

SUMARIO

TRABAJOS ORIGINALES: *Corriente Leduc: Nociones generales*, por el Dr. Teodoro A. Irigoyen Arruti.—*El eczema impetiginoso, mejor llamado impetigoide*, por el Dr. Felipe Sicilia.—*La disentería tropical en España*, por el Dr. Fidel Fernández Martínez.—PRENSA PROFESIONAL: *Quistes sebáceos de la epiglotis (dos casos)*, por Fernando Bertrán y Castillo.—*Ex-tirpación total de la laringe con anestesia clorofórmica*, por el Dr. Sojo Pratdesaba.—ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS: *Sociedad Oftalmológica de Madrid*.—SECCIÓN VARIA: *I Congreso Nacional de Medicina*.—*Bibliografía*.—*Nuestro Concurso*.—*Asamblea Médica Regional Valenciana*.

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.



RECONSTITUYENTE :: TUBERCULOSIS :: CON-
SUNCIÓN :: ANEMIAS :: CONVALECENCIAS

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.

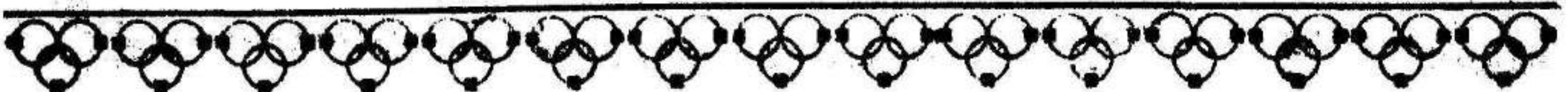
Los preparados de **J. MORENO** se hallan de venta en todas las Farmacias, y en la de su autor

Plaza de Camachos, 26.-MURCIA



FARMACIA
CATALANA
DE
M. REBOROSO

(MURCIA)
LA MEJOR
SURTIDA
Y MAS
ECONOMICA



FARMACIA

— Y —

Droguería

Viuda de Ruiz Seiquer

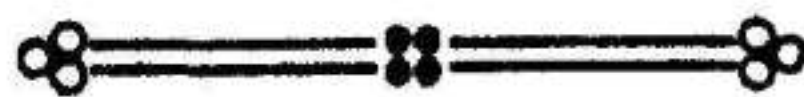
Especialidades nacionales y extranjeras

Sueros y Vacunas

Medicamentos modernos _____

_____ Aguas minero-medicinales

Oxígeno puro para inhalaciones



Plaza de San Bartolomé

MURCIA



NUESTROS
COLABORADORES

Dr. Irigoyen Arruti

:: Recomendado en
nuestro Concurso ::





TRABAJOS ORIGINALES

CORRIENTE LEDUC: NOCIONES GENERALES

POR EL

DR. TEODORO A. IRIGOYEN ARRUTI

Médico-Odontólogo, ex-subinspector provincial de Odontología y Director de la Clínica Dental Hispano-Americana de San Sebastián.

Trabajo recomendado en el Concurso de MURCIA MÉDICA, celebrado el pasado año 1917

LEMA: La electroanestesia en la práctica médica-odontológica

LA corriente galvánica es médicamente hablando, la más fructífera de todas las modalidades eléctricas porque es la de descomposición energética más flúida y porque se presenta mejor a combinarse ampliamente con fenómenos de orden químico. Cuando ella dividida en la cantidad deseada no llena todas nuestras aspiraciones se puede intentar extender en lo posible los efectos polares de la electrolisis ionizando el espacio interpolar; así se obtendrá el desideratum anestésico con el mínimun de los inconvenientes; se adormecerá en más o menos tiempo las células entre que extiende sus efectos disminuyendo la causticidad que sus análogas envuelven; y a ello tiende la interrupción ordenada y los cuerpos preferidos.

Si la anestesia antisepsia e isquemia es el trípode en que debe levantarse toda intervención reglada en nuestro cuerpo, sirve de preferente al primer objeto la co-

riente continua, así como se beneficia de las restantes a los otros dos fines. Se reconocerá que desde hace tiempo se ha estado siempre tejiendo y destejiendo la obra, cual la madre de Telémaco sin terminarla nunca; y, de mi parte, creo haber prestado un concurso importante en cuestión tan debatida como interesante, refiriendo la electricidad a la operatoria de región tan explorada.

