorio. Según Brodman, los casos de lesiones esclerósicas en la parietal ascendente van acompañados de trastornos motores muy ligeros.

La circunvolución parietal ascendente fué considerada como una parte de la zona sensitivo-motriz. Mas, actualmente se tiende a aceptar que está relegada a la sensibilidad general. En 1903 Sherrington y Grümbaum en un mono, y algunos

cirujanos en el hombre, demostraron que ni la excitación ni la ablación de la parietal ascendente van seguidas de trastornos motores ni convulsivos ni parésicos. Campbell la considera como un centro sensorial. Monakow cree que cuanto más interesa la lesión el área parietal de las circunvoluciones centrales, mayores son los trastornos sensitivos. Campbell llega a localizar en ella las diversas sensibilidades aisladamente: la táctil en la parietal ascendente, el sentido muscular en el área postcentral del lóbulo parietal, el dolor y la temperatura probablemente en área postcentral.

De las observaciones clínicas de Oppenheim y Krause se desprende que en la circunvolución parietal ascendente se recolectan las sensibilidades profundas. Los trastornos motores (ataxias) en las lesiones de la parietal ascendente pueden aclararse porque estando interesada o suprimida una rama del arco sensitivo-motriz resultarán perturbados los movimientos. En la circunvolución parietal ascendente pueden interesarse las fibras de proyección tálamo-corticales a la vez que las de asociación.

Las sensaciones térmicas y dolorosas no se han localizado aún con certeza. Las últimas se supone que residen en el lóbulo parietal, circunvoluciones primera y segunda; y si su centro es destruido se presenta analgesia.

Finalmente, las experiencias de Rossi prueban la existencia de cierta relación entre el cerebelo y la corteza motriz. Si se extirpa un hemisferio cerebeloso se atenúa la excitabilidad de la zona motriz del lado opuesto, y cuando se excita con la corriente farádica un hemisferio cerebeloso, se exalta la excitabilidad de la corteza motriz del lado opuesto. Parece que hay una relación entre el cerebelo y la corteza del lado opuesto.

Por lo tanto, la presunción de una zona mixta sensitivo-motriz que ocupa ambas circunvoluciones centrales va perdiendo terreno y cediendo paso a la que acepta como más probable una circunvolución central anterior destinada a la motilidad y otra circunvolución central posterior destinada a la sensibilidad general. El surco de Rolando parece limitar estas dos zonas de fisiologismo tan opuesto.

Resumido lo más esencial respecto a la anatomía macroscópica, a la histología y a la fisiología experimental de las circunvoluciones centrales, pasaremos a exponer las cuatro historias clínicas en que fundamentamos el presente trabajo.

1.º caso.—A. C., de 13 años de edad, niño. En Noviembre de 1915 tuvo la primera convulsión en el miembro superior izquierdo. Desde entonces sufre accesos convulsivos frecuentes, a veces durante varios días seguidos, siempre limitados al lado izquierdo. En Diciembre aparecieron cefalea y vómitos de carácter cerebral. Hasta nuestra exploración había tenido unos doce vómitos, en un período de dos meses.

Exploración en Febrero de 1916.—Aspecto de padecer una afección grave. Muy delgado, desnutrido y pálido; sudores, fiebre hética y síntomas físicos de tuberculosis pulmonar doble avanzada. Movimientos clónicos en la mano izquierda, dominando los de pronación y supinación. El dedo pulgar se hallaba flexionado debajo del índice y del medio, que, contracturados, le comprimían con fuerza. De vez en cuando se advertían movimientos clónicos de lateralidad de la cabeza hacia la derecha, de unos diez minutos de duración. El párpado izquierdo oscilaba convulsivamente—el superior—con intermitencias, solo o a la vez que la cabeza. Los miembros izquierdos estaban bastante paresiados, y en el pie había parálisis completa, clonus y exaltación del reflejo del tendón de Aquiles. También existía extensión del dedo grueso del pie izquierdo al excitar la planta del pie, que era acompañada de una contracción refleja brusca de la extremidad. El signo de Babinski era inconstante en el lado derecho. Todas las sensibilidades superficiales y profundas estaban conservadas. Reconocía con dificultad los objetos—estetoscopio, martillo de percusión, monedas de 0, 10 y de 5 ptas.—que se le colocaban sobre la mano izquierda, debido indudablemente a la contractura de los dedos. Bien nervios craneales.

El enfermo describía del modo siguiente sus ataques convulsivos: Primero siento que el pie se pone *duro*, luego se empieza a mover la mitad izquierda del cuerpo y se me adormecen la mitad izquierda de la cara, de la lengua y a veces también del hombro, y no puedo hablar hasta media hora después de pasado el ataque. Mientras duraban las convulsiones la boca se desviaba a la izquierda y sentía dolor en el hombro y brazo izquierdos.

Sólo le vimos dos veces, pues falleció a los pocos días de la segunda exploración. Es de lamentar que no se pudiera hacer autopsia.

Diagnóstico: Tubérculo o paquimeningitis tuberculosa que interesaba la circunvolución frontal ascendente, sobre todo el centro de la muñeca y de los dedos, que presentaban un clonismo continuo.

2.º caso.—M. Z., de 25 años de edad, soltero, hojalatero. Carece de antecedentes familiares de importancia. Nunca tuvo traumatismos cefálicos. Negó sífilis. No era alcohólico. No había padecido enfermedades infecciosas. Sin síntomas de tuberculosis pulmonar. De buena constitución.

Hace un año (en Julio de 1915) sufrió convulsiones limitadas a los labios y se mordió la lengua. El acceso le duró unos tres minutos y no fué acompañado de pérdida del conocimiento. Después quedó completamente bien. Durante los dos meses siguientes aquejó pequeñas molestias cefálicas que no llegaron a ser verdaderos dolores: se encontraba algo atontado. Hace cinco meses tuvo el segundo ataque: convulsiones en la boca con pérdida del conocimiento por espacio de una hora, y a continuación atontamiento. Al día siguiente estaba restablecido. Hace un mes tuvo el

tercer ataque: a las doce de la noche se le presentaron tres accesos convulsivos de corta duración limitados a la boca, con mordedura de lengua y sin pérdida de conocimiento, en el intervalo de una hora. Hace cinco días tuvo tres iniciaciones del acceso (no acierta a explicar el aurea), sin convulsiones. Lo mismo le ocurrió los tres días antes de venir a la consulta. Todos los ataques empezaron con una sensación vaga de malestar y con disartria, que desaparecía al terminar el acceso clónico. En dos ocasiones ha notado calambres en la pierna izquierda y molestias en el omóplato del mismo lado. Después del segundo ataque tuvo un vómito sin esfuerzo.

Exploración el 20 de Julio. Hombre de aspecto normal. Organos del pecho y vientre normales. Bien motilidad, sensibilidad y sentidos. Ningún trastorno en los nervios craneales excepto pequeñas sacudidas nistagmiformes lentas, más amplias hacia la izquierda, provocadas en el límite extremo de la mirada. Bien en ambas manos la sensación estereognósica. Diagnóstico. Epilepsia parcial de tipo jacksoniano por foco en el opérculo rolándico y en las proximidades del pie de la tercera circunvolución frontal. Los trastornos de la palabra hacen pensar en localización izquierda. (Era diestro). Los calambres y dolores pasajeros de los miembros izquierdos eran un apoyo para ello.

Tratamiento: El de la epilepsia esencial: dos gramos de bromuro potásico y régimen hipoclorurado y lacteo-vegetariano. Se advierte al enfermo que se fije hacia qué lado se desvía la boca durante el acceso.

1.º de Julio: Le han repetido cuatro ataques igualmente limitados a la cara, sin morderse la lengua y sin perder el conocimiento. Le parece que la boca se desvía hacia la derecha, pero no está seguro. Sólo se le mueven los labios durante el acceso. Advertimos algún trastorno cuando nos habla. Se le aconseja la exploración del fondo de ojo por un especialista.

Día 2 de Julio: Resultado del examen de las papilas.

«El enfermo no presenta ni edema de la papila ni anomalía alguna del fondo de ojo». Ese día a las ocho de la mañana, estando trabajando sufrió un nuevo acceso: convulsión clónica de la musculatura facial inferior *hacia la derecha* (el enfermo se observó ante un espejo) y de los párpados derechos, de unos siete minutos de duración. Durante el ataque no pudo hablar, y luego permaneció cinco minutos con disartria acentuada que fué desapareciendo. A las 12, hora de la exploración, todavía se apreciaba algo de disartria al pronunciar algunas palabras. La boca estaba ligeramente desviada a la derecha, y la comisura un poco elevada en dicho lado. Nos informó de que su palabra no se ha restablecido por completo desde hace cerca de 10 días.

Todos los ataques eran acompañados al principio de una inspiración ruidosa.

No hay ningún síntoma de hipertensión.

Diagnóstico: Epilepsia jacksoniana por foco en el opérculo rolándico y cercanías del pie de la tercera circunvolución frontal izquierda. Se le informa de su afección indicándole la posibilidad de una craniectomía. Mientras se le somete a observación está tomando yoduro potásico. Se le ha aconsejado la conveniencia de una reacción Wassermann a pesar de los antecedentes negativos.

3.º caso. — Niño de unos 9 años de edad. Caída sobre la cabeza con fractura en la región parietal izquierda. Otorragia. Exploración del foco: se apreció fractura prolongada hacia la base. Desinfección y vendaje. A los pocos días (unos cuatro) se presentó epilepsia continua en la mitad derecha del cuerpo. Se trepana al nivel de las circunvoluciones rolándicas y se encuentra sangre y coágulos. Como continuaran las convulsiones se hace una segunda intervención y se extrae serosidad sanguinolenta. (Esos son los antecedentes que nos comunicó el compañero que intervino).

Exploramos al enfermo por primera vez el día 4 de Agosto, unos días después de la última operación. Presentaba pequeñas alteraciones de la sensibilidad espacial, discriminaba mal las puntas del compás en las falanges de los dedos de la mano, y estaba perturbada la sensibilidad estereognósica en la mano derecha. Con la mano izquierda reconocía perfectamente y con prontitud el martillo de reflejos, el pincel y las monedas de 0, 10 y 5 pts., mientras que con la mano derecha sólo reconocía el martillo; los otros objetos eran confundidos entre sí o no los reconocía y dudaba si la moneda era de diez o de cinco céntimos. Algunas veces confundió la moneda con el pincel.

El reflejo del triceps braquial estaba exaltado a la derecha; había clonus del pie derecho y pequeña exaltación del reflejo patelar de ese lado. La mano derecha presentaba pequeños trastornos atáxicos, golpeando a veces en la mejilla derecha. (Este trastorno había existido más acentuado, antes de ver nosotros al enfermo). La cara y la lengua estaban normales. La fuerza muscular estaba un poco disminuida en la mano derecha. De vez en cuando se le apreciaba ligeros trastornos en la pronunciación de las palabras, los cuales habían sido mayores al principio.

A los cinco días había desaparecido la ataxia. La aestereognosia había mejorado. En el lado derecho existía flexión dorsal del dedo grueso del pie. Excitando la cara interna del muslo derecho sólo se contraía el cremáster derecho, mientras que si se excitaba en el muslo derecho se elevaban los dos testículos. Aún se notaba a veces ligeros trastornos en la pronunciación.

El enfermo continuó mejorando y a los pocos días se le dió de alta.

4.º caso. — A. L., 45 años, siempre había sido muy enjuto de carnes. Desde hace un mes padece del estómago; el especialista que le asiste tiene hecho el diag-

nóstico de hiperclorhidria y crisis gástricas por espasmos pilóricos. Niega sífilis. Las radiales son duras y las temporales lo mismo. Su señora ha abortado ocho veces; seis abortos de tres meses, uno de siete meses—que salió macerado con aspecto de sífilis congénita—y el último de dos meses. Cuatro hijos que viven están bien. Su señora lo mismo. Con motivo de su decaimiento general estaba sometido a un tratamiento tónico con inyecciones hipodérmicas de sulfato de estriquina, cacodilato y glicerofosfato de sosa. Después de la segunda inyección tuvo un ataque convulsivo, limitado a la cara y a las extremidades derechas, que le duró 15 minutos. La boca se torció a la derecha. A continuación quedaron paralizados la pierna y el brazo derechos durante unas horas, recuperando lentamente la motilidad. Hasta nuestra exploración había tenido ocho ataques convulsivos análogos, de cinco a diez minutos de duración, en un período de 15 días. Todos empezaron con tensión en los músculos pectorales y esternocleido derechos y en el deltoides, acompañados de ligero dolor en el hombro del mismo lado, y la mano se colocaba en extensión. También se unió a ellos algo de disartria.

Exploración el 19 de Agosto. Hombre de baja estatura, muy delgado, de aspecto caquéctico. Hemiparesia del lado derecho, más acentuada en el pie. Reflejos rotuliano y de Aquiles más vivos en el lado derecho, pero no muy exaltados. Pequeño clonus del pie derecho y extensión del dedo grueso en este lado. Pequeña ataxia en la mano derecha: con frecuencia el índice golpeaba las mejillas o el labio superior. En la musculatura facial sólo se aprecia una ligera contractura en el surco naso-labial derecho. Ningún trastorno sensitivo. Únicamente la estereognosia estaba algo perturbada; de cuatro objetos corrientes sólo reconoció dos. No había nistagmus. Ningún trastorno de los nervios craneales. Sin síntomas de hipertensión intracraneana. Fondo de ojo normal.

Diagnóstico: Hemiparesia consecutiva a crisis de epilepsia jacksoniana por foco irritativo en la mitad inferior de la circunvolución frontal ascendente, probablemente goma o paquimeningitis gomosa de origen sifilítico.

Tratamiento: Estaba ya sometido a fricciones mercuriales. Una reacción Wassermann dió un resultado positivo franco.

En otra exploración se apreció una microadenitis en ambas ingles y deficiencia en la ventilación pulmonar del vértice derecho. Se ratifica el primer diagnóstico como el más probable. Se pone en duda la etiología tuberculosa.

Tratamiento: Inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio. Se empieza con medio cgr. diario durante cinco días para tantear la tolerancia. Tres ataques: uno limitado a la cara, otro a continuación—en la misma noche—en los miembros derechos, y el último completo y acompañado de disartria. Un cgr. de cianuro. Orina sin albúmina. Al tercer cgr.—inyección diaria—se establece intolerancia: diarrea, este-

matitis. Suspensión del cianuro. A los cinco días se inyecta 35 cgr. de neosalvarsán. Es mal tolerado. Tres días orinando poco. Su estado general continúa decayendo cada vez más. El pulso se hace frecuente—de 100 a 130—durante dos semanas. Día 19 de Septiembre: temperatura de 37, 4. En los últimos días ha tenido tres • cuatro ataques. Se queja de dolores de cabeza y presenta puerilismo y confusión mental. Pulso a 100.

Sintomatología.—De los datos expuestos al tratar de la fisiología experimental puede deducirse la discordancia de los síntomas en las lesiones de una y otra circunvolución. Pero en realidad no es tan fácil hacer una clara distinción clínica.

Los síntomas de las lesiones en la *circunvolución frontal ascendente* son de dos categorías principales: unos irritativos (convulsiones) y otros parálisis (paresias y parálisis). Los primeros dependen de la excitación cortical, que origina la descarga motora; los segundos del agotamiento o de la destrucción de las neuronas cuyos cilindroejes de proyección conducen la incitación motora.

Por lo general—a no ser que la corteza sea destruída desde un principio, como ocurre en la experimentación—los síntomas irritativos son los iniciales. Solamente los reblandecimientos y las raras hemorragias corticales ocasionan desde un principio trastornos de déficit. Pero también los reblandecimientos—aunque en casos muy raros—por trombosis de la rama frontal ascendente y las hemorragias meníngeas pueden dar lugar, cuando asientan encima de la circunvolución frontal ascendente, a convulsiones sobre todo si son post-traumáticas.

Las convulsiones empiezan en el grupo muscular correspondiente al centro de donde parte primero el estímulo, para propagarse luego en una u otra dirección, • en ambas, a los centros próximos. La averiguación del grupo muscular por el cual comienza el ataque convulsivo es un dato de suma importancia para elegir el sitio de la trepanación, si estuviera indicada. Cuando la alteración radica en el lóbulo paracentral y en la parte más elevada de la circunvolución frontal ascendente, las crisis clónicas empiezan en la extremidad inferior, o en ambas si están interesados los dos lóbulos paracentrales. Cuando la lesión asienta en el tercio medio, es el miembro superior el animado de convulsiones. Y si la alteración reside en el tercio inferior, la musculatura facial es la primeramente interesada.

Los síntomas de déficit son secundarios. Si las paresias o las parálisis aparecen durante las primeras convulsiones, con ellas retrogradan, o en las horas siguientes al acceso. A medida que los ataques convulsivos se repiten, ellas se hacen más durables, y por fin, inhibida, agotada o destruída la excitabilidad cortical, sólo resta una parálisis como reliquia de la destrucción de los centros motores. En algunos casos raros de evolución lenta pueden presentarse desde un principio síntomas parésicos, con exclusión de todo clonismo, en ciertos tumores de las proximidades que comprimen las fibras de proyección sin irritar directamente la corteza.

La monoplejia puede observarse al principio, pero la hemiparesia es más frecuente. La torpeza en los movimientos de un miembro superior y el ligero roce del inferior contra el suelo son síntomas premonitores de la parálisis. El facial superior, sea por la mayor extensión de su centro cortical o por su representación bilateral, no está aparentemente interesado. Sin embargo, observando atentamente los casos de monoplejia facial de origen cortical, se aprecia una ligera disminución de las arrugas de la frente. En dos hemipléjicos—uno con embolia por endocarditis (lesión mitral) y otro de probable reblandecimiento por arteritis (psicosis post-traumática alucinatoria en un sifilítico) apreciamos una ligerísima participación del facial superior.

Las lesiones de la parietal ascendente dan lugar sobre todo a trastornos sensitivos, pero en general van acompañadas de trastornos motores. Las alteraciones sensitivas más constantes son la anestesia al contacto, la pérdida de la sensación para localizar los contactos. La perturbación de las sensaciones de posición y movimiento de los segmentos de los miembros y la aestereognosia. La aloquiría puede presentarse también. Las sensibilidades térmica y dolorosa no suelen estar interesadas, pero a veces las parestesias dolorosas y térmicas pueden ser los pródromos de las convulsiones. A veces sólo hay simple ataque de dolor o parestesias desagradables.

Los trastornos sensitivos de origen cortical son conocidos hoy con algún detalle. Recientemente se han descrito varios casos de alteraciones de la sensibilidad táctil que adoptan una distribución radicular a pesar de indudable asiento cortical. Eso induce a pensar que lo mismo que hay centros motores para una función y no para un músculo, existen también centros sensitivos correspondientes a una raíz posterior y no a un nervio.

Dejerine y A. Thomas han observado varios casos de distribución radicular de los trastornos sensitivos en lesiones corticales. Lortat-Jacob y Sezary han comunicado también casos análogos. En uno de ellos se trataba de una herida por bala en la región parietal superior derecha, que produjo la parálisis de la mano izquierda. Existía una banda de anestesia casi total en la mitad interna del antebrazo, del brazo y de los cuatro últimos dedos; trastornos del reconocimiento de la posición de los dedos, sobre todo del cuarto y quinto, y trastornos del sentido estereognóstico. El tacto, la temperatura y el dolor estaban también interesados. En este caso los trastornos radiculares reconocieron una lesión circunscrita de la región fronto-parietal derecha. En la otra observación se trataba de una herida por bala en la región parietal superior derecha seguida de trepanación. A los tres meses se notó un debilitamiento de la fuerza de flexión de los dedos, de la adducción y oposición del pulgar, e imposibilidad de adducir el quinto dedo que se mantenía alejado del anular; el adductor del pulgar estaba ligeramente atrofiado; estos trastornos era de la mano izquierda. Presentaba una gran hipoestesia de los tres últimos dedos, una banda de

anestesia ocupando la eminencia hipotenar y continuándose con hipoestesia en la cara interna del antebrazo y póstero-externa del antebrazo y del brazo; ese territorio estaba ocupado por una banda estrecha de anestesia total. Las demás sensibilidades estaban normales. En el miembro inferior, además de los síntomas de lesión piramidal, había una banda externa anestésica en la pierna e hipoestésica en la parte externa del muslo, y una estrecha banda de anestesia en la cara anterior del muslo. Los trastornos sensitivos alcanzaban el tacto, calor, frío y dolor. En el pie ocupaban los dos tercios externos de la cara dorsal de los dedos.

Nosotros no los hemos encontrado, a pesar de buscarlos detenidamente en varias exploraciones, en ninguno de nuestros cuatro casos.

La aestereognosia o agnosia táctil es la incapacidad de reconocer los objetos por el tacto, a pesar de la integridad de las diversas sensibilidades. Cuando está perturbada, la lesión es casi siempre post-rolándica. La aestereognosia coincide a veces con trastornos de las sensibilidades simples; táctil, de posición, de movimiento, de presión, de peso y accesoriamente calor, frío y dolor.

La suposición de Hoppe (H-H.) estableciendo que la *aestereognosia pura* indica lesión de la zona motriz, es decir, de la circunvolución frontal ascendente, y que la *aestereognosia asociada* a otros trastornos sensitivos supone una lesión del lóbulo parietal, fundada en tres casos clínicos,—uno de tumor subparietal, otro de tumor subfrontal y el tercero con crisis de epilepsia jacksoniana—aunque de algún valor, no es irrefutable, pues tanto la clínica como la experimentación dan hechos contradictorios.

Una aclaración de ello puede acaso buscarse en que las causas patológicas y las corrientes eléctricas interesan fibras que si bien no se encuentran en el mismo sitio donde ellas obran, su proximidad hace que degeneren o se exciten a la vez que las irritadas directamente. Las conexiones que pueden existir entre unas y otras es otro dato para tomar en consideración. Además, los trastornos sensitivos, interrumpiendo una de las vías del arco nervioso superior, originan indirectamente perturbaciones motoras. No hay que olvidar que en las lesiones de curso lento—tumores—unas zonas corticales son capaces de suplir a otras, en especial en la función sensitiva.

Las sensaciones de adormecimiento y los hormigueos pueden ser síntomas premonitores en algunos casos de tumor de las circunvoluciones centrales. Dichas parestesias y los dolores se presentan a veces en forma de accesos, especie de aura sensitiva que si no va seguida de convulsiones puede servir de presunción para inclinarnos a la existencia de un foco en la circunvolución parietal ascendente. El aura sensitiva ha sido producida por Cushing en el hombre no anestasiado, electrizando la parietal ascendente. El sitio primitivo donde se refiere la parestesia tiene un va-

lor análogo al lugar en que se inician las convulsiones. Un ataque de hemiparesia • trastornos motores unilaterales, pueden equivaler a un ataque convulsivo. (Oppenheim). Si no hay ataques convulsivos el diagnóstico local es en extremo inseguro, siendo apenas digna de apreciarse para fijar el sitio de la lesión la existencia de una hemiparesia progresiva sin tales ataques (Ziehen).

Nosotros hemos visto recientemente un caso de tumor cerebral que interesaba las vías motoras en el hemisferio derecho y producía una hemiparesia izquierda, sin ningún trastorno sensitivo. Se exploraron cuidadosamente en varias ocasiones todas las sensibilidades. Como tampoco presentaba el enfermo accesos jacksonianos, no había datos para precisar un asiento en las circunvoluciones centrales. Con el diagnóstico de tumor del lóbulo frontal derecho en su parte más anterior ha sido operado el enfermo. Se ha encontrado un tumor del tamaño de un puño que comprimía las circunvoluciones frontales por delante del surco pre-rolándico. El examen histopatológico nos ha probado que se trataba de un sarcoma meníngeo. En el diagnóstico preciso de localización no se estaba muy seguro, pues así como se podía desechar un tumor del cuerpo calloso no sucedía lo mismo para eliminar una localización intrahemisférica. Este caso pone de relieve el hecho de que un tumor supracortical pre-rolándico no origina ningún trastorno sensitivo ni convulsivo, y que la paresia en este caso era debida a la compresión de las vías motoras no directamente en la frontal ascendente sino indirectamente al hundir el tumor las porciones posteriores de las tres primeras circunvoluciones frontales. El caso cae fuera de los límites del presente trabajo para que nos ocupemos en detalle de él. Se publicará pronto en un trabajo que estamos preparando a propósito de los tumores de los lóbulos frontales.

El diagnóstico supracortical, intracortical o subcortical es muy difícil de precisar, pues las convulsiones pueden también presentarse en localización intrahemisférica.

La ataxia frontal, análoga a la incoordinación cerebelosa, es un trastorno motor admitido en algunos casos de lesiones en los lóbulos frontales. Los movimientos intencionales son mal dirigidos. Su interpretación es algo complicada. Se puede invocar que es debida a trastornos del sentido muscular, con los que coincide a veces. La ataxia interesa los movimientos de los músculos de las extremidades y del tronco. Cuando la ataxia reside en la musculatura del tronco y el individuo oscila y tiende a caer, la lesión asienta en el lóbulo frontal; pero no es un síntoma constante.

Para explicar la ataxia hay que tener también en cuenta los estudios histológicos de Monakow que distingue en el núcleo rojo dos grupos celulares independientes; uno, situado hacia adelante, y formado de elementos pequeños, entraría en conexión con el lóbulo frontal (M. y Mme. Dejerime), donde pueden ser

destruidas sus fibras de empalme. Por otra parte la destrucción de las fibras de asociación intermotoras puede ser igualmente causa condicionadora de la ataxia frontal. En efecto, la incoordinación se ha observado en tumores que destruían las dos primeras circunvoluciones frontales. En nuestro enfermo apreciamos una especie de envaramiento del tronco. El enfermo andaba con el cuerpo rígido y no podía girar con rapidez.

La *apraxia* puede asimismo presentarse en las alteraciones de las circunvoluciones frontales, pero no tiene valor seguro de localización. Ello se debe a que sólo aparece con claridad en los casos que se interesan las vías de unión de los centros motores de un miembro superior con los del lado opuesto. En los casos en que no han sido alcanzadas las vías de proyección y haya *apraxia* es probable que la lesión se halle en el lóbulo parietal.

Hay varias variedades de *apraxia*. La *apraxia gliedckinética* (Liepmann), la *apraxia motriz pura* (Kleist), la *apraxia ideomotriz* y la *apraxia ideatoria*. La última es un trastorno intelectual que acompaña a menudo a la afasia sensorial, y representa una lesión de la parte posterior del lóbulo temporo-parietal izquierdo. La *apraxia ideomotriz* es un trastorno especial de la motilidad.

De los trabajos de Raymond, Claude, Gilbert Ballet, Laignel-Levastine, Dreyfus-Rose, Lévi-Valensi, Pierre Marie y Fois, Magalhaes, Lemos, Kleist, Kroll, Strohmayer, Stauffenberg, Fearnside, Laignel-Levastine y Lévi-Valensi, Liepmann y Maas, Goldstein, Wilson, Claude y Mlle, Loyez, Rhein, Foix, etc., se deduce que la variedad ideomotriz de la *apraxia* depende de lesiones en el lóbulo parietal izquierdo, especialmente del giro supramarginal. Fearnside ha referido un caso de tumor limitado a la circunvolución supramarginal, con fenómenos apráxicos.

En la *apraxia* los músculos son capaces de moverse, mas no de ejecutar un movimiento determinado, ora porque la incitación motora se trasmite defectuosamente a través de los centros motores (*apraxia motriz*), o ya porque el centro de la ideación la elabora de un modo erróneo (*apraxia ideatoria*) Liepmann y Pick). Cuando el foco está en el centro para los movimientos de los miembros (sea cortical o infracortical), y en el lado izquierdo, la hemiplejía se acompaña de *dispraxia* en el brazo izquierdo, mientras que si la lesión es más inferior, es decir, está en la sustancia blanca próxima a la cápsula interna o en ésta, el brazo no es *dispráxico*. La explicación es la siguiente: en el primer caso han sido tocadas las fibras que se dirigen al cuerpo calloso, y en el segundo caso han quedado libres, por lo cual no hay *dispraxia* en el lado izquierdo. En algunos individuos zurdos todas las lesiones de la corteza derecha van seguidas de hemiplejía izquierda y además de *apraxia* del brazo derecho y de *agrafia* (Rothmann).

Liepmann defiende la teoría de que las lesiones del cuerpo calloso juegan un

papel importante en la génesis de la apraxia. Acaso en estos casos haya trastornos concomitantes en la circunvolución parietal izquierda. La apraxia ideo-motriz va asociada con frecuencia a la hemiplejía derecha, a hemianestesia, afasia, y si la lesión es extensa va unida a la apraxia ideatoria y a la hemianopsia. Es dudoso que exista una apraxia de origen frontal.

Actualmente se puede resumir lo referente a la apraxia diciendo que se la observa especialmente en las lesiones del lóbulo parietal y que predominan en ella los trastornos sensitivos. Es más rara en las lesiones del lóbulo frontal (Hartmann), en cuyo caso predominan los trastornos motores. Por fin, en las lesiones del lóbulo parietal puede encontrarse la apraxia ideatoria y la agnosia ideatoria, la agnosia total o asimbolia, la agnosia táctil o parálisis del tacto y la parálisis psíquica.

Los trastornos mentales no aparecen como síntoma de una lesión limitada a las circunvoluciones centrales. Más bien son debidos a lesiones difusas del lóbulo frontal (parálisis general), o a tumores que destruyen la parte más anterior del cerebro. La ablación de ambos lóbulos frontales vuelve a los perros disputadores, ariscos, mal humorados y de aspecto menos inteligente. Algunos tumores de los lóbulos frontales se acompañan de trastornos intelectuales y del carácter. La inhibición de las facultades mentales (pereza mental), la abulia de los actos, la lentitud en el curso de las ideas, y la pérdida de memoria estaban presentes en nuestro caso de tumor del lóbulo frontal. Los mismos síntomas había en un caso de Agostine (C): destrucción de los lóbulos frontales por un tumor. Sin embargo, los trastornos mentales no son por sí solos sino de un valor relativo.

Los trastornos de la diadococinesia se han encontrado también en los tumores y otras lesiones de las circunvoluciones centrales y de los lóbulos frontales. Jumentie y de Martel los observaron en dos casos de tumores subcorticales.

Diagnóstico diferencial.—El diagnóstico diferencial es delicado en las lesiones de una u otra circunvolución. Ello se complica cuando la lesión se extiende a las dos circunvoluciones, lo que ocurre especialmente en los tumores y quistes algo voluminosos. Hay que contar siempre con la posibilidad de focos múltiples (tubérculos, quistes, gliomas). En los casos traumáticos, el sitio del hundimiento óseo indica donde está la lesión cortical. Pero también en estos casos los coágulos pueden comprimir la circunvolución no interesada directamente por el traumatismo.

Como norma general, aunque no absoluta, y fundándonos en los resultados de la fisiología experimental, pensaremos en localización en la frontal ascendente cuando haya movimientos convulsivos y esté intacta la sensibilidad general. Las parestias y las parálisis no son de tanto valor, pues pueden presentarse también en lesiones de la parietal ascendente y de las circunvoluciones frontales horizontales, como en nuestro caso de tumor situado delante del surco pre-rolándico. La aestereognosia

pura unida a convulsiones indica asimismo alteración de la frontal ascendente. Si la paresia o la parálisis va acompañada de trastornos sensitivos y de aestereognosia, la circunvolución parietal ascendente está interesada. Cuando hay apraxia, la lesión yace detrás del surco de Rolando, en especial en el girus supramarginalis. Pero siempre es preciso tener presente que se han observado trastornos sensitivos en las lesiones de la frontal ascendente y alteraciones motoras en las lesiones de la parietal ascendente, sobre todo en tumores.

El diagnóstico diferencial con las lesiones corticales próximas puede hacerse con bastante certeza. Las lesiones que asientan en la base de la segunda circunvolución frontal se exteriorizan por dificultad en los movimientos de rotación de la cabeza y de lateralidad de los ojos hacia el lado opuesto. Este síntoma lo encontró Ziehen en tres casos de tumor. En nuestro enfermo con tumor sobre las circunvoluciones frontales horizontales, estaban entorpecidos los movimientos de lateralidad de la cabeza, pero no los de los ojos. La existencia de un centro cortical para la desviación de la cabeza y de los ojos, en la parte posterior de la segunda circunvolución frontal, está demostrada por la clínica y por la experimentación. En un caso de Poggio, fueron encontrados dos cisticercos, uno sobre el pie de la frontal segunda y otro un cm. o más atrás y un poco más arriba, en una joven que presentó accesos de epilepsia jacksoniana debutando, o por los tres últimos dedos de la mano izquierda o por la desviación de los ojos y de la cabeza. En las lesiones que alcanzan en el lado izquierdo el centro de los movimientos conjugados de la cabeza y de los ojos puede presentarse también nistagmus (Noethel).