La corriente pura deja sentirse en gran manera en nuestra región dado que se evitan las oscilaciones de la tensión que las hacen tomar el carácter de las corrientes intermitentes, farádicas y de la alterna sinuoidal: esas perturbadoras oscilaciones tan desagradables es menester evitar y a tal fin la colocación de un condensador en la toma de corriente en los aparatos que bajo el nombre de Multostat circulan en las casas eléctricas y cuyo resultado es mejor que el de dispositivos de conjunto de que existen modelos múltiples como la mesa móvil de Cautier-Toury, la de Malaquín, las elegantes de Guillemínot..... el múltiplex de Weifawerke, el pantostat de Reiniger-Gebbert-Shall, el galvanofor de Klingélfuss y miles de instrumentos más bautizados de diversas maneras.

La corriente interrumpida, en que se corta y restablece el circuito, es indudablemente la de uso más general y la de aplicaciones más constantes y universales; y, pues ella es la base de la *corriente Leduc*, se me consentirá indique el nombre de algunos interruptores antes de referirme al escogido.

Hay dos grupos de tales aparatos; *a mano*, en que la interrupción y el restablecimiento se operan a voluntad del experimentador, como el usado a fines electrodiagnósticos, los fabricados sirviendo de modelo el botón del timbre eléctrico y los Grivolass montado en porcelana de uso doméstico, etc.; y los *automáticos* en que el cierre y la abertura de la corriente se hace con cierta regularidad y rapidez gracias a ingeniosos instrumentos: es de estos de quienes voy ahora a ocuparme.

Desde el interruptor a martillo usado en las bobinas Ruhmkorff y fundado en el temblador de los timbres eléctricos, el de Wydts y Rochefort basado en el de Foucault y que da interrupciones tan rápidas que son comparables a las de un diapasón, el de Villard del que existen dos modelos (20 y 45 interrupciones por segundo), el de Radiguet a contacto cobre sobre cobre en petróleo.....; desde los electrolíticos de tipo Wenhelt que funcionan sobre corriente continua pues están fundados sobre el principio de la electrolisis, el de Caldwell y Simon que sin complicar su construcción le asegura una duración casi ilimitada, el de Renz que amortigua el ruido del Wenhelt, el de Ducretet también ingenioso.....; desde los automáticos de mercurio de Ducretet y Roger que utiliza un pequeño motor de va y ven, el de Hofmeister, el de Lacroix de los más fáciles a construir, el de turbina imaginado por Boas y que el modelo conveniente es el de Blondel-Gaiffe, que utilizamos continuamente fuera del arte dental sin deterioro tras años de empleo, el de Radiguet y Massiot.....; desde

los interruptores inversores cuyo tipo es el metrónomo de Bergonie-Huete fundado en el metrónomo de Maelzel tan del uso músico y que desde Cremieu que tiene la ventaja de cambiar después de cada interrupción el sentido de la corriente enviada en el circuito primario de la bobina de inducción se han imaginado dispositivos ingeniosos hasta el de Nagelschmidt cuyo interruptor conmutador se acciona por medio de un motor con número variable de revoluciones siendo así posible variar el número de interrupciones de 2.400 a 12.000. En toda esta gama, los modelos presentados han sido incontables dando fe de lo mucho que tal cuestión ha preocupado, y con razón.

Leduc se vale de un aparato funcionando con corriente de 12 a 240 voltios, consistente en un electromotor en cuyo árbol lleva un disco de materia aislante (ebonita particular) con varios segmentos metálicos, sobre tal disco frotan dos escobillas de carbón estando el circuito cerrado cuando ambas se mantienen sobre un segmento metálico.

El sabio Profesor de Nantes desde 1902 empleó en sus experimentos una corriente de 15 a 30 voltios, interrumpida de 150 a 200 veces por segundo con período de oscilación más largo que el de interrupción, intensidad de 5 a 10 miliamperes. De sus experiencias en el perro y en el conejo deducía que se podía, dando la corriente gradualmente sin daño marcado, hacer pasar hasta el animal del estado de vigilia al de inhibición análoga al sueño clorofórmico: más adelante y presentándose como sujetos de experimentación Malherbe y Rousseau pudo bajo una corriente que alcanzó 35 voltios repetir en el hombre las experiencias emprendidas: el retorno de las funciones cerebrales fué instantáneo a la suspensión establecida sintiendo una sensación de bienestar y de vigor físico.

Posteriormente las adquisiciones hechas y los trabajos publicados tanto por el sabio Profesor de Nantes como por Petit y la señorita Robinovitch han precisado la técnica llevando a una seguridad casi matemática sus afirmaciones.

La corriente de Leduc es una corriente continua pulsatoria, de baja tensión mediante la que se obtienen efectos anestésicos. Al efecto se interrumpe la corriente 110 veces por segundo; es decir, que en cada $1/110$ de segundo el disco da una vuelta completa pero como la escobilla está solo $1/10$ de este tiempo en contacto se deduce que, para cada vuelta del disco la corriente no pasa sino $1/10$ de este $1/100$ de segundo (es decir $1/1100$ de segundo). La anestesia procede del polo negativo.

Para producir una narcosis general hay que elevar la intensidad de la corriente hasta 4 miliamperes, mientras para la local bastan dos.

Precisa no emplear la corriente de los sectores, pues sus irregularidades son causa de un sueño desigual y agitado; por eso se vale de acumuladores o del Mul-

tostat en cuyo Haber está preferentemente una corriente pura obtenida de la constante o alterna de la fábrica y el miliamperómetro de precisión con tres alcances de medida: un shunt al 1/5 (la aguja se mueve 100 divisiones para 5 miliamperes), otro al 1/50 (10 para 5) y otro al 1/500 (10 para 50).

La duración del cierre de la corriente, es decir, la menor o mayor duración del paso de la corriente entre cada una de las interrupciones, se gradúa fácilmente merced a la escala que sujeta ambas escobillas. Al aproximarse ambas se hace más larga la duración del paso de la corriente; por el contrario, cuanto más se separan dichas bornas tanto más corto será el paso de la corriente. En ambos casos el número de interrupciones es el mismo con igual número de revoluciones del motor para el que lleva éste su reostato apropiado precisándose pocas revoluciones por lo que no puede servirse de un electromotor ordinario y sí del Multostat, cuyo árbol está hecho para recibir convenientemente el aparato de interrupción de Leduc.

Al separar las bornas hay que tener en cuenta que ambas se hallen siempre sobre cada lámina metálica en su revolución, pues de lo contrario dejaría de pasar la corriente lo que se registra al pasar del 10 de la escala.

Si para la narcois general necesitó Leduc una fuerza electro-motriz elevada a 35 voltios con intensidad en el circuito interrumpido de 4 miliamperes, permaneciendo en las dos sesiones consecutivas unos veinte minutos bajo la influencia de la corriente; en cambio, en la anestesia local, se colocan los electrodos a cierta distancia uno de otro, siendo más acentuada a menos separación y a más intensidad.

Esta corriente tiene además de sugestivo que, según los trabajos publicados y mi experiencia de enfermos de todas las edades y afecciones posee una inocuidad absoluta; extrañándome sobre manera no se preste la atención debida y se perfeccionen sus aplicaciones.

Aunque hasta el presente mis investigaciones se han efectuado con el interruptor de Leduc, recientemente he comenzado a emplear el nuevo interruptor variable que para aparato farádico construyera Malaquin, que ofrece la ventaja de poder obtener de 20 a 2.000 interrupciones al minuto, cuyo sencillo mecanismo le presta una importancia valiosísima.

MI DISPOSICIÓN AL OBJETO DENTAL

Pongamos al frente de todo capítulo donde se refieran a electo-aparatos de uso dental el siguiente consejo del ilustre Foveau de Courmelles en Electrotherapie dentaire: «.....en el arte dentario donde la enorme sensibilidad de una región hiperestesiada está en juego, donde cantidades extremadamente débiles de electricidad, fracciones de miliamperes influyen dolorosamente el paciente, es preciso tener

reostatos delicados o fuente de electricidad pudiendo a voluntad dar las más débiles variaciones eléctricas cuando se trata de aumentar o disminuir la corriente». Y, este transporte de la fuerza galvánica al arte dental ha precisado tener en cuenta frecuentemente el principio expuesto.