En el primer caso existían movimientos clónicos de lateralidad de la cabeza hacia la derecha, pero no de los globos oculares. Se trataba de una epilepsia parcial continua o *síndrome de Kojewnikow*, caracterizado por los clonismos constantes de la mano izquierda. El diagnóstico de neoformación tuberculosa no podía estar más claro, tanto por el proceso pulmonar como por los vómitos y los dolores de cabeza de carácter encefálico. En cambio, los síntomas de foco eran difusos durante las convulsiones, si bien los movimientos de la mano y de rotación de la cabeza indicaban una localización en el tercio medio de la circunvolución frontal ascendente. No había desviación conjugada de la cabeza y de los ojos. Las convulsiones de los párpados y las parestesias de la mitad izquierda de la cara y de la lengua presagiaban la propagación del foco al tercio inferior de ambas circunvoluciones centrales. La autopsia hubiera sido muy instructiva.

Un caso análogo ha sido publicado por Mme. Long-Landry y M. Query. Se trataba de un hombre de 34 años, afecto de paraplejia por foco tuberculoso a nivel de la tercera lumbar—absceso—que presentó ataques de epilepsia jacksoniana iniciados en el miembro superior derecho y propagados a la extremidad inferior del

mismo lado, que dejaron como secuela una hemiplejia de 4 horas de duración, seguida de parálisis flácida del brazo derecho con pérdida de los reflejos tendinosos.

La autopsia hubiera sido doblemente instructiva en nuestro primer caso, porque había, además, si bien no tan neta como en el lado izquierdo, extensión dorsal del dedo grueso del pie derecho, y acaso existiera a la vez una localización en la parte más elevada de la circunvolución frontal ascendente derecha, pues sabida es la frecuente multiplicidad de estos tumores.

El centro de la desviación conjugada de la cabeza y de los ojos se halla en el lugar de unión del pie de la segunda circunvolución frontal con la circunvolución frontal ascendente. Caso de Chiray. Mills ha obtenido la desviación de la cabeza hacia el lado opuesto electrizando la parte posterior de la segunda circunvolución frontal. Lo mismo se observa en la experimentación animal. Es también un síntoma frecuente en la epilepsia jacksoniana (Landouzy). Según este autor, la lesión cortical es irritativa cuando el enfermo dirige sus ojos hacia los miembros convulsos, y destructiva si los dirige hacia los miembros sanos.

Landouzy, Grasset y Wernicke colocan en el lóbulo parietal inferior el centro de los movimientos de la cabeza y de los ojos. Cuando el acceso de epilepsia jacksoniana empieza por la desviación conjugada de la cabeza y de los ojos hacia el lado opuesto, la lesión está en el lóbulo frontal (Horsley).

En el caso 2.º el foco está bien limitado en el opérculo rolándico, próximo al pie de la tercera circunvolución frontal izquierda. La inspiración ruidosa que precede inmediatamente a las convulsiones de la cara, parece indicar la existencia de ese centro en el mismo opérculo rolándico o en sus proximidades. Por ahora sólo requiere el caso seguir su evolución y atenernos al resultado de la reacción Wassermann, pero no la operación hasta que las convulsiones se extiendan o hasta que aparezca algún síntoma de hipertensión que haga pensar en una naturaleza de la lesión aún hoy difícil de precisar. Se someterá al enfermo a un tratamiento antisifilítico de prueba aunque la reacción sea negativa.

Este caso se presta a algunas consideraciones de diagnóstico diferencial con el tic de la cara y con el hemiespasmó facial. En primer lugar no había ningún estado mental especial propio de los enfermos de tic, ni alteración intelectual, ni podía disminuir de ningún modo la duración e intensidad del ataque. La ausencia de esos dos síntomas servía para excluir el tic de la cara. La descripción que nos daba el enfermo se parecía bastante al hemiespasmó facial, pero la aparición y terminación bruscas del acceso, nos hicieron excluir tal afección. La mordedura de la lengua, la disartria y la pérdida del conocimiento eran los síntomas capitales para admitir una irritación cortical y desechar las dos afecciones citadas. Tampoco podía pensarse en epilepsia esencial, pues las convulsiones nunca fueron generalizadas.

El caso 5.º—explorado después de las intervenciones—prueba en primer lugar como una hemorragia supracortical (menígea) no produjo convulsiones hasta la organización del coágulo, desapareciendo las convulsiones, la paresia, los trastornos sensitivos y la aestereognosia en cuanto se limpió la zona rolándica de las concreciones sanguíneas y se extrajo la serosidad.

El diagnóstico es delicado especialmente cuando sólo hay trastornos de la sensibilidad profunda y de la discriminación táctil, con aestereognosia. En los casos que han de ser operados es siempre de necesidad absoluta investigar lo más completamente posible *todas* las sensibilidades. En el caso 3.º, un examen superficial no hubiera puesto en evidencia los siguientes trastornos: dificultad de reconocer que sus dedos contactaban unos con otros, y el alarmamiento de los círculos de Weber—necesitábamos separar las puntas del compás casi toda la distancia de las falanges, para que las reconociera.—No había más alteraciones sensitivas que explicaran la aestereognosia, pues la sensibilidad perióstica fué la única que dejó de explorarse. El enfermo reconocía con prontitud si los objetos eran fríos o calientes, sentía perfectamente el dolor y el contacto del pincel, percibía los movimientos pasivos y activos de los miembros, sentía la presión superficial y profunda, localizaba bien las sensaciones táctiles y no se quejaba de parestesias. La sensación espacial estaba algo alterada. La noción de los pesos se conservaba normal.

Lo más curioso del enfermo era la imposibilidad de reconocer cuando contactaban las yemas de los dedos, pues a pesar de caérsele los objetos o de retirárselos de la mano, continuaba palpando como si aun estuvieran en ella, sin apercibirse de que eran sus propios dedos los que estaban tocándose.

Un caso parecido ha comunicado Claude, pero en él había perturbaciones de la sensibilidad profunda, mientras que en nuestro enfermo sólo existían alteraciones de la sensibilidad espacial; ésta guarda estrechas relaciones con las sensibilidades muscular y articular.

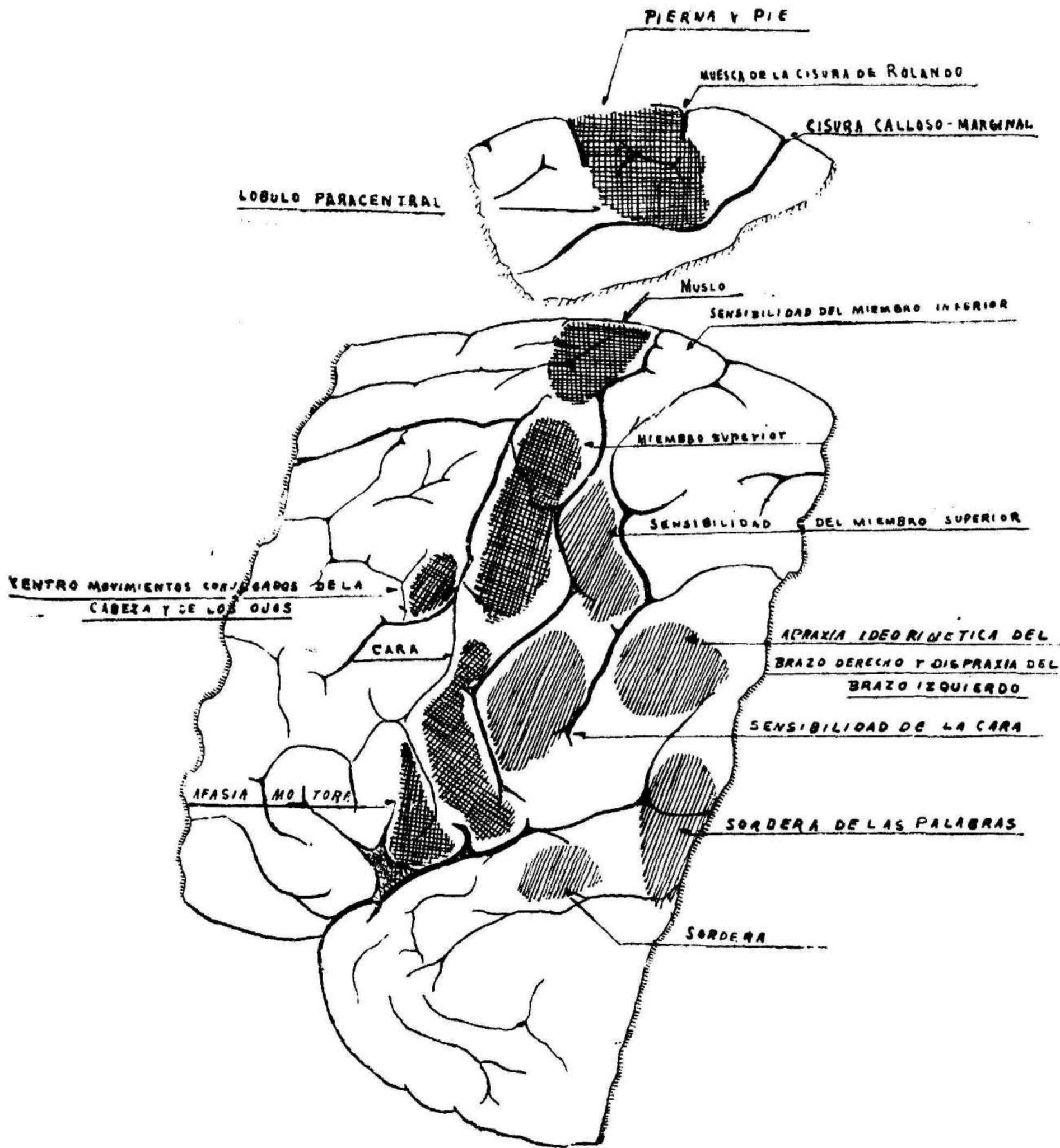
En nuestro caso se trataba de una aestereognosia por insuficiencia de la identificación primaria, que sólo podía explicarse por el alargamiento de los círculos de Weber y por esa perturbación especial en el reconocimiento de las sensaciones táctiles, de presión y de movimientos necesarias para darse cuenta de que ya no tenía nada en la mano. Sin embargo, cuando se colocaban las falanges en una posición determinada la reconocía e imprimía a la del lado opuesto igual movimiento.

Es difícil explicar la aestereognosia sin trastornos sensitivos o cuando son muy ligeros. Se ha pensado en la posibilidad de una lesión en los centros de identificación primaria o secundaria, que Campbell localiza en la circunvolución parietal ascendente. Como en el enfermo se trataba de un foco extenso—hematoma—con trastornos circulatorios, la circunvolución parietal ascendente debió participar de las

lesiones. Por último, en la hemiplejia infantil se debe a un defecto de educación la aestereognosia. (Dejerine, Oppenheim, Kattwinkel, Claparede, Chretien, Vouters).

En el cuarto caso no se aprecian trastornos sensitivos. Sólo observamos en la primera exploración ligeras perturbaciones aestereognósicas, acaso debidas a la paresia de la mano, pues reconocía bien los objetos cuando se les colocaba en contacto perfecto con los dedos. Las convulsiones se iniciaban casi siempre por los dedos de la mano, previa sensación de tirantez en el externo-cleido-mastoideo y el deltoides, y en dos ocasiones se limitaron a los músculos de la cara. En una misma noche tuvo dos ataques; uno limitado a la cara y el otro a las extremidades. Algunos ataques se acompañaron de disartria. En ocasiones se advertían ligeros movimientos en los labios y en la comisura derecha. Una vez presenciemos un clonismo pequeño en los dedos y en la mano derecha, que cesó en dos o tres minutos. En este caso el foco debe residir en toda la mitad inferior de la frontal ascendente. Probablemente se trata de una lesión sifilítica, sifiloma o paquimeningitis gomosa. No ha respondido al tratamiento antisifilítico, y el estado de caquexia del enfermo, con 130 pulsaciones al minuto, no da ninguna esperanza.

En contraposición a esos cuatro casos de localización en la circunvolución frontal ascendente exponemos con brevedad la historia de un enfermo que vemos en la actualidad. Se trata de un hombre de unos 57 años, antiguo sifilítico, fumador empedernido, dado a los excesos de comida y bebida, que presentó, en los días consecutivos a una comida abundante, parestesias en el miembro superior derecho, quejándose de una sensación—como falta de brazo.—De repente, estando acostado, dió un grito y se nubló su conciencia. Un compañero que le asistió en seguida, apreció una congestión cerebral y practicó en el acto una sangría, recobrando poco a poco el estado consciente. Nosotros nos encargamos del enfermo a los ocho días. No encontramos ningún síntoma de parálisis ni de paresia en los miembros y en la cara. El enfermo se quejaba de «algo anormal» en el miembro superior derecho y de dolor de cabeza. Tenía un pequeño enrojecimiento de las conjuntivas como reliquia de la congestión sufrida. La sensibilidad se exploró con dificultad a causa de sus trastornos afásicos, que le daban el aspecto de un enfermo mental. No podía expresarse con claridad, pues confundía unas palabras con otras en la frase o no encontraba la palabra adecuada a lo que deseaba decirnos. No podía nombrar los objetos corrientes que le mostrábamos, pero repetía el nombre de ellos después de habérselo oído. Ejecutaba todos los actos que se le ordenaban, cerrar los ojos, sacar la lengua, incorporarse, etc. Presentaba parafasia y paragrafia. Se trata de un foco—probablemente congestivo o hemorrágico—en la parte posterior de la primera circunvolución temporal izquierda. No hubo apraxia. El enfermo ha dado una reacción Was-



Lesiones en las circunvoluciones centrales (DR. WENCESLAO L. ALBO).

sermann positiva y han desaparecido la mayor parte de sus trastornos. Queda una amnesia que ya padecía antes de la congestión.

Los tratamientos dan lugar a veces a epilepsia tardía. La epilepsia jacksoniana puede ser síntoma de un proceso orgánico general (Diabetes). Algunas parálisis postepilépticas adoptan el tipo de la parálisis pseudo-bulbar. Las meningitis tuberculosas localizadas—caso 4.º—las meningitis o meningo-encefalitis sifilíticas y la hemorragia meníngea—caso 3.º—traumática, son causas frecuentes de hemiplejia cortical, precedida de crisis convulsivas.

Citaremos además las causas corrientes de hemiplejia cortical: la embolia consecutiva a endocarditis o ateroma de la aorta o de sus ramas ascendentes, la trombosis por arteritis de la silviana o sus ramas, especialmente de la frontal ascendente que es capaz de producir convulsiones, y los casos excepcionales de hemorragia cortical espontánea (paquimeningitis hemorrágicas en los alcohólicos, hemorragias en los paralíticos generales). Pero las causas enumeradas originan raras veces convulsiones.

En las lesiones corticales de la circunvolución frontal ascendente se han descrito monoplejias disociadas que interesan un grupo muscular solamente; por ejemplo: los interóseos dorsales o palmares, o ambos a la vez. También han sido descritos casos de epilepsia cortical familiar.

Los tumores que comprimen las circunvoluciones frontales horizontales por delante del surco pre-rolándico, se caracterizan por una hemiparesia con envaramiento de los músculos del cuello, y por la ausencia de perturbaciones sensitivas y de ataques convulsivos. El enfermo a que hemos aludido representa un caso típico de esta localización.

Los tumores del polo anterior del lóbulo temporal pueden comprimir y destruir la corteza del opérculo rolándico y ocasionar convulsiones o parálisis de la musculatura facial y disartria. En el lado izquierdo afasia motriz. Si al mismo tiempo hay trastornos del gusto y del olfato, puede sospecharse que el tumor se extiende hacia la cara inferior del lóbulo frontal. El diagnóstico diferencial no será posible mientras no se presenten algunos de los síntomas propios de lesión temporal; sordera del lado opuesto (en el caso 4.º habla hipoacusia izquierda), sordera verbal.

Las lesiones del girus supramarginalis van acompañadas de trastornos sensitivos por su proximidad a la circunvolución parietal ascendente. En el lado izquierdo se manifiestan con apraxia ideo-kinética del miembro superior derecho y dispraxia del izquierdo, con alexia y agrafia. Si el foco es muy posterior aparecen hemianopsia y ceguera verbal.

Los tumores, u otras lesiones de la cara inferior del lóbulo temporal, que interesen los bulbos olfatorios o las cintas olfatorias, se acompañan de hipoosmia o anosmia. Si alcanzan el quiasma aparece hemianopsia bitemporal.