Dos dificultades se han presentado en mi camino: corriente a emplear y colocación de los electrodos.

Primero fué mi propósito utilizar corrientes ritmadas e interrumpidas a la vez pues la relajación vascular consecuencia inmediata de la analgésica entendía podía originar hemorragias que podían ser de consideración; por eso ideé una disposición en que la corriente se podía usar a voluntad, ya ritmada o interrumpida merced a una disposición de su reostato en que se unieran o se separaran sus vueltas, preparación conveniente para evitar la molesta sensación del comienzo como el retor no conveniente sensitivo motriz; como finalización y al objeto asepto-antiséptico, se concluía la sesión con aire caliente alcohólico merced a un proyector análogo al ingenioso Aero Thermo del ingeniero-constructor de París, Rupalley.

Claro está que se trataba de corrientes continuas las interrumpidas y las ritmadas pues a las dificultades varias que ofrecen las monofásicas se debe añadir que al uso electrolítico son poco adaptables, precisan operar con corriente intensa y activan las disoluciones de ciertos cuerpos en los líquidos en que se encuentren.

Pronto me convencí del resultado más teórico que práctico en la aplicación ritmada; pues si utilizaba conjuntamente antes de la operación dental se perjudicaban en sus efectos y si se pensaba en esta tras la intervención sobre que la hemorragia dificultaba el trámite obligado en general la misma Naturaleza venía presurosa en socorro propio y despreciaba la ayuda que prometíamos.

Estas y otras razones hicieron que sólo pensase en la corriente continua o constante como fuente abonada a mis investigaciones en la forma interrumpida.

También, desde hace tiempo, me preocupaba incesantemente el sitio de colocación de ambos electrodos pero, sobre todo, cuando existiere, del indiferente; pensé para ello proporcionarme del carrillo y de las manos. Pero ulteriores investigaciones, comprobación de los estudios tan meritorios de Chatzky-Leduc-González Quijano-Laquerriere sobre el transporte de ion que yo he efectuado con fuerza interrumpida me han llevado a la convicción de que la parada iónica es en todo el circuito a recorrer de la corriente, y, en consecuencia, he acentuado la idea de una próxima adaptación de ambos electrodos para que la infiltración sea más penetrante y beneficiosa.

Ya con estos antecedentes obligados, veamos los procedimientos principales que he empleado en mi constante y decidido afán de coronar asunto tan interesante y discutido.

Me serví al efecto en mis primeros ensayos de dos placas de goma endurecida de tamaño de 2 centímetros de largo y 1 1/2 centímetros de ancho, las cuales sostenían por dos diminutos tornillos dos láminas de metal de dimensiones algo más reducidas en que se fijaban por soldadura de plata los dos hilos; uno el positivo que venía directamente del reostato; y otro, el negativo, tras su interrupción por el dispositivo Leduc. Con los dedos pulgar e índice enguantados se aplicaban las planchas referidas de modo que al establecerse la corriente sorprendiese en su recorrido la región a intervenir: últimamente, siendo muy molesto el paso eléctrico por láminas desnudas las recubría de gamuza cual en las aplicaciones de termopenetración conservadora.

Fácilmente se comprende los inconvenientes múltiples en ejecutar en esta forma; el cansancio del operador en posición tan molesta, lo exiguo del terreno donde se precisan objetos e impiden se vea si el funcionamiento es en forma aceptada, hizo desistiese en tal camino aunque de principio estuviese poseído de la firme convicción de dar con una resultante admisible.

Pensé entonces en un aparato que fuese allanando esos obstáculos: consistía en un arco metálico en uno de cuyos extremos sostenía un polo fijo, y el otro giraba en un tornillo sujeto al otro polo que para más seguridad estaba sujeto a una lámina vertical que se movía en la ranura existente hacia la mitad del arco referido: los polos se reducían a dos láminas, una metálica resistente externa y otra interna de tela metálica (al principio desnuda y con posterioridad también recubierta de gamuza) separadas de goma endurecida como aislante.

Todos convendrán en que esta norma supone un positivo adelanto sobre el anterior método; colocado el aparato convenientemente se sostenía por sí y permite vigilar el campo operatorio a la vez que la graduación reostática: pero el tornillo en quien recaía el peso del aparato, sobre ser molesto cedía fácilmente deteriorando el conjunto y haciendo, en consecuencia, forzada tal colocación.

Ello trajo en mi convencimiento de que debía adoptar la forma de pinza la parte que sujeta los polos. Así, pues, construí al principio una pinza como la ordinaria de disección hacia cuya mitad intercalé un tornillo de presión para aproximar convenientemente sus extremos a los que venían sujetas las placas de goma con su red metálica haciendo de polos y en comunicación con los hilos como en líneas anteriores he manifestado.

Pronto me convencí que sí era conformable este dispositivo a los incisivos y caninos, no así arreglable para los premolares y molares; por lo que en este segundo caso tenía que servirme de ramas encorvadas pero de forma que aplicada la pinza a la mandíbula superior la concavidad resultante era hacia arriba e inversamente abajo en el inferior.

Aunque así concebido el avance era en gran escala, aún llegué a comprender que podía sacar partido de la fuerza elástica para lograrse mejor su acomodo en los polos dado el entrecruzamiento de ambas como para análogo fin se presenta en otras pinzas quirúrgicas, con cuya modificación llegamos al modelo que corrientemente me sirvo como de perfección y resultados aceptables.

Consiste pues, éste en dos partes: pinza y polos o placas de adaptación.

La pinza se compone de dos ramas metálicas cuya unión en la parte posterior puede hacerse de distintos modos: ya como una pinza ordinaria de disección siendo la elasticidad la que separa ambas ramas; ya como los blefarostatos de Kelley o de Galezowski; ya como en el abrebocas de Collin. En una de las ramas lleva en el sitio de aplicación de los dedos un tornillo que convenientemente dispuesto facilita la abertura de ellas y en consecuencia ayuda a una adaptación precisa de las partes terminales; en defecto de este tornillo llevan otros un resorte para análogo objeto.

Ambas ramas se entrecruzan y en uno de los modelos lleva una articulación para no desviarse sino mantenerlas en el plano fijado; y ambas llevan en su terminación una ranura horizontal donde se fija el tornillo de las placas.

Debemos de advertir que si horizontalmente son rectas en las pinzas destinadas a incisivos y caninos; poseen en la de los premolares y molares una concavidad arriba para los de la mandíbula superior y abajo para los de la inferior.

En las placas de adaptación estudiaremos: 1.º El continente. 2.º La lámina aislante. 3.º Los polos; y 4.º El tornillo de unión o de acomodo.

El continente es un estuche metálico rectangular, de plata para evitar su oxidación. Sus dimensiones varían según sea uni o bipolar: la 1.ª tiene 12 milímetros de largo, 8 milímetros de ancho y 5 1/2 milímetros de alto: la 2.ª tiene 15-9 y 5 1/2 respectivamente.

La lámina aislante es de ebonita y se adapta justamente a la cajita de plata que la envuelve menos por su cara de aplicación por la que sobresale ligeramente; en su cara opuesta lleva una o dos celdas donde entran los hilos y se unen a los polos.