Algunos casos raros de tumores de la fosa posterior, especialmente de la región pontocerebelosa, han ido acompañados de accesos convulsivos. Los síntomas cerebelosos en los primeros, y el hemisíndrome cerebeloso con participación del acústico, facial y trigémino en los segundos, aclararán el diagnóstico. En estos casos las convulsiones acaso sean debidas a la hipertensión intracraneana.

En ocasiones los tumores de la cara inferior de los lóbulos frontales han conducido a crisis convulsivas premonitoras de la muerte.



PRENSA PROFESIONAL

EL SIGLO MÉDICO
N.º 5.292.-Enero 1917

CARTAS MÉDICAS

II.-ANEURISMAS DE LA AORTA

Al Dr. D. Francisco Huertas:

Hustre compañero y amigo: Es indudable que pudiéramos clasificar las enfermedades humanas en dos grandes grupos, a saber: aquellas cuya causa determinante proviene, directamente, del medio exterior, de actuación de la energía ambiente sobre el organismo, y aquellas otras cuya dependencia directa está en el desarrollo anormal de la energía individual e impresión íntima de ésta sobre los órganos que, por destino de la Naturaleza ha de regir, bien que en las primeras intervenga también el medio interno y en las segundas colabore el cósmico. Esta clasificación es tan lógica y exacta, que nadie—ni aun aquellos que se sonreían cuando Letamendi la explicó—puede hoy negarla. Pero, si alguien fuera tan ciego o tan testarudo que la rechazase, por inopia cerebral o por estabilidad berroqueña, bastárale a confesarla la observación de un hecho. Es el siguiente: los maestros en sus cátedras, los escritores en sus libros y los clínicos en sus enfermos, todos cuantos se dedican al cultivo de la Medicina, tienen una especialísima inclinación a ahondar, a escudriñar hasta lo más profundo, cuanto se refiere a etiología de las enfermedades. ¡Como que de ella depende la formación de recto juicio, tanto para el concepto nosológico, cuanto para la racionalidad del tratamiento! Pues, a pesar de ese supremo y general interés por el conocimiento causal, observe usted con qué justeza y precisión de detalle se expone y estudia la etiología de las enfermedades comprendidas en el primer grupo, y con qué facilidad se esfuma ese estudio en las del segundo, para caer, dándose o sin darse cuenta de ello, en los campos de la patogenia y de la anatomía

patológica; formando así una a modo de cadena cerrada en la que, partiendo de un eslabón que se toma por causa, adjudicase al siguiente el calificativo de efecto, causal a su vez del efecto eslabón que le sucede, sin que haya medio hábil de encontrar un principio fundamental de la cadena en cuestión. Traducido esto a *castellano neto*, quiere decir que tal procedimiento no es más que pretender ocultar la ignorancia de una cosa con el conocimiento de otra que, mixtificándose, quiere suplantarse a la primera. Es, sencillamente, una *usurpación de personalidad causal*.

Cabe a usted la honra, Sr. Huertas, de no seguir tan nocivo y antipático proceder, en su brillante conferencia sobre «Aneurismas de la aorta». Con sinceridad de médico consciente y relator leal, pasa usted, como sobre ascuas, por la etiología de la citada enfermedad, declarando noblemente la ignorancia en que estamos respecto a sus causas determinantes, y entra usted en el estudio de su patogenia no sin tener el acierto de exponer las dudas que a nuestra mente sugiere el hecho de que mientras aortitis crónicas ligadas a otras lesiones degenerativas no produzcan el aneurisma, suceda, en cambio, que ligeras infecciones o infecciones asociadas, después de un brote subagudo, originen la mesoarteritis que conduce a la disociación anatómica y dilatación consecutiva de la túnica media.

Fuera muy del caso y agradable para mí—ya que los moldes de una carta permiten libertades y giros vedados convencionalmente para los artículos científicos—seguir conversando un poco sobre este mismo asunto, y recordar a tal propósito los escarceos quiméricos que, en lucha con nuestra ignorancia, solemos hacer cuando queremos puntualizar las causas de otras enfermedades comprendidas en el segundo de los grupos cuya cita me sirvió para comenzar esta carta, y fuera, tal vez, conveniente, generalizando más, ridiculizar la afectada seriedad con que cierta literatura médica quiere revestir inexactitudes para hacerlas pasar como certezas; pero temo cansar a usted con digresiones y separarme yo del objeto de esta carta.

El principal mérito que yo encuentro en sus «Conferencias», y muy acentuado en la de «Aneurismas de la aorta» es el sello personal que llevan. Vamos estando ya cansados de leer artículos y más artículos, en los que el autor, si teoriza, no hace más que copiar las opiniones de Fulano o de Mengano; si deduce, sujeta las deducciones a lo *legislado* por Zutáñez o Perengáñez, y si relata casos prácticos, nos hilvana una historia calcada en el chabacano molde que aprendimos cuando estudiantes, si es que, además, no es *inventada*, como suele suceder. En el trabajo de usted se respira otro ambiente; se ve la observación personal; piensa usted por cuenta propia, y, hasta cuando por razones muy humanas, se deja usted llevar de un optimismo algo exagerado, desecha las pruebas que le aportan otros maestros en favor de su tesis, para no quedarse más que con las suyas, y aun restringe éstas cuanto puede, para no correr el peligro de engañarse a sí mismo. Buena demostración de

lo que digo es el relato de una autopsia que puso de manifiesto las modificaciones experimentadas en un saco aneurismático, desde la obliteración del cuello por masa de tejidos informes y disgregables fácilmente, hasta la consistencia y dureza de las paredes del saco, y desde el estado pseudo-fibroso de éstas, hasta las adherencias estratificadas que llenaban la oquedad, todo ello para terminar diciendo, en frase ingenua, que más parecía una neoplasia que un aneurisma. Esa descripción que muchos calificarán de anatomía patológica gorda, enseña más, mucho más, que detalladas descripciones de anatomía fina, muy útiles, muy necesarias, muy indispensables, para conocer la estructura íntima de la lesión y explicar los trastornos funcionales que acarrea, pero que no sirven para impedir se cometan en la clínica errores de diagnóstico como uno que, siendo estudiante, ví a eminentísimo cirujano, ya fallecido, el cual operó un aneurisma de la carótida primitiva, creyendo ser un sarcoma del cuello.

Injusto sería no decir a usted la fruición con que he saboreado la concisa y clara forma que emplea para describir la sintomatología de los diversos aneurismas de la aorta. Las modalidades del pulso, sus diferencias entre las radiales, la observación de los cambios que se producen por compresión y cesación graduada de la misma en el saco aneurismático, la acertada elección de gráfica como ejemplo de tipo medio, el pulso inverso por dilatación del tronco braquiocefálico, etc..., modelo acabado es de lección que no fácilmente olvidarán quienes le escucharon o le lean, Pero he de confesar que mi mayor complacencia la he tenido al leer, en su trabajo, los síntomas nerviosos a que dan lugar los aneurismas de la aorta. Y como no todo ha de ser plácemes, y, además, usted no peca de vanidoso, ni yo de presumido, tómome la confianza de decirle que hizo usted mal al consentir se siga creyendo que Dieulafoy describió el *tipo recurrente*, cuando esa descripción la hicieron veinte años antes Ward y Krishaber, siendo luego estudiada de modo magistral por el gran Charcot. Dieulafoy no hizo más que proponer el nombre de «tipo recurrente» para todos los aneurismas de la aorta que produjesen trastornos del nervio laríngeo inferior, y en ello no anduvo muy afortunado, porque aparte de que en el organismo hay otros nervios con el mismo nombre, debió pensar que en su proposición tomaba la palabra «recurrente» carácter de adjetivo, y ello podía inducir a error de concepto, por parecer fundadamente que tal cualidad se refiere a *la marcha* de un determinado tipo clínico.

Es verdad que en este punto andan los grandes autores un tanto enemistados con la anatomía para explicarnos la mayor o menor frecuencia de determinados síntomas, y hasta el insigne Boinet nos cuenta, muy serio, que «la parálisis del recurrente se sitúa al lado izquierdo en más de la mitad de los casos», sin acordarse de decirnos que forzosamente tiene que pasar así, por ser distinto el trayecto que si-

guen los dos nervios laríngeos inferiores, por nacer el derecho en la porción cervical y el izquierdo en la torácica del pneumogástrico, por ser más grueso el izquierdo, porque el arco de concavidad superior de éste abraza al cayado aórtico, y porque el izquierdo queda colocado por delante del esófago, en vez de al lado, debido a la desviación que éste tiene hacia la izquierda.

Perdóneme [mi ilustre amigo, esa pequeña censura, que pudiéramos llamar de indumentaria escolástica, y vaya compensada con un aplauso cerrado para el brillantísimo párrafo que dedica usted al hábito exterior de los enfermos en que el aneurisma comprime los grandes troncos venosos, enfermos en los que si aquél va acompañado del síntoma dolor, no solamente puede confundirse con el bocio exoftálmico, como usted oportunísimamente indica, sino también *trichinosis* de alojamiento en los músculos intercostales, cosa que he tenido ocasión de comprobar personalmente.

Y ya, dando un salto por el pronóstico (que al fin y al cabo ha de depender de lo que voy a comentar), encontrámonos con el tratamiento de los aneurismas de la aorta, materia que estudia usted con cariño casi paternal, con dominio absoluto y casi con fe de apóstol. Hay que declarar que tiene usted perfecto derecho a hacerlo así. Quien, como usted, ha obtenido una estadística cuya misma cortedad demuestra su honradez; quien, como usted, ha obtenido éxitos envidiables y evidentes; quien, como usted, ha modificado personalmente la técnica de procedimiento, y quien, como usted, ha sabido prescindir de pueriles vanidades para llegar a dudar de diagnósticos por el solo hecho de maravillosos resultados... tiene, como antes digo, perfecto derecho a convertirse en esforzado paladín del tratamiento de los aneurismas de la aorta por medio de las inyecciones de gelatina. Además, va usted acompañado de la respetable opinión del Dr. Castro, tanto más de estimar cuanto que los cirujanos no suelen ser muy dados a aprobar procedimientos médicos.

En cuanto a mi humilde parecer (que vengo obligado a darle, puesto que estas cartas se escriben por el deseo que usted me manifestó de conocerle, con relación a su hermoso libro), he de decirle que a pesar de ser yo contrario a la utilización de todos los coagulantes en los aneurismas, y mucho más en los del cayado aórtico, desde los de naturaleza química, como la gelatina, hasta los mecánicos, como los muelles de reloj de Baccelli; desde la puntura, acupuntura y caloripuntura, hasta la abominable malaxación de Fergusson, y desde la galvanopuntura de Cincelli hasta la acción de los refrigerantes...; a pesar, digo, de esta opinión contraria, fundamentada en los gravísimos peligros de irritación del saco y producción de embolias, y en que no soy muy dado a aceptar tratamientos que, por defectos de clara explicación racional, rayan en los límites del empirismo, declaro noblemente que es tal la fuerza su-

gestiva que supo usted poner en defensa de las inyecciones de gelatina, que, si bien no llegó a prosélito, tampoco sigo siendo descreído, aun cuando me diera motivos para ello la historia, que usted copia íntegramente, de la enferma del Dr. Hernández Briz, historia incolora y muy deficiente para con ella fundamentar un diagnóstico y estudiar los resultados de un tratamiento.

Sin embargo, habremos de declarar que, hoy por hoy, todos aun cuando ensayemos otros procedimientos, nos agarramos al ioduro potásico como tabla, si no de salvación, por lo menos de retraso del naufragio, y aprovechamos de él tanto su acción hipotensora, como sus efectos modificadores en las paredes del vaso.

Pocas ilusiones podemos abrigar tampoco de los procedimientos quirúrgicos, sobre todo en los aneurismas del cayado, pues si bien se ha realizado algunas veces con éxito, la doble ligadura simultánea de la carótida y subclavia derechas (que, como es natural, no puede aplicarse más que en los casos en que el aneurisma esté implantado en la porción ascendente del cayado, antes del nacimiento del tronco braquiocefálico), la estadística recogida por Winslow no es para fundar serias esperanzas.

No me sucede lo mismo con el método de Abraams, que usted cita con oportunidad y describe a maravilla. Provocar el reflejo aórtico de contracción, percutiendo la localización medular a nivel de la apófisis espinosa de la prominente, entra ya en el terreno de lo racional, y aun cuando la estadística de Abraams parezca exagerada o totalmente falsa, y aunque el procedimiento que emplea para provocar el reflejo sea rudimentario, la racionalidad del medio hace confiar en que un futuro perfeccionamiento nos llevará a felices resultados.

Y ya en el terreno de las ilusiones con lógica base, no quiero quedarme sin decirle que, tal vez, en la acción de las secreciones interna glandulares, esté la clave del tratamiento de los aneurismas. Piense usted en la misión de mantener el tono de las fibras musculares lisas, que tiene el lóbulo anterior de la glándula pituitaria; piense usted en la acción vasoconstrictora de la substancia cortical de las cápsulas suprarrenales, si llegara a evitarse o contrarrestarse su influencia sobre el gran simpático; piense usted en que aun no conocemos las funciones que presiden algunas glándulas, como la pineal, y la coxígea; recuerde las sorpresas tenidas al descubrirse las del timo y cuerpo tiroides, y verá usted no ser muy descabellada la esperanza que en estos estudios se pueda poner. De ello podrían decirnos mucho nuestros ilustres Cardenal y Marañón, que con tanto amor científico y honra para nuestra patria, investigan estas funciones que tan oscuras todavía son.

Termino esta carta, insigne amigo, diciéndole que, si hermosísima me pareció

su conferencia sobre aortitis, aún creo superior la de aneurismas de la aorta, tanto en sus preciosos detalles, como en su sólido conjunto; igual en su robustez científica, que en la galanura de su ropaje.

Y crea usted que figura en la primera fila de sus admiradores, su modesto compañero y orgulloso amigo,

F. GONZÁLEZ AGUILAR.

Madrid, Noviembre, 1916.



La química del sarampión y la escarlatina

Por el DR. VELÁZQUEZ DE CASTRO

Catedrático de Terapéutica en la Universidad de Granada

«El sarampión, dice un clínico francés, es una fiebre eruptiva de agente indeterminado, infecciosa, endémica o epidémica y contagiosa, caracterizada por catarro de las mucosas y un exantema eritematoso maculoso de la piel». *Pat. Int., por Balthazard.*

«La participación preferente de la cara en el exantema, de aspecto maculopapuloso, los síntomas catarrales y la escasa rubicundez de las amígdalas son los síntomas propios del sarampión», dice un clínico alemán, el Prof. J. Von-Mering.

«La escarlatina—afirma el clínico francés—es una fiebre eruptiva, infecciosa, contagiosa, endémica y epidémica de agente patógeno todavía indeterminado, caracterizada esencialmente desde el punto de vista clínico por fiebre, angina más o menos intensa y exantema eritematoso seguido de descamación.

«La determinación diagnóstica de la escarlatina—afirma, a su vez, el citado profesor alemán—se funda en la erupción característica, seguida de descamación y en el proceso flogístico de las amígdalas».

Sintetizaré lo expuesto diciendo que en el estado actual de la ciencia las citadas enfermedades son fiebres con erupción, acompañadas de catarro óculonasal y laringobronquial en los casos de sarampión y de anginas en los casos de escarlatina.

Respecto a lo que hasta ahora se sabe de los agentes productores de ambas enfermedades, véase lo que dice en su famosa obra de *Medicina Interna*, el citado Prof. V. Mering:

«Se desconocen todavía los gérmenes patógenos de estas infecciones, y los descubrimientos que a este respecto pretenden presentar como positivos, exigen mucha confirmación. Sólo puede anticiparse, con la mayor verosimilitud, que los microorganismos productores de estas enfermedades no pertenecen a la clase de las bacterias».

Como voy a señalar en este trabajo nuevos derroteros a la Patología médica, nuevas orientaciones a la Medicina interna, he querido comenzar exponiendo el concepto, coincidente, que a la ciencia francesa y a la ciencia alemana les merecen el sarampión y la escarlatina.

La ciencia médica, desde que en 1863 fué descubierta por Davaine la bacteridia causante del carbunco, busca incesante unos microbios productores de esas dos calenturas eruptivas.

Los bacilos *descubiertos* como causas del sarampión por los doctores Coze y Felt primero, después por Canon y más tarde por Piellicke, así como el micrococo presentado por Lasage, ninguno ha sido aceptado en Patología.

El *monas scarlatinosum* de Klebs, los micrococos de Pinkus, el coco de Klamann, otro hallado por Klein, y el *bacillus scarlatinae* de Jamieson y Edigton, tampoco han logrado convencer a los médicos de que cualquiera de ellos sea la causa productora de la escarlatina.