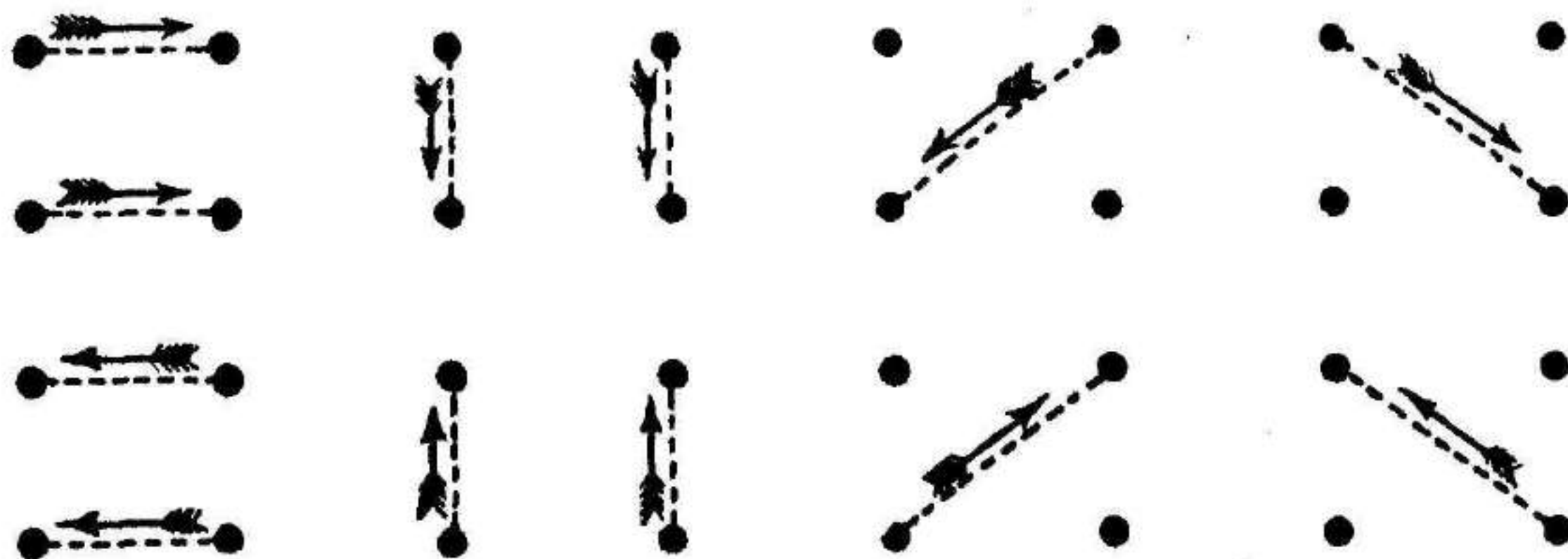
Estos son dos tornillos cuyas cabezas cuadriláteras sobresalen 1 1/2 milímetros de la lámina de ebonita y cuyo otro extremo de unión a los hilos eléctricos se sujeta por una tuerca fina.

En la cara opuesta a la parte de adaptación de la cajita de contención se encuentra soldado a ésta un tornillo que actúa de eje en las placas y cuya fina pero fuerte tuerca sujeta ambas partes del aparato en la disposición concordada.

Queda, pues, la unión de la pinza al generador eléctrico mediante finísimos y bien aislados hilos.

Sólo resta exponer una aclaración a propósito de los polos.

Para casos sencillos hay uno para cada cajita; pero hay algunas con dos polos y en una aplicación se juntan en consecuencia cuatro hilos con sus terminaciones bien aisladas. La razón de este último dispositivo es obvia: podemos establecer ocho formas diversas de recorrido de la corriente según los adjuntos esquemas que son más claros que todas las descripciones:



Refirámonos brevemente a la aplicación del método.

Colocado cómodamente el paciente en un oportuno sillón dental con la cabeza sólidamente apoyada en la cabecera; siendo variables las posiciones del respaldo, del asiento, y del apoya-cabezas según el individuo en que nos proponemos ensayar, se coloca el operador de modo que pueda moverse libremente y que la boca esté bien iluminada al objeto de hacer la aplicación de la pinza. Como regla general, el asiento se dispondrá lo más abajo posible tratándose de la mandíbula inferior de modo—es la regla—que el mentón toque el nudo de su corbata; en cuanto se trata de aplicaciones en la mandíbula superior estará alto el asiento, el respaldo algo tendido y el apoya-cabezas hacia atrás.

Se tendrá cuidado previamente de antiseptizar la boca merced a colectorios a base fenolado, tímico resorcinado, clorinado, bicarbonatado formolado, de Listerina, agua oxigenada, etc., según sea el antiséptico que nos merezca la preferencia.

El operador se coloca a la derecha del paciente y con su cabeza y miembros superiores algo para adelante si se trata de premolares y molares izquierdos; en el lado izquierdo y con sus partes algo para adelante en los dientes referidos derechos; y directamente adelante en los incisivos y caninos.

El miembro superior izquierdo del operador en aplicaciones al lado izquierdo rodea y sujeta la cabeza del paciente al apoya-cabezas, para servirse de su índice sujetando una de las placas por la parte labial izquierda de la encía y del pulgar para la placa lingual. Análogamente se sirve del miembro superior derecho en el lado derecho.

Supuesto frecuentemente el uso combinado de ambos procedimientos eléctrico interrumpido e ionoterápico, comienzo por desecar la mucosa merced a una corriente de aire de 40° a 50° montado ya convenientemente el aparato y a mano trozos de algodón imbibidos en solución fisiológica o en el anestésico preferido, empiezo a sujetar una placa con el índice en la parte labial de la encía y la otra con el pulgar en el lingual teniendo cuidado de que los polos correspondan siempre al par de la raíz objeto de intervención.

Una vez colocadas las placas se retiran los dedos del operador para montar la pinza cuya elasticidad es de por sí suficiente para retener las placas; y asegurados por una buena iluminación de su éxito, para mayor seguridad aún posee el tornillo de presión con el que se sujeta y fija definitivamente las placas.

En general, las anestésias conseguidas suelen ser insuficientes a no tratarse de anestesia general o por refrigeración. Así, por ejemplo, al presentarse al descubierta la cámara pulpar del diente en general es de precisión completar por la anestesia pulpar por compresión, poniendo al efecto a desnudo la pulpa en la mayor extensión posible con ayuda de escarbadores afilados y aplicando en seguida una bolita de algodón en solución anestésica que más adelante se comprime para mayor acción.

Mi método evita estas ayudas, pues el efecto es duradero y de consideración.

Asegurado el buen funcionamiento del generador de corriente continua que estará en shunt al 1/5 y en conexión con el dispositivo Leduc empieza el funcionamiento suavemente y sin sacudidas del modo que llevo apuntado.

Terminada la operación a que invita una anestesia de consideración se tendrá especial cuidado en mantener la antisepsia de la boca por análogos colutorios que en el tiempo preparatorio.

VENTAJAS DE MI PROCEDIMIENTO

Piquand en el capítulo Anesthesie dentaire del *Precis D'Anesthesie locales*, cree indicada la anestesia por inyección local: 1.º para la extracción de dientes no afectados de artritis aguda alveolodentaria; 2.º para la destrucción de la sensibilidad dentaria al efectuar la preparación de una cavidad de segundo grado (pulpa no expuesta), y 3.º para la extracción de la pulpa o para la desvitalización, ya en vía de obturación, ya en vía de la preparación del diente como soporte de un bridge o puente.

«La mayoría de los dentistas, dice Piquand, anestesian sus enfermos sentados en un sillón, porque, dicen, de una parte la posición sentada es indispensable para la mayoría de las operaciones dentarias, de otra parte dada la débil toxicidad de la novocaina y las pequeñas cantidades inyectadas, no hay inconveniente en dejar los enfermos sentados.

»Es esto, creemos nosotros, un error grave; en efecto, si la novocaina es poco tóxica, la novocaina adicionada de adrenalina posee un poder vaso-constrictor al menos igual al de la cocaína, y por consiguiente, el enfermo es igualmente expuesto a los accidentes de vaso-constricción cerebral y a los síncope que habían hecho considerar la cabeza como una zona dañosa para la anestesia local: la posición horizontal es indispensable para combatir estos fenómenos de vaso-constricción de los centros nerviosos, facilitando el transporte de sangre al cerebro.»

Verdad es que hoy en día los gabinetes por modestos tienen adecuados sillones en que fácilmente se adquiere la posición horizontal: pero mi técnica no precisa posiciones especiales a más de que es menos molesta su utilización.

En toda aplicación a mi fin y región debe ser el teorema fundamental que las aplicaciones deben ser sentidas pero jamás ser dolorosas ni desagradables. Un comienzo suave en que la cantidad mínima a enviar debe ser completada con una oportuna sugestión que se realice; pasados dos o tres minutos se va elevando la intensidad sin llegar a la sensación penosa y menos la dolorosa; no excediéndose unos 4 o 5 minutos se retira dulcemente la manivela del reostato a cero: este descenso gradual, sin sacudidas bruscas, con la precaución imprescindible de no separar el aparato sino cuando la aguja está a cero, asegura el éxito de la operación.