Resulta, pues, que los microbios productores de esas dos vulgares y bien conocidas calenturas, hasta ahora no han sido descubiertos, pero puedo decir: *Ni se descubrirán.*

No se descubrirán, como voy a demostrarlo, con hechos aceptados hoy universalmente por los hombres de ciencia.

El sarampión sin complicaciones es un leve arsenicismo de origen alimenticio.

La escarlatina sin complicaciones es un leve yodismo de origen alimenticio.

El Prof. Gautier ha demostrado que el arsénico existe constantemente, no sólo en la glándula tiroides, sino que en más débiles proporciones en el timo, en la glándula mamaria, en la piel y en sus anejos. Ha calculado que cada tiroides humana contiene próximamente 15 centésimas de milígramo de arsénico. También ha encontrado constantemente el arsénico en la sangre catamenial.

Por otra parte, sabido es que todos los vegetales y animales comestibles marinos y de agua dulce contienen yodo. Por eso contienen yodo la sangre y casi todos los humores y órganos del hombre. El cuerpo tiroides es el que lo contiene en más cantidad y está demostrado que sin su yodotirina no podría funcionar. El tiroides del recién nacido ya contiene cantidades ponderables de yodo.

Al yodo y al arsénico se les tiene hoy como elementos biogenéticos, es decir, como elementos necesarios para la vida. Continuamente entran en nuestro organismo, con los alimentos y las bebidas, pequeñísimas cantidades de uno y otro cuerpo, del yodo un poco mayores, que reparan en la economía las pérdidas experimentadas por la eliminación de los mismos.

Se eliminan, principalmente, por los riñones, que constituyen el más amplio

excretorio del organismo, pero el arsénico se elimina además por la exfoliación epidérmica, y por el cabello y las uñas. El yodo es casi seguro que además de por la orina, se elimina volatilizado por la mucosa de las fauces, principalmente por la que reviste las amígdalas.

Con estos datos de la ciencia moderna investigaremos los agentes desconocidos hasta ahora del sarampión y de la escarlatina; desconocidos a pesar de los grandes adelantos de la microbiología y del empleo del microscopio.

Es sabido en Terapéutica, es sabido en Toxicología, que la ingestión repetida de dosis pequeña de sencillos arsenicales para los que no reaccione el aparato digestivo, determinan insuficiencia renal primero, ligera nefritis después, acompañada de un cuadro clínico que puede reproducir los de todas las formas del sarampión.

Lo mismo se sabe hoy respecto al yodo. Dosis repetidas de yódicos que no produzcan siquiera diarrea, lesionan algo el aparato renal y determinan un estado patológico que puede imitar perfectamente todas las formas clínicas de la escarlatina con todas sus terribles complicaciones.

Queda demostrado que el sarampión sin complicaciones es un leve arsenicismo de origen alimenticio, y que la escarlatina sin complicaciones es un leve yodismo de origen también alimenticio.

Ya escucho dos grandes objeciones en contra de esta génesis, no microbianas, del sarampión y la escarlatina.

Primera objeción.—¿Cómo explicar con ellas la inmunidad que resulta en casi todos los casos después de un ataque de sarampión o escarlatina?

Ante todo debo decir que para explicar la inmunidad en las enfermedades cuyo microbio se conoce no hay más que hipótesis, no hay verdades de ciencia positiva. Además añadiré que para los sencillos agentes químicos también se produce inmunidad. Si dos gotas de nitrito de amilo hacen cesar un ataque de angina de pecho, a las pocas veces de repetir lo mismo ya se necesitan veinte gotas; si un centígramo de morfina quita un dolor, es casi seguro que a los diez días de repetirse ya hagan falta cinco centigramos para conseguir el mismo efecto. Podría multiplicar mucho los ejemplos.

Segunda objeción.—¿Cómo explicarse con la nueva patogenia del sarampión y la escarlatina el carácter endémico y hasta epidémico de esas enfermedades?

El carácter endémico y hasta epidémico de ellas se explica porque los niños que sucesivamente van enfermando en una casa o en una calle hayan ingerido alimentos procedentes de la misma tienda o del mismo mercado. Por ejemplo: legumbres, hortalizas, semillas, frutas etc., procedentes de terrenos más arsenicales, más yódicos o que por cualquier causa hayan sido regados con aguas que accidentalmente lleven esos elementos en más cantidad que de ordinario.

Y en cuanto al contagio del sarampión y de la escarlatina, respirando el polvillo de la descamación epidérmica se explica, sin recurrir a los microbios, teniendo en cuenta que todo enantema y todo exantema, que toda erupción, en una palabra, representa siempre una eliminación de toxinas que en el caso del sarampión son compuestos orgánicos de arsénico, y en el caso de la escarlatina son compuestos orgánicos de yodo.

¿Cuál es la terapéutica de sarampionosos y escarlatinosos?

Pues el agua de Vichy templada a pasto para favorecer la diuresis y la salida del arsénico en un caso, y del yodo en otro, arrastrados por el catión sodio.

De dicho tratamiento he comprobado su eficacia en buen número de casos.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

SESIÓN LITERARIA DEL 1.º DE FEBRERO DE 1917

Abierta la sesión a las once de la mañana por el Sr. Presidente Dr. Medina, y con la asistencia de una gran parte de señores Académicos de número y corresponsales se le concede la palabra al Sr. Secretario Dr. Albaladejo quien da lectura al acta de la sesión anterior, que es aprobada por unanimidad. Por el mismo Sr. Secretario se da cuenta de lo recibido para la Corporación y se pasa a ocupar de las enfermedades reinantes los doctores Piquer y Sánchez García: dice el primero que en su enfermería ocupa un lugar preferente la grippe, y que aun cuando sus casos fueron seguidos de curación no dejaron por esto de presentarse con caracteres bastantes alarmantes que en algunos puso la vida en peligro.

También el Dr. Sánchez García hace las mismas afirmaciones que el Dr. Piquer observando por su parte las complicaciones del sistema nervioso presentados en algunos y la rebeldía de la fiebre en otros: Lo mismo dice el Dr. Albaladejo describiéndonos un caso gravísimo de neumonía grippal que asistió en compañía nuestra, (se refiere a nuestro compañero Dr. Martínez Ladrón de Guevara) y cuyo éxito atribuye al empleo en dosis grandes del suero antidiftérico.

SESIÓN DEL DÍA 1.º DE MARZO DE 1917

Apruébase el acta de la anterior, dándose cuenta por el Sr. Secretario de haberse recibido el informe que, la comisión nombrada al efecto, hace del trabajo que tiene presentado para su ingreso como Académico de número el farmacéutico doctor Gelabert Aroca; leído que fué dicho informe y mereciendo la aprobación por parte del Sr. Presidente, se nombró al Dr. Piquer como Académico encargado de la contestación.

Brevemente se ocupan los señores Académicos de las enfermedades existentes, que por no tener interés alguno dejamos de reseñar y se levantó la sesión.

Sociedad Española de Especialistas de Pecho

SESIÓN DEL DÍA 14 DE NOVIEMBRE DE 1916

Hemofilia y tuberculosis

DR. NAVARRO.—No conoce con juicio exacto lo que es la hemofilia, pero cree que esto mismo ocurre en general a todos los médicos. Admite la existencia de la hemofilia como especie morbosa pero estimando que se presentan con mucha más frecuencia los llamados estados hemofílicos relacionados con la insuficiencia hepática, renal, tiroidea, etc. Los casos presentados por el Dr. Triviño son enfermos con estados hemofílicos por sus antecedentes y curso de la enfermedad. Refiere un caso por él observado, en el que se trataba de una enferma tuberculosa con frecuentes hemoptisis y entre sus antecedentes familiares un hermano muerto de una epistaxis. Sospechó se trataba de una hemofílica con infección tuberculosa. En el tratamiento de la hemoptisis aboga por los medicamentos que favorecen la coagulabilidad de la sangre y proscribire los vaso-dilatadores.

DR. FOURNIER.—No cree hemofílicos los enfermos del Dr. Triviño pues siendo la hemofilia enfermedad eminentemente hereditaria él no ve entre los antecedentes familiares de estos enfermos, que se hubiera padecido la hemofilia. El mayor número de defunciones por hemofilia (60 %) ocurre antes de los 3 años. Recuerda dos casos de muerte por hemoptisis en un sífilítico y en un alcohólico e invita al Sr. Triviño a que investigue estos antecedentes en sus dos enfermos historiados.

DR. GARCÍA TRIVIÑO.—Agradece mucho la intervención hecha en este debate por el Dr. Espina que ha servido como siempre de lección a los que a la Academia vienen a traer los primeros trabajos de su reducida experiencia. No afirma que sus enfermos fueran hemofílicos, pero sí con estados hemofílicos como lo prueba entre los muchos datos ya aportados, el relativo al aumento de los mononucleares y el retardo de la coagulabilidad en la sangre de estos enfermos. En esta Academia creo debemos preocuparnos no sólo de lo concerniente en los aparatos respiratorio y circulatorio, sino en este último ampliar los conocimientos en lo relativo a un exacto estudio de la sangre. El que la hemofilia sea poco frecuente en España no excluye el que pueda padecerse y él haya tenido ocasión de conocer los dos casos relatados. Con respecto al tratamiento de la hemoptisis aboga por el empleo del cloruro de calcio, la emetina, el suero de caballo, a más del reposo absoluto.

A continuación el Dr. Espina habló de un caso que tiene en estudio y que le cree muy interesante por confirmar las opiniones de los endocrinólogos, estableciendo las relaciones existentes entre las glándulas de secreción interna y el gran simpático. Refiere el caso de un muchacho de 17 años que presenta como única manifestación morbosa una tos pertinaz a la que no encuentra causa luego de un minucioso reconocimiento. Haciendo desnudar al enfermo pudo apreciar una manifiesta falta de desarrollo de los órganos genitales e investigando dedujo pudiera existir relación entre la tos que aqueja al enfermo y la insuficiencia testicular. Instituyó el tratamiento opoterápico y de sus resultados promete dar cuenta a la Academia.

El Dr. Cano da a conocer un caso parecido al expuesto por el Dr. Espina y que tuvo ocasión de conocer incidentalmente.



Sociedad Oftalmológica de Madrid

SESION DEL DIA 18 DE ENERO DE 1917

Algunas consideraciones acerca de un caso de membrana pupilar persistente.

Dr. SORIA—A. B. de 37 años, casado, natural de Haro (Logroño) telegrafista. Los antecedentes familiares, en lo que a antepasados se refieren carecen de interés. Tiene dos hermanos y dos hijos que están afectos de buftalmia congénita. Acude a la consulta, quejándose de que con gran frecuencia y al cabo de algún tiempo de trabajo visual, sufre dolores oculares y lagrimeos, a la vez que los ojos se le inyectan.

Por inspección se aprecia aumento de volumen de ambos ojos, atestiguado por la medición de la córnea cuyo diámetro vertical es de 12 milímetros y 13 milímetros el horizontal; córnea abombada y perfectamente lisa.

Cámara anterior profunda. Pupila circular deslizada hacia el lado súpero interno, hasta el punto de que el iris en este sitio mide dos milímetros menos de anchura que en el opuesto.

A la luz oblicua, se encuentran íntegros los reflejos pupilares.

En el ojo derecho se puede observar por este procedimiento, un punto blanquecino en la cristaloide anterior al que van a parar varios filamentos cuyas formas y disposición no pueden precisarse. Instilando atropina y con lupa, se pudo apreciar que de la cara anterior del iris y próximamente de su parte media, arrancan tres filamentos; dos de ellos que van paralelos a tomar inserción en el punto del cristalino antes mencionado, situados en la parte súpero externa y el tercero que surca la cámara anterior y parte del iris en su parte súpero interna, de forma triangular, cuya base corresponde al iris y el vértice al cristalino.

La esquiascopia, proporciona sombras directas con espejo plano.

Fondo de ojo normal. Campo visual normal en ambos ojos. Oftalmometría:

O I $-15+105 = 1,50$ Diop.

O D $-15+105 = 3$ Diop.

Agudeza visual es la siguiente:

O I $V=1/2$

O D $V=1/2$ medida con la escala de Wecker.

Lo interesante y a la par curioso del caso, es que este enfermo con el agujero estenopeico, ve los filamentos que presenta en su ojo derecho y habiéndole rogado que me dibujara un esquema de lo que observaba obtuvo un croquis que representa fielmente la anomalía descrita pero invertida.

Buscando interpretación a este fenómeno, he realizado un sinnúmero de experiencias, de las que voy a dar cuenta y que si en el día de hoy, no tienen finalidad práctica, quizás por deficiencias materiales, es posible que algún día sean objeto de un trabajo completo que someteré a vuestra consideración. Es sabido que artificialmente puede hacerse un ojo emétrope, hipermétrope o miope, bastando para ello, colocar delante de él, una lente divergente o convergente respectivamente, para obtener tal resultado.

Pues bien, utilizando mi ojo derecho, ligeramente hipermétrope y colocando delante una lente divergente, que una de sus caras, lleva dibujados dos puntos, azul el uno y rojo el otro, conocida su colocación recíproca y delante un agujero estenopeico, he logrado ver los puntos invertidos, es decir que si el rojo era superior se ve inferior y viceversa. Este resultado se obtiene siempre, cualquiera que sea el poder dióptrico de la lente y la distancia a que se coloca el agujero. Si en vez de una lente divergente coloco delante del ojo una convergente con dos puntos iguales a los citados, el resultado obtenido es contrario al anterior, es decir, que los puntos se ven tal como están dispuestos. Por razón de la hipermetropía que tengo en mi ojo derecho los resultados que he obtenido operando con lentes convergentes de escaso poder dióptrico, ignoro si serán exactos; yo necesito una lente de 4 dioptrías como mínimo para conseguir el efecto señalado. Teóricamente entiendo, que entre los dos extremos opuestos, de imagen derecha e imagen invertida debe haber un verdadero punto neutro, en el que no se vea ni directa ni inversa y ha de ser el miope de una dioptría, colocando el agujero a un metro de distancia; el de dos, si se coloca a 50 centímetros y así sucesivamente.

De este curiosísimo fenómeno, cuya observación me ha deparado la casualidad y de las experiencias que yo he efectuado y que mis oyentes van a repetir, creo señores, puede hacerse un nuevo procedimiento sujeto-objetivo para el diagnóstico de las afecciones de refracción, así como (al menos teóricamente) su corrección. Ignoro la exactitud del tal procedimiento y espero poder construir un aparato en debidas condiciones, con el que los resultados sean más exactos.



Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña

SESIÓN DEL DÍA 5 DE ABRIL DE 1916

Tratamiento de la esclerosis múltiple. Raquicentesis.

DR. CLOTET.—El objeto de la comunicación era presentar el caso de un sujeto afecto de esclerosis múltiple, en placas medular, bulbar, cerebelosa y cerebral con una gran riqueza de síntomas y acentuación de los mismos; incoordinación extensa y total de las cuatro extremidades, trastornos de la palabra y déficit mental; continuo temblor de la cabeza con movimientos rotativos y de lateralidad. Especialmente este último trastorno fué intenso y favorablemente influenciado por la punción lumbar. Este hecho es desconocido y no hay referencia alguna del mismo en todo lo publicado referente a la esclerosis múltiple, atribuyéndosele antes bien una agravación sintomática.

Dicho enfermo sin antecedentes patológicos, hacía 6 años que había sufrido la iniciación de su enfermedad con vista fija a la derecha y nistagmus, mancha cerebelosa, 3 o 4 meses más tarde ligera astasia y abasia que cedieron a los 12 días, siguiendo con temblor continuo de la mano al que se asoció el de la cabeza. Sin lesiones oculares.

A los dos años de empezada su afección tuvo que abandonar el trabajo por dicho temblor y por la paresia de sus extremidades. Un día, caída súbita a la derecha sin pérdida de conciencia.

En lo sucesivo establecióse una intensificación de los síntomas con mancha pareto-atáxica que le obligó a guardar cama.

Actualmente el cambio de decúbito originaba un temblor intensísimo con incoordinación y generalizado a todo el cuerpo.

Acentuada dismetría en las cuatro extremidades con mayor intensidad a la derecha. Reflejos tendinosos y patalares exaltados.

Esfínteres íntegros. Aspecto de semi-imbecilidad.

Tratamiento: En 26 de Febrero, raquicentesis de 10 cm.³ de líquido céfalo-raquídeo, con escasos linfocitos pequeños; el líquido transparente sale gota a gota. A las 4 horas disminución de los movimientos de la cabeza y de todo el cuerpo, a la mañana siguiente menor incoordinación. Dos baños diarios a 36°C.; gotas tónicas

(tint. quina, ipecacuana, nuez vómica y ergotina); bromuro potásico, hidrato de cloral y jarabe de meconio. Régimen y tratamiento contra la hipopepsia.

En 28 de Febrero ha seguido la mejora de los síntomas con *abolición* total de los movimientos de la cabeza.

10 de Marzo: Hasta este día ha seguido la mejora y el mismo tratamiento al que se había añadido la adrenalina contra la hipotensión.

Segunda punción lumbar de 5 cm.³ de líquido céfalo-raquídeo.

17 de Marzo: Continúa la mejoría pero presenta paresia de las extremidades abdominales y más exaltación de los reflejos rotulianos, por lo que se suspende la adrenalina, desapareciendo aquellos trastornos a los tres días.

7 de Marzo: Tercera raquicentesis de 8 cm.³

3 de Abril: Favorecida por la broncoplegia y paresia de los vasos bronquiales existente ya de antiguo se presenta una neumonía a consecuencia de la que fallece el enfermo al día siguiente.

El temblor había desaparecido del todo en la cabeza; la dismetria también.

Patogenicamente en ausencia de todo lo que pudiera hacer pensar en la sífilis este caso debe hacerse tributario de procesos vasculares como iniciadores de trastornos inflamatorios seguidos de esclerosis neuróglas. Los trastornos vasculares a su vez quizás obedecían a las preocupaciones que sentía el enfermo por el trabajo o la intoxicación de la purpurina que manejaba en su oficio de encuadernador.

La asinergia muscular y la adiadococinestesia obedecían a la lesión cerebelosa así como los trastornos de la coordinación de este caso y particularizando más en el pedúnculo cerebeloso superior derecho y núcleo rojo de la calota izquierdo.

El temblor intensional era consecuencia de la lesión de la vía piramidal desde la protuberancia hacia abajo.

El Dr. Balcells hizo algunas consideraciones sobre las causas de la hipertensión del líquido céfalo-raquídeo que puede obedecer en ocasiones no al aumento en su cantidad sino a la reducción de la capacidad de la cavidad meníngea.

Teratoma en el cavum de un niño de dos meses.

DR. BOSCH UCELAY.—Las interrupciones en la secreción de la leche, algún llanto cierto ronquido gutural con dificultad respiratoria que se acentuaba durante la noche interrumpiéndose repetidas veces el sueño y acarreado una considerable desnutrición, pusieron sobre aviso de la afección anunciada.

Previamente diagnosticado de absceso retrofaríngeo por otro especialista y con facies que corroboraba tal diagnóstico se dispuso la preparación necesaria para dilatar sin demora tan peligroso estorbo. Pero el reconocimiento previo del cavum per-

permitió reconocer una masa ovoidea de superficie lisa cuyo polo superior se perdía detrás del paladar y el inferior se escondía bajo la base de la lengua. Color rosa amarillento pálido, consistencia algo resistente; desplazable excepto verticalmente hacia abajo.

La punción de la masa tumoral permitió que saliera sangre en abundancia. La ablación del tumor se hizo con el asa gálvano-cáustica.

Libre del mismo el niño respiró ya con amplitud y lloró con deleite adhiriéndose inmediatamente al pezón. Sucedió luego un perfecto estado general y un aumento considerable de peso.

Extirpado el tumor aprecióse su forma ovoidea y su tamaño de dos centímetros y medio por uno y medio en sus dos diámetros. La sección del pedículo medía 7 milímetros. La superficie presentaba los caracteres del epidermis normal joven sembrado de vello con algunos cortos pelos.

El análisis histológico permitió apreciar la presencia de tejido dermo-epidérmico muscular estriado, adiposo, conjuntivo y embrionario en capas consecutivas.

El Dr. Vidal, de conformidad con el ponente creyó que el rápido crecimiento del tumor obedecía a su rica vascularización.

El Dr. Clotet dió una explicación embriológica atribuyéndolo a una evaginación de la somato-pleura, con mayor motivo ya que la región está predispuesta a ello.



GALERÍA DE CARICATURAS



DR. ANTONIO GUILLAMÓN

Director-Fundador de MURCIA MÉDICA

PRODUCTOS
LLOPIS
HISTÓGENO
PIPERAZINA
OXINA . . .
FERRINA



SECCIÓN VARIA

Fundación Santa Cándida

II

INSISTIMOS

Esperábamos que el órgano de la Fundación contestara nuestras objeciones y rebatiera nuestros argumentos demostrativos de lo ilícito del cuarto de los recursos para allegar fondos a la benéfica obra. Y nada se ha refutado que nosotros sepamos.

El número 98 del suplemento de *Los Progresos* publicado ocho días después de la aparición del de Febrero de MURCIA MÉDICA se dedica casi por completo a contestar al *Siglo Médico* triquiñuelas y dimes y diretes, pero sin demostrar la legitimidad de los medios para conseguir el laudable fin. Todo un suplemento invertido en replicar pequeñas cuestiones, pero sin aclarar la causa de las mismas.

La génesis de la cuestión, *el punto a discutir* que ha motivado reuniones de la Asociación de la Prensa Médica; que ha provocado dimisiones; que ha determinado renunciadas al Patronato y suscitado campañas en la prensa política y hasta una denuncia en el Congreso de los Diputados, es que *el procedimiento único con el cual pretenden los organizadores de la Fundación obtener recursos importantes, EL TANTO POR CIENTO DE LOS ESPECÍFICOS RECETADOS POR LOS ADHERIDOS*, es reprobable.

Pero parece ser que interesan más las cuestiones anejas que la principal, hasta el punto que *para contestar con oportunidad al Siglo Médico* retrasan *Los Progresos* la publicación de su suplemento a los miércoles cuando venían haciéndola los domingos. Mas después de este anuncio de variación de fecha no se ha publicado el correspondiente al día 14 de Marzo (al menos, nosotros y algunos amigos nuestros, suscriptores de *Los Progresos*, no lo hemos recibido—18 Marzo).

¿Qué ha ocurrido? Acaso las dificultades surgidas; los escollos con que se tro-

pieza; la constitución del Patronato o la Dirección de *Los Progresos* sean asuntos que entretienen y preocupan. Y, a propósito de la Dirección de *Los Progresos*. ¿Cómo explicar la dimisión de sus prestigiosos Directores? Aunque ellos la fundamenten públicamente en la falta de tiempo para dedicarse con la intensidad que reclama su cargo, la Redacción se encarga de decirnoslo unas líneas más arriba de donde se inserta la carta de despedida.

«Los Doctores Simonena y Jiménez, profundamente disgustados por la torcida interpretación que se daba a lo que ellos habían efectuado con el más absoluto desinterés y el mejor deseo, nos dirigieron la siguiente carta». De todo lo cual se deduce que dichos señores dejan la Dirección de *Los Progresos* por las contrariedades habidas en la constitución del Patronato de Santa Cándida y sin duda «por no atreverse a cargar con los pañales ensuciados con la pública murmuración», como dice un estimado colega refiriéndose a cierta reunión de periodistas médicos para tratar de la Fundación.

Nosotros creemos francamente que a los señores Simonena y Jiménez sólo les ha guiado el mejor deseo y el más absoluto desinterés, como lo confirma la renuncia de sus cargos. Pero, ¿es que a los restantes elementos que integran *Los Progresos* y a quienes desde luego guiará también el mejor deseo, no han podido hacer causa común con sus Directores? ¿Acaso con el anhelo de sus generosos impulsos no han visto y oído cómo se califican de reprobables los medios, aunque laudables los fines de la Fundación? No decimos que se tratase de llevar a cabo una empresa amoral, conscientemente, pero el que inocentemente peca..... inocentemente se condena.

Y volviendo al retraso del suplemento.

¿Se están acaso reformando los estatutos y se espera a ello para proseguir su publicación el órgano de Santa Cándida?

¿Tan débiles eran los cimientos de la famosa Fundación que a las objeciones de unos y dimisiones de otros, a las protestas de aquestos y a las denuncias de estos, ha sido necesario estudiar la reforma acaso del punto más capital de su organización? Y si se trata del punto más importante, de la base de la empresa, ¿no se presiente íntimamente que todo quedará igual en su estructura aunque se transforme su ropaje?—Acaso se nos diga que vamos demasiado lejos con nuestros prejuicios; pero si prejuzgamos, no hacemos sino imitar a los organizadores de la Fundación, cuando concebida la idea trataron de llevarla a la práctica. El hecho de publicar los *procedimientos* para realizar el fin benéfico después de pedir y obtener las adhesiones, ¿no revela el prejuicio de que, sin duda alguna, dando a conocer con anterioridad aquellos, no se hubieran recibido éstas?

Preciso será para que el proyecto reformado sea del agrado de la opinión, que

cambie su esencia en cuanto a organización se refiere, no a sus fines, depurando sus defectos en el crisol de la más severa e imparcial crítica.

Mientras tanto no se dan a conocer los nuevos estatutos, permítasenos insistir en nuestros argumentos.

Es inmoral prescribir un producto, aunque sea bueno (mucho más si no lo es) por el hecho de percibir una comisión o corretaje en justa reciprocidad. La codicia de la recompensa hará olvidar la bondad y la acertada indicación del producto.

A pesar de todo, sabemos que no todos opinarán como nosotros. Los tiempos que corremos son tales que la lucha por la existencia se hace cada vez más encarnizada; ello explica sean tantos los que aceptan pesetas a cambio de recetar tal o cual preparado; para dichos compañeros, los términos en que está concebida la Fundación no han de parecer inmorales.

Veán los nuevos organizadores de sanear esos estatutos y ya en ese punto estudien la parte administrativa a la que algún colega ha puesto sus reparos refiriéndose al 10 % para gastos de administración, por no hacerse pública su inversión.

A esta parte administrativa también hemos de oponer los nuestros. Y nos referimos a la justificación del tanto por ciento de comisión. ¿Cómo justificar ésta con arreglo a los frascos vendidos? Será preciso una intervención fiscalizadora en los libros de los productores adheridos; ¡y estas misiones son tan difíciles de cumplir a satisfacción de todos!

Es preciso contar con la opinión médica. No así como así se crea un Patronato y se confieren representaciones dentro del mismo sin estar autorizados por los representados. ¿Cuando las Academias, los Colegios, los 6.000 farmacéuticos y los 200 o 300 fabricantes se han reunido para nombrar a quien había de representarles en la Fundación y aun más, si querían estar representados?

Es también preciso no olvidar la opinión popular traducida actualmente en las recientes campañas hechas en *El Correo Español* y en el *Heraldo*.

El público no es extraño a estas cuestiones que indirectamente le afectan y llegará a conocer, debido a la publicidad, cuales son los productos adheridos; y esto supuesto ¿no es lógico pensar que la dignidad del médico quedará en entredicho ante el cliente cuando éste sepa que la prescripción deja un tanto por ciento al galeno? Es para no aceptar la fórmula por sí acaso predominó el anhelo del corretaje a la verdadera indicación.

El proyecto en la forma que está concebido no es viable, según nuestra opinión expuesta en el número anterior; y como prensa nos creemos obligados a manifestarlo así. Además; en nuestro buen deseo de depurarlo y para robustecer el criterio que sustentamos con el ajeno de más autoridad que el nuestro, hemos abierto un plebiscito para conocer opiniones de valía por sus talentos y por sus cargos.

Hemos recibido muchísimas adhesiones de la Prensa Médica, Colegios Médicos y distinguidas personalidades.

De entre las cartas recibidas y por la índole de los firmantes, Decanos de las Facultades de Medicina y Farmacia de la Universidad Central y Patronos natos de la Fundación, damos preferencia a las dos siguientes que ya iremos publicando las demás.

«Señores Directores de MURCIA MÉDICA.—Muy señores míos: contesto su carta circular, manifestándoles que en cuestiones de propaganda farmacéutica y de colaboración médica a ella con tanto o sin tanto por ciento, estoy tan en desacuerdo con los procedimientos actuales incluso los anuncios en periódicos médicos que no quiero ocuparme del giro que se da a la Fundación Santa Cándida. Con honradez todo es bueno; sin ella puede hasta falsificarse la virtud.

»Sin más, vean en qué otra cosa puede complacerles su aftmo. amigo q. s. m. e.,
S. Recasens».

«Señores Directores de MURCIA MÉDICA.—Muy señores míos: Como quiera que yo no he aceptado el cargo de Patrono de la «Fundación Santa Cándida» porque mi condición de Decano de esta Facultad no me permite patrocinar lo que la clase farmacéutica, casi unánime, rechaza, y porque mi personal opinión es opuesta al procedimiento casi único por el cual aquella pudiera obtener recursos de importancia, no creo conveniente entrar en más detalles y hacer públicamente una crítica de los defectos que en mi concepto, ofrece la organización de aquella Fundación.

»Es de Vds. a. y s. s. q. b. s. m., *Blas Lázaro e Ibiza*.»

* * *

Comenzada ya la tirada del presente artículo, recibimos (19 de Marzo) el número 99 del suplemento de *Los Progresos* correspondiente al día 14 y la lectura del mismo nos obliga a la exposición de ciertos hechos seguida de algunos comentarios.

HECHOS Y COMENTARIOS

a) Ha quedado constituido definitivamente el Patronato de la Fundación.—Es sabido que tras serias dificultades ocasionadas por que

b) Los elementos integrantes no son todos los que figuraban en los estatutos de la escritura. Son muchos menos los que aceptaron los cargos.

c) Los restantes, los que no figuran y habían sido anunciados sus nombres (Doctores Fernández Prida, Cortezo, Bayot, Lázaro, Grinda, Tapia y Rodríguez Carracido) dejan de serlo entre otras razones por su disconformidad con los medios para allegar recursos (véase la carta arriba inserta del Decano de la Facultad de Farmacia

Dr. Lázaro).—Los hechos *b)* y *c)* justifican las dificultades habidas para la constitución del Patronato, hecho *a)*, y prueba que la misma sufrida en los elementos constitutivos obedece a que muchos de ellos opinan no ser lícitos los procedimientos. Aunque la Junta del Patronato la formen elementos de indiscutible valía, no hay que olvidar son también de autoridad los que no aceptaron y por tanto es preciso no hacer caso omiso de sus reparos y no seguir impasiblemente la ruta preconcebida como si las razones aducidas fueran despreciables. Al fin y al cabo, algo tendrá el agua cuando la bendicen.

d) Figura actualmente como nuevo Presidente del Patronato, el Dr. Recasens Decano de la Facultad de Medicina de Madrid.—Nunca lo hubiéramos creído, a juzgar por la carta que recibimos del Dr. Recasens que dejamos publicada junto a la del Decano de la Facultad de Farmacia. Del texto de aquella se deduce que no siendo el firmante afecto a las propagandas farmacéuticas, incluso el anuncio en periódicos médicos, muchísimo menos debe ser de su agrado la Fundación que como único recurso cuenta con el tanto por ciento de lo recetado. ¿Y después de escribir dicha carta acepta el cargo, nada menos que de Presidente del Patronato? No se explica.

Dice el Dr. Recasens: «Con honradez todo es bueno; sin ella puede hasta falsificarse la virtud».

Nosotros decimos: Conformes en esto último, es decir, sin honradez puede hasta falsificarse la virtud. Pero opinamos opuestamente con relación al primer aserto; por muchísima honradez que se ponga a contribución de una empresa, si ella es viciosa, si es ilícita, si es reprobable es imposible hacerla buena.

e) Dicen *Los Progresos de la Clínica*, es decir D. José Núñez Granés en carta dirigida al *Boletín del Colegio de Médicos de Madrid*: «La Fundación Santa Cándida no ha expuesto hasta ahora otra cosa que su finalidad y una *enumeración de las fuentes de ingreso posibles*»..... «Los procedimientos para obtener esos recursos se desconocen todavía».—Nos deja perplejos esta afirmación. ¿Estaremos soñando? Pero, no; no soñamos. Sería mucha casualidad participaran del mismo hipnotismo *El Siglo Médico*, *Gaceta Médica del Sur*, *Revista Médica de Sevilla*, *Boletín de la Asociación de Médicos titulares*, ¡*La Asociación de la Prensa Médica!*

Y como no dormimos y no padecemos amnesia, permítasenos decir que *Los Progresos* faltan a la verdad.

PRUEBAS: En la escritura de constitución de la benéfica obra se intitula uno de los capítulos «Recursos con que CUENTA la Fundación para cumplir sus propósitos».

CUENTA es un verbo y como tal, denota acción; además es verbo en tiempo

presente. Por lo tanto, acción presente es lo que es lo mismo que actualmente se realiza.

Y no se dice **CONTARÁ** cuando lo apruebe el Patronato, sino que en el momento de otorgar la escritura *se dispone, se cuenta* con los recursos allí enunciados y entre ellos **EL DEL TANTO POR CIENTO** (Sépalo, Sr. Recasens).

MÁS PRUEBAS DE QUE LA FUNDACIÓN CUENTA CON SUS PROCEDIMIENTOS Y NO ES VERDAD QUE SÓLO SE HAYA HECHO UNA EXPOSICIÓN DE MEDIOS.

¿Sirve como prueba la que los mismos *Progresos* nos brindan anunciando «**Productos recomendados por la Fundación Santa Cándida**».

Pues si no sirve, allá va una piltrafa de la circular lanzada a la publicidad por uno de los productores adheridos.

«...Los referidos productores nos hemos puesto de acuerdo para *donar* a dicha Fundación *un tanto por ciento de la venta total de nuestros productos*, como muestra de gratitud a los Sres. Médicos que tan desinteresadamente nos han ayudado a acreditarlos; y como la venta de estos productos alcanza anualmente en España la cifra de muchos millones de pesetas, *la Fundación cuenta desde luego, por este sólo concepto, con un ingreso anual de bastantes miles de duros, con los que esperamos que dicha benéfica obra podrá cumplir todos los fines que se ha propuesto.*

Es de suponer que los Sres. Médicos, que tan desinteresadamente nos han ayudado hasta ahora a acreditar nuestros productos, *continúen haciéndolo con mayor gusto, pues hoy no perseguimos ya solamente nuestro negocio, sino que aspiramos (!) a engrandecer a la Fundación, a ellos y a sus familias dedicada.*»

Y a esto llama *Los Progresos* **ENUMERACIÓN DE FUENTES DE INGRESO POSIBLES** ¿eh?—¡Y tan posibles!

f) En otro artículo del suplemento núm. 99 se dice: «Los Directores de *Los Progresos* no ofrecieron hacer nuevas reformas en la escritura fundacional».—Demasiado tenían con la reforma de la Junta de Patronato y con pretender hacernos creer lo de la **ENUMERACIÓN** de fuentes de ingreso. Si reforman los estatutos también, no conoce a la Fundación ni sus progenitores. Ya decíamos antes con razón que presentíamos no habría reformas.

Consecuencia. Si no hay reforma de los estatutos y la Fundación Santa Cándida está demostrando con pruebas que funciona ¿qué hacen los señores del Patronato? Según *Los Progresos*, estudiar los procedimientos que pondrá en práctica la Fundación; y según nosotros, muy mal papel.

g) Finalmente, en el repetido suplemento no se refuta ninguna de nuestras objeciones, ni se hace mención para nada de nuestro artículo publicado en el número

anterior en los últimos días del pasado Febrero, y en el cual hacíamos según el decir de *Gaceta Médica del Sur* «un sereno y razonado estudio crítico de la Fundación Santa Cándida». Pues bien, a pesar de ser sereno y razonado o mejor dicho acaso por reunir esas cualidades, no se nos contesta.

Tal vez las razones sean otras. O somos muy insignificantes que no merecemos atención o nuestras razones y argumentos son de tal peso que no se contestan o refutan sin previo y detenido estudio. No creemos lo primero, porque los mismos *Progresos* nos conceptúan (1) como una de las primeras o mejores revistas de España (60 páginas de texto y seis mil ejemplares mensuales..... nada más), aparte de que a nuestro artículo le ha dispensado la atención que merece por la importancia del asunto que trata, POR EL BUEN CONCEPTO, POR EL PRESTIGIO DE LA CLASE MÉDICA, buena parte de la prensa profesional y que según cartas que poseemos se nos adhiere.

Creemos más bien que el silencio obedezca a la meditación de los argumentos (vanidad nuestra).

Y mientras tanto el órgano oficial gratuito de la Fundación distrae el tiempo publicando adhesiones de estudiantes de 1.º de Anatomía *alentados* por el Decano (2).

Señores de *Los Progresos de la Clínica*: Al grano. Al terreno de la polémica que allí esperamos se nos conteste con MERIDIANA CLARIDAD a nuestras objeciones, según ofrecen ustedes en el suplemento número 98 y dirigiéndose al *Siglo Medico*. Esperamos que sin ser MURCIA MÉDICA tan vetusta como el *Siglo* servirá también para nosotros el ofrecimiento hecho a éste. Mientras ustedes no acudan, nuestros argumentos quedan en pie y... haciendo atmósfera.

Y para terminar insistimos que NO VIVIRÁ, NO PREVALECERÁ Santa Cándida mientras cuente como único recurso seguro el tanto por ciento de la venta de los productos adheridos. Confiamos en la HIDALGUÍA de la clase médica española.

LOS DIRECTORES DE MURCIA MÉDICA.

(1) V. uno de los suplementos de Febrero de 1916.

(2) De Salamanca.

Los niños y el cinematógrafo

POR EL DR. CALATRAVEÑO

INSPECTOR GENERAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LA CRUZ ROJA ESPAÑOLA

Por su palpitante interés reproducimos íntegro este artículo publicado en la *Medicina Social Española*:

«Entre los descubrimientos científicos de nuestros días descuella por lo maravilloso de su invención, asombra por las variadas y útiles aplicaciones de que puede ser objeto, mereciendo un estudio sumamente atento, el llamado cinematógrafo, que ha venido a resolver el magno problema planteado en tiempo remoto por Aristóteles, haciendo que la mente conserve, de manera indeleble y provechosa, multitud de hechos históricos, sucesos, fenómenos los más variados, en una palabra, infinidad de cosas que, por haber entrado por los sentidos, difícilmente se borrarán de nuestra inteligencia.

Tiene el cinematógrafo en Pedagogía tanta importancia y transcendencia, que creemos no han de pasar muchos años sin que en los planes de enseñanza en las escuelas del Magisterio figure como materia preferente de estudio el perfecto conocimiento de la teoría y completa práctica de tan asombroso descubrimiento.

Pero nada existe en este mundo sin su pro y su contra; el cinematógrafo, que tanto puede cultivar nuestra inteligencia, puede también pervertirla en gran manera: un objeto de utilidad puede cambiarse en sumamente nocivo y peligroso; lo que puede servir de educativo en un grado máximo, llegará a convertirse en pernicioso para la sociedad si no se vigila y reglamenta su exhibición de una manera racional, científica y cuidadosa.

De tal manera ha influido el espectáculo que nos viene ocupando en las costumbres modernas, que no es raro ver figurar, entre las partidas que una celosa ama de casa apunta en su libro de gastos diario, una destinada a sufragar los gastos del *cine*, como abreviadamente suele designársele, sobre todo por las clases populares y por no pocas personas que presumen de elegante dicción y depurado y aristocrático gusto; la pasión por el *cine* ha llegado al máximun en nuestros días, sin que esto nos extrañe, pues es realmente maravilloso contemplar cómo en la pantalla aparecen hermosas playas, rebosantes de enormes olas que mecen débiles embarcaciones o

poderosos navíos de guerra; bosques espesísimos, entre cuya arboleda corren las acosadas reses; ver desfilar regimientos y escuadrones; presenciar ejercicios de fuego con cañones de los mayores calibres; dar forma real a las narraciones fantásticas de los más renombrados cuentistas y, para mayor sorpresa, ver ataviados a los personajes que ellas intervienen con sedas y brocados, con armas y preseas, en que los colores más brillantes seducen y deslumbran por su variedad y riqueza; los países más extraños; las procesiones más pintorescas; las maravillas de fama mundial; los actores y actrices que atraen la atención del mundo entero; el gesto del actor de moda; la galardía del torero, ídolo de los aficionados; todo puede ser visto, admirado, comentado, vivido, en una palabra, con la realidad más absoluta, por unos cuantos céntimos, pago bien modesto para el recreo que experimentan nuestros sentidos y las útiles enseñanzas que pueden derivarse de tan interesante exhibición.

Pero todo esto, que a maravilla deleita e instruye, cumpliéndose al pie de la letra las reglas que el príncipe de los poetas latinos impone como condición ineludible a todas las obras de arte, está desgraciadamente neutralizado con la orientación sumamente funesta e inconveniente que de algún tiempo a esta parte se ha dado a las películas que se ofrecen en la mayoría de los salones dedicados a este objeto; pudiéramos decir que, salvo raras excepciones, nos hayamos en pleno reinado del terror, del espeluzno y del escalofrío; dramas policiacos; asesinatos los más horripilantes; secuestros y martirios atroces infligidos a tiernos niños; adulterios descarados en que la parte burlada aparece en el más perfecto de los ridículos ante la masa de espectadores que ríe y se deleita ante el triste papel que representa el personaje ofendido; robos audaces en que se ponen a contribución todos los adelantos de la ciencia moderna para realizarlos con la mayor seguridad de éxito; dramas de miseria en que se exhiben los más bajos fondos sociales; hazañas de apaches que golpean a sus amantes con furia salvaje, arrastrándolas por los cabellos, golpeándolas sin piedad, terminando por hundirlas en su cuerpo, llenos de salvaje crueldad, un cuchillo, dejando abandonado su cadáver, con la mayor sangre fría, en medio del arroyo.

Todo esto es muy desagradable y tiene mucho de morboso, pues no hay más que fijarse en la cara de algunos espectadores, y sobre todo espectadoras, para convencerse del vivo interés con que siguen los lances del espectáculo; oír los comentarios que de viva voz, y sin darse cuenta de ello, hacen a propósito de lo que presencian, para convencerse de la impresión profundísima que en su sistema nervioso está produciendo el terrorífico espectáculo que en la pantalla se viene desarrollando, tornándose en momentos de tortura lo que debiera ser agradable pasatiempo y suave delectación.

Pero donde tan terribles efectos llegan a su maximum es cuando estos espectáculos son presenciados por niños, cuyo sistema nervioso reacciona con gran intensi-

dad a toda clase de impresiones, y cuyos cerebros, sumamente sugestionables, son materia y campo a propósito para que estas impresiones dolorosas, que sus sentidos transmiten a los centros nerviosos, puedan ser punto de partida de gravísimas y a veces mortales enfermedades. Dedicado especialmente a tratar enfermedades de los niños, he tenido la ocasión de comprobar, en mi práctica diaria, multitud de casos de trastornos de la inervación, debidos a la influencia perniciosa de ciertas exhibiciones de cinematógrafo sobre el aparato nervioso de tiernos niños.

Recuerdo uno que, después de haber presenciado la exhibición de una cinta en que se representaba el secuestro de una niña por unos húngaros, pasó la noche dando gritos; tuvo vómitos de disparo, cefalalgia, desigualdad pupilar y todo el síndrome de un meningismo sumamente acentuado; otro, después de contemplar un asalto a una casa de campo, con el asesinato de tres personas que la habitaban, fué presa de terrores nocturnos con incontinencia de orina, pérdida del apetito y un tic nervioso del facial, que sólo cedió después de los baños de mar y de un tratamiento médico apropiado.

No ha mucho refirieron los periódicos diarios el caso de otro niño que, en un acceso de terror sufrido durante la noche, después de haber presenciado una sesión de cinematógrafo que hirió vivamente su sensibilidad, se arrojó por una ventana, quedando muerto en el acto; esto por lo que se relaciona con la parte médica, que en lo que hace referencia a la educación moral, los trastornos son todavía mayores; un día soy llamado a prestar mi asistencia a un señor respetable por su edad y posición social; tiene dos hijos, modelos de obediencia y robustez orgánica; durante mi visita los encuentro sumamente alborotados y revoltosos; se daban puñetazos; se tiraban al suelo; ataviados con gorros de papel y sables de madera, se acometían con furia, se empujaban y se decían mutuamente frases incoherentes; extrañado yo de que niños relativamente pacíficos se hubieran tornado tan guerreros, me dijo su madre:

—No le extrañe, doctor, la actitud de estos chicos; están insoportables desde que hace un mes van todas las tardes al *cine*.

—Pregúnteles usted qué quieren ser—interrumpió el padre.

Y uno de los chicos me contestó: Yo, *capitán de piratas*; y el otro: Pues yo, *buscador de oro*. Desde que habían visto una película en que se desenvolvían estos asuntos, no soñaban sino en ser los protagonistas del drama que habían presenciado; y es que en los niños la imitación domina de manera sorprendente; basta fijarse en la rapidez con que algunos juegos se extienden entre los pequeños: a los pocos días de iniciarse en una calle los juegos de peón, diábolo, toña, etc., ya se ha extendido por toda la capital, con peligro, no pocas veces, de la integridad física de los transeuntes.

Ultimamente llegan a nuestra noticia dos hechos que vienen a corroborar de manera clara y precisa cuanto venimos diciendo: en la sesión celebrada por el Ayuntamiento de Salamanca el día 24 del mes pasado se ha tratado de la banda de «apaches» infantiles que venían operando en la citada población, y de ver los medios de acabar con la partida, de la cual forman parte jovenzuelos, que pasan algunos de los 16 años, y que han intentado algunas fechorías que pasan de la raya.

Entre otras cosas, han intentado envenenar la fuente pública del Campo de San Francisco, y en el sitio de las afueras llamado Santo Espíritu ha sido hallada una carta que contenía graves amenazas.

Los precoces bandoleros emplean en sus cartas un emblema formado por una calavera y tibias cruzadas.

Estos infelices, sugestionados —según noticias que hemos podido adquirir— por los espectáculos que a diario presenciaban en el cinematógrafo, se lanzaron a la vida aventurera, con peligro de su porvenir y no poca responsabilidad de los encargados de su dirección.

Durante la visita que S. A. la Infanta Isabel hizo a las Escuelas del templo de la Sagrada Familia, con motivo de su viaje a Barcelona, los niños entregaron un memorial interesando el indulto de C. R., de 15 años de edad.

Carlos, *influenciado por la vista de películas policíacas*, robó 100 pesetas en el comercio donde servía, pegando fuego al local para borrar el rastro.

Después se compró una escopeta, saliendo al campo a robar, siendo preso y condenado a presidio en el Reformatorio.

Una distinguida señorita, educada en el seno de una familia sumamente religiosa, y a quien he venido asistiendo como médico desde los primeros años de su vida, me contaba hace pocos días que estuvo a punto de perecer, víctima de terrible accidente, del que hubiera sido responsable el cinematógrafo. Habiendo observado ella y otra amiguita que en algunas películas se ponían algunas personas tendidas en los caminos para auscultar el suelo y sentir las vibraciones que en el mismo producen los carruajes y automóviles, tomaron la costumbre de tenderse en un camino del cortijo, donde pasan la mayoría del año, para sentir la marcha del auto del novio de una de ellas cuando se aproximaba a casa de su prometida; un día que, tendidas en medio de la carretera, esperaban oír el ruido indicativo de la proximidad del auto, se presentó éste de repente, y gracias a un milagro del cielo no quedaron aplastadas las dos amiguitas.

Pero hay más; existe algo más censurable todavía en materia de exhibiciones cinematográficas: me refiero a las sesiones que se anuncian como exclusivas para niños y luego resultan casi impresentables para los adultos más desaprensivos; no ha mucho que en uno de los salones más céntricos y concurridos vi anunciada una

de estas sesiones; terminada mi consulta, me dirigí al coliseo citado, lleno de curiosidad por presenciar esta sesión especial para niños; muchos de éstos ocupaban los asientos; pero no era menor el número de personas mayores; con vivo interés esperaba el momento en que comenzara la exhibición, y cuál sería mi sorpresa cuando de primera intención nos sirvieron una película cuyo asunto no podía ser más escabroso; una cajera de un gran almacén, casada, que resiste las proposiciones amorosas de su principal, pero que se ablanda ante las joyas que en artístico cofrecillo le ofrece; todo esto, entremezclado con citas en jardines públicos, en comedores reservados, con sus correspondientes apretones de manos y otras *conflanzas*: quedé admirado. ¿Y esto era una sesión dedicada especialmente a inocentes niños? ¿Es posible que la autoridad, que la Junta de Protección a la Infancia consienta tamaños abusos? ¿Puede permitirse que, engañado un padre de familia, lleve a una niña, quizá próxima a entrar en la pubertad, a que se instruya en el arte de burlar a un marido y se percate cómo la gente se ríe a carcajadas cada vez que el ridículo más espantoso cae sobre el pobre engañado?

No, no es posible que esto continúe; llamemos con toda energía la atención de quien corresponda acerca de estos abusos, que tan perjudiciales son, y sobre todo, pueden influir de manera tan fatal sobre el cerebro de tantos inocentes e indefensos niños; no se nos tache de enemigos del cinematógrafo; rechazamos con energía este cargo, que sólo puede hacerlo el mercachifle sin conciencia que, con tal de ganar unas pesetas, no repara en los medios. Nosotros somos entusiastas decididos del cinematógrafo; le reputamos como una de las más trascendentales conquistas de la ciencia moderna; deseamos que su benéfico influjo se deje sentir por todas partes; proclamamos que su influencia educadora es inmensa; pedimos que se incluya siempre, de hoy en adelante, entre el menaje escolar indispensable en todo centro educativo, seguros de que las enseñanzas que por su conducto adquieran los alumnos difícilmente se borran de su memoria; creemos que en ciencias experimentales, que en la enseñanza agrícola, en la artística, en la educación mecánica, para conocer el funcionalismo de tan complicados artefactos como hoy emplea la industria no existe mejor maestro, y que varias exhibiciones en la pantalla enseñan mejor y más pronto que el más elocuente discurso; en Medicina y Cirugía su influencia está siendo decisiva, y en todas las Facultades de las naciones más cultas la enseñanza de la Cirugía operatoria, muchas lesiones de la piel, estudiadas valiéndose de películas coloreadas, han dado resultados maravillosos, pues los casos más raros de la clínica pueden ser conservados y ser objeto de estudio por millares de médicos. Véase, pues, como profesamos gran cariño a este moderno espectáculo y como no se nos puede tachar de detractores del mismo sólo por el hecho de señalar algunos de sus inconvenientes.

Evítense éstos proyectando películas, sobre todo en las sesiones especiales para niños, en que se rinda culto al arte, se presenten vistas de nuestros monumentos nacionales, tan poco conocidos—debido a nuestra incuria—en el extranjero, háganse exhibiciones de la inmensa riqueza que atesoramos en catedrales, palacios, mansiones señoriales, jardines, cuadros de nuestros más afamados pintores, trabajos de los escultores más reputados, monumentos públicos; y cuando a dar comedias o episodios cómicos o dramáticos se dediquen, háganlo siempre inspirados en la más sana moral, en el más acendrado patriotismo y en el arte más exquisito; procúrese que los espectáculos a que asistan los niños sean escrupulosamente inspeccionados por la autoridad competente o por individuos de las Juntas de Protección a la Infancia, para que en ellos no se exhiba nada que pueda perturbar el delicado e impresionable sistema nervioso de los niños; extiéndase la costumbre de que estas proyecciones cinematográficas se hagan al aire libre, en parques, jardines u otro sitio apropiado, para que a la *intoxicación cerebral*—como hoy ocurre—no se una la de la sangre, pues algunas veces hemos quedado hondamente preocupados al abandonar un salón repleto de niños y de mayores que llevaban dos horas respirando un aire mefítico, envenenándose por partida doble cuerpo y espíritu con el espectáculo truculento del escenario y la atmósfera cargada de microbios, que hacían imposible la estancia en la sala.

Los niños son como las plantas: necesitan mucha luz, aire puro, y a más impresiones agradables, alegría en los primeros años de su vida, ya que los desengaños del porvenir habrán de proporcionarles no pocas tristezas y decepciones; no amargar nunca sus primeros pasos por la vida con visiones tenebrosas, con la representación de crímenes sangrientos, de robos audaces, de secuestros atrevidos; distraigámosles con provecho al mismo tiempo; educarles haciéndoles creer que sólo juegan; nuestro país está muy falto de cultura en todas sus manifestaciones; el cinematógrafo es uno de los medios más valiosos de que podemos servirnos para lograr este noble fin; utilicémosle debidamente, y en vez de niños histéricos, impresionables, débiles, sin fuerza de voluntad, hagamos, por medio de la presentación de escenas viriles, de obras de arte, de ejemplos de educación de la voluntad, exhibiendo modelos de todo esto, grandes hombres, fuertes, bien equilibrados, que levanten el decaído espíritu moral y físico de nuestra patria.



De nuestro catálogo

Obra nueva.—Mohr y Staehelin: TRATADO DE MEDICINA INTERNA.—Doce tomos en cuarto, 225 pesetas. A plazos, 250.

OPINIONES DE VARIOS CATEDRÁTICOS DE CLÍNICA MÉDICA : : : :

Madrid.—«Felicitó a usted muy entusiásticamente por la feliz idea de verter a nuestro hermoso idioma obra tan excelente y apropiada al estado actual de la Patología, y más aún por la de vestirla o presentarla con igual lujo que la edición alemana.

»Y hago extensiva la felicitación a los traductores que se han encargado de hacer dicha versión, pues son una garantía de que la traducción ha de ser fiel y elegante, porque para traducir bien, no sólo hace falta saber a conciencia las lenguas sobre que versa la traducción, sino la materia tratada, y ambas circunstancias concurren en los traductores, y muy especialmente en mi dignísimo compañero y amigo señor García del Real.

»Que no dejen ustedes de la mano obra tan importante, pues saguramente ha de servir mucho para hacer agradable el estudio de materia tan vasta e importante.
Dr. A. Simonena».

Barcelona.—«Las materias tratadas en este tomo lo están con todos los detalles y en conformidad con las más modernas investigaciones; la doctrina está expuesta con claridad y método, sin prescindir de ningún dato de aplicación práctica. No quiero establecer comparaciones; pero sí puedo afirmar que no conozco ninguna otra obra de Medicina interna que la supere, y, siendo así, aconsejaré su adquisición a los médicos jóvenes que me consulten para formar su biblioteca.

»Mucho me engañaría si el éxito no coronara sus esfuerzos como editores, y así lo deseo.

»La traducción es correctísima, y las anotaciones, muy oportunas.—*Dr. Vallejo Lobón*».

Barcelona.—«En mi poder su atenta y el tomo primero del Mohr que, desde luego, me parece muy bien presentado tipográficamente.

»Tendré el gusto de leerle, y espero responderá a la fama que goza dicha publicación.—*Dr. González Prats*».

Pídanse prospectos detallados, que remite gratis la CASA EDITORIAL CALLEJA, fundada en 1876, calle de Valencia, 28, Madrid.

Los pedidos acompañados de su importe los serviremos a nuestros suscriptores con el 10 por 100 de descuento de la cantidad total.

Publicaciones recibidas

Verdadera crítica de la operación de Alvarez para la curación de la úlcera de estómago, por el Dr. López Fanjul, del Sanatorio Quirúrgico de Oviedo.

—*La meningitis tuberculosa y la retención nitrogenada en los niños*, por los Dres. Jacinto Megías y F. Moreno de Vega.

—*Dispepsias intestinales y análisis de heces*, por el Dr. R. Vila Barberá.

—*La helloterapia en la tuberculosis pulmonar*, por el Dr. Angel Navarro Blasco.

—*Reconocimiento de venenos y de medicamentos activos. Tratado de Toxicología práctica*, por el Dr. Guillermo Autenrieth; traducido del alemán por el doctor Rafael Cusi y Editado por Gustavo Gili, de Barcelona.

—*Bioquímica Urológica*, por el Dr. J. Vellvé Cusidó.

—*Discurso leído en la sesión inaugural de la Sociedad Española de Electrología Médica*, por el Dr. Calatayud.

Nuestro Concurso

MURCIA MÉDICA abre un Concurso entre médicos para premiar un artículo elegido entre los que nos remitan, con arreglo a las siguientes condiciones:

1.º El tema es de libre elección.

2.º Los artículos, que deberán estar escritos en castellano y a máquina, habrán de ocupar de 15 a 20 páginas de esta Revista.

3.º Cada artículo se remitirá con un lema acompañado de la plica correspondiente, como es costumbre en estos casos.

4.º Los artículos podrán venir acompañados de los esquemas, ilustraciones, fotografías, etc., que el tema requiera.

5.º El trabajo premiado como asimismo aquellos que considere el Jurado recomendables quedan de propiedad de esta Revista. Los restantes podrán recogerlos sus autores en el plazo inmediato de tres meses, quemándose entonces los que no sean reclamados.

6.º El premio es uno, consistente en una **Medalla de oro, 100 pesetas, 100 ejemplares** del artículo premiado en edición aparte y publicación del mismo con todas las ilustraciones en MURCIA MÉDICA.

7.º El plazo de admisión de los trabajos es hasta las doce de la noche del día 30 de Noviembre de 1917, debiendo dirigirse a esta Administración.

Y última. El Jurado calificador se formará por tres Académicos de número de la Real de Medicina y Cirugía de Murcia, cuyos nombres se darán a conocer oportunamente.

Bibliografía

La meningitis tuberculosa y la retención nitrogenada en los niños.—Es un folletito en 15 páginas, interesantísimo, en el que los Dres. Megias y Moreno de Vega, desarrollan este tema de un modo admirable.

En dicho folleto exponen dos casos clínicos de observación propia, en los que uno simulaba una meningitis tuberculosa y el otro aparentaba ser una meningitis aguda de etiología variada.

Relatan los síntomas comunes de la meningitis tuberculosa y de la retención nitrogenada y publican un cuadro utilísimo con los signos diferenciales de una y otra enfermedad.

Creemos que dicho folleto es de los llamados a ser conocidos por la clase médica, a la que reportará provechosa enseñanza.

—**La helioterapia en la tuberculosis pulmonar.**—El eminente tisiólogo de Madrid, Dr. Navarro Blasco, nos da a conocer en este trabajo un bien acabado y concluzado estudio de la helioterapia aplicado al tratamiento de la tuberculosis pulmonar.

Justifica la publicación de su brillante trabajo por una parte a los resultados favorables por él obtenidos y de otra a que cree un deber de especialista el exponer al médico general y más aún al médico que ejerce alejado de las grandes capitales y en condiciones nada ventajosas en el ejercicio de su profesión, el exponer, repito, aquellos medios más eficaces y más fáciles de poner en práctica para combatir una enfermedad que tantos millones de vidas ha costado y la que seguramente será vencida, con los descubrimientos cada día más numerosos de eminentes clínicos y bacteriólogos.

Para mayor claridad en la exposición divide su brillante trabajo en los capítulos siguientes: *Bosquejo histórico de la helioterapia; clases de helioterapia; manera de practicar la cura solar; cómo obran los rayos solares; elección de casos y re-*

sultados que se obtienen; precauciones que deben observarse y contraindicaciones; ventajas del método en la práctica.

La descripción de cada uno de los enumerados capítulos nos ponen de manifiesto que su autor tiene un gran predominio de la materia que trata y lo expone de una manera tan clara y tan precisa que su lectura habrá de ser utilísima no sólo al médico general, sino también al especializado en Tisiología.

Estadística

Según datos de la Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico, procedentes del Registro civil, el movimiento de la población en esta capital durante el pasado mes de Febrero, fué el siguiente:

Población calculada 131.535

Nacimientos. } Vivos 249.—Var. 158.—Hem. 91.—Leg. 239.—lleg. 2.—Exp. 8.
 Muertos 2.—Var. 1.—Hem. 1.—Leg. 1.—lleg. 1.—Exp. 0.

Natalidad por 1000 habitantes, 1'89.—Matrimonios, 62.—Nupcialidad por 1000 habitantes, 0'47.—Mortalidad por 1000 habitantes, 1'75.

Defunciones

Varones, 115.—Hembras, 115.—Menores de cinco años, 71.—De cinco y más años, 159.—En hospitales y casas de salud, 20.—En otros establecimientos benéficos, 9.—Fiebre tifoidea (tifo abdominal), 3.—Tifo exantemático, 0.—Fiebre intermitente y caquexia palúdica, 5.—Viruela, 1.—Sarampión, 0.—Escarlatina, 0.—Coqueluche, 2.—Difteria y crup, 1.—Gripe, 7.—Cólera asiático, 0.—Cólera nostras, 0.—Otras enfermedades epidémicas, 2.—Tuberculosis de los pulmones, 16.—Tuberculosis de las meninges, 1.—Otras tuberculosis, 1.—Cáncer y otros tumores malignos, 7.—Meningitis simple, 9.—Hemorragia y reblandecimiento cerebrales, 15.—Enfermedades orgánicas del corazón, 18.—Bronquitis aguda, 15.—Bronquitis crónica, 10.—Neumonía, 10.—Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto la tisis), 6.—Afecciones del estómago (menos cáncer), 0.—Diarrea y enteritis (menores de dos años), 6.—Apendicitis y tiflitis, 0.—Hernias, obstrucciones intestinales, 0.—Cirrosis del hígado, 1.—Nefritis aguda y mal de Bright, 2.—Tumores no cancerosos y otras enfermedades de los órganos genitales de la mujer, 0.—Septicemia

puerperal (fiebre, peritonitis, flebitis puerperales), 1.—Otros accidentes puerperales, 2.—Debilidad congénita y vicios de conformación, 10.—Senilidad, 19.—Muertes violentas (excepto el suicidio), 4.—Suicidios, 0.—Otras enfermedades, 55.—Enfermedades desconocidas o mal definidas, 1.—Total de defunciones, 230.

Noticias

Ha fallecido en Elche el reputado médico Dr. D. Alfredo Llopis, suscriptor de esta Revista.

Enviamos a su desconsolada familia nuestro más sentido pésame.



En esta Redacción se ha recibido la visita de las revistas *Clínica*, *Bios* y *La Clínica Moderna e Información Médica*, de Madrid, Barcelona y Cuenca, respectivamente.

Con dichas publicaciones dejamos gustosos establecido el cambio.



La Asamblea Regional de Granada ha resultado un éxito para sus organizadores.

En tres sesiones se discutieron temas tan importantes como los siguientes:

Pago de médicos titulares por el Estado y vacantes a oposición.

Código de moral profesional.

Reformas de la ley de Sanidad.

Medios de elevación cultural de la clase, organización regional y Unión médico-farmacéutica.

Nuestra enhorabuena por el triunfo al Dr. Gutiérrez, Rector de la Universidad de Granada y a los Dres. Velázquez de Castro, Centeno y Amor y Rico, Presidentes de honor de la Unión médico-farmacéutica.



Asociación de la Prensa Médica Española.—En el pasado Enero celebró sesión esta agrupación con asistencia de gran número de socios y en ella se tomaron los acuerdos siguientes:

Continuar las gestiones con la Papelera Española a fin de llegar a la rebaja del

precio del papel, gestiones que van por buen camino, gracias a la buena acogida que a la idea ha dado el Gerente de la Papelera.

Nombrar una Comisión compuesta de los Dres. Juarros, Arquellada y Lacaba para que dictaminen sobre qué periódicos son dignos de figurar en la Asociación, pues de sobra sabido es que existen algunos periódicos que se publican con el exclusivo objeto de hacer la propaganda de algún producto, repartiéndose gratuitamente entre los médicos y causando, por lo tanto, un grave perjuicio a la Prensa honrada.

Esta Comisión tendrá al mismo tiempo el deber de dictaminar los periódicos con que se debe de establecer el cambio.

Ver con sumo agrado que la casi totalidad de los periódicos de provincias piden su ingreso en la Asociación.

Acordar que se cobre la cuota de asociado, esto es, 5 pesetas por año, para poder hacer frente a los gastos que se originan.

Expresar su disgusto por que un periódico diario ha enviado la factura por la inserción de una noticia relacionada con la Sociedad, acordándose no proceder al pago de dicha factura.

Rogar a todos los periódicos la inserción de los acuerdos tomados.

Correspondencia administrativa

con nuestros suscriptores :: :: ::

- D. Andrés Biz, Escombreras.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Luis Calandre, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Maximino Campos, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Eugenio Cunchillos, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Esteban Esparza, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Pablo García, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Emilio Lozano, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

- D. Manuel Más Gilabert, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Nicolás Marín, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Félix Navas, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. José Pastor Cano, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Jaime Perales, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Felipe Reverte, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Luis Romero, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. J. Sánchez del Río, Los Molinos.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Ricardo Serrano, Los Molinos.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Juan Solé, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.
- D. Fulgencio Romera, Cartagena.—Recibido el importe de su suscripción por el año 1916.

NOTA DE LA ADMINISTRACION.—Habiéndose aumentado nuestra tirada a **seis mil ejemplares mensuales** se anuncia a las casas productoras de especialidades que tenemos disponible para anuncios **dos páginas** entre cubierta y texto, cuyos precios y condiciones pueden consultar.



**Análisis clínicos de orinas,
esputos, sangre, jugo
gástrico, heces, pus,
exudados, líquido
cefalo-raquídeo,
etc. etc.**

Laboratorio Guillamón

**Reacciones
de Wassermann,
Widal, etc.**

Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

MURCIA