De otro modo la corriente de ruptura provocaría una molesta sensación que hasta podía ser dolorosa, cuyo desagradable estado podía ser también producido por los aumentos o disminuciones bruscos de la corriente a que podía llegarse por no tener una uniforme presión los electrodos, cuya circunstancia está salvada en mi aparato.

Pero hay casos en que no basta dedicarse por 6 a 10 minutos a esta técnica en que los casos ordinarios da un éxito pronunciado. Y, Pont, Gillet y dentistas de nombradía son de opinión que la introducción electrolítica nunca produce la anestesia que la picadura: y es verdad. Pero como en mi técnica hay que sumar a la penetración iónica la insensibilidad producida y acentuada por la interrupción eléctrica, de ahí que la suma de ambos elementos producen un resultado de consideración.

Y, aún hay más: todos conocen que este efecto deja de sentirse a mayor separación de los electrodos, pues a más alejamiento precisa el empleo de mayor cantidad de electricidad en más tiempo; y tocante a las substancias introducidas (experiencias de Labatut, Tuffier, Manté y Leduc) no se las reconoce si se las busca lejos del electrodo. Ahora bien, en casos en que se precisa acentuada anestesia ponemos entre la mucosa y la placa de adaptación, trocitos de algodón imbibidos en el soluto preferido y este mi procedimiento como debe salvar distancias bien cortas, infiltra abundantemente de iones anestésicos el espacio bien reducido que media entre am-

bas placas; y esta localización es más apreciable en iones medicamentosos, dado que prepara el terreno la insensibilidad por las corrientes interrumpidas.

Por otra parte, el antiguo Jefe de la Clínica, en el Hotel Dieu de París, Piquand, dice en su precioso libro lo siguiente: «Muchos dentistas tienen la culpa de olvidar la antisepsia bajo pretexto que operan en un medio séptico. Soluciones y jeringas deberán, al contrario, ser esterilizadas como para una intervención de cirugía general y se tendrá cuidado de pintar a la tintura de yodo el sitio donde se quiere hacer la puntura. Estas precauciones son sencillas, no exigen pérdida de tiempo apreciable y si se las observa se puede estar cierto de no registrar ningún accidente de infección».

Sin negar que la limpieza y asepsia de cuanto se pone en relación cutánea y mucosa deben ser escrupulosas y ellas ponen al abrigo de complicaciones cuya puerta de entrada es difícil de sospechar; no obstante, en mi método, por respetar la integridad de la mucosa, no tienen el obligado alcance que en las inyecciones; aunque huelga consignar que siempre la observo suficientemente. Por esto, dice acertadamente el célebre Profesor mencionado varias veces de Nantes, que la técnica de la introducción medicamentosa debe ser tan rigurosa en precauciones de asepsia como al hacer una operación; errores de dispositivo pueden fácilmente falsear los resultados y los líquidos a ensayar deben ser puros y en la graduación precisa.

Para que el efecto sea brillante precisa que el número de interrupciones no sea elevado, pues siéndolo no se origina la verdadera *aserradura* que produce la insensibilidad duradera. Y, la razón es obvia, Charbouneau, en su voluminoso y atractivo libro «Les courants alternatifs de haute fréquence: theorie-production-applications, 1911», nos explica claramente los distintos períodos de la energía: si las vibraciones se manifiestan por un número de oscilaciones comprendidas entre la unidad y 34 al segundo, la energía es mecánica o perceptible al sentido del tacto: si entre 34 y 48.000 lo es al oído y es sonora: de tal cifra a 3.090,000 por segundo es desconocida como se manifiesta la energía, aunque las experiencias de Hertz parece señalarnos como ondas transversales de origen eléctrico: pasando de tal cifra hasta 50.000.000 por segundo son las oscilaciones hertzianas, para luego seguir conforme se eleve por las otras manifestaciones de la energía.

Quiere decirse, que si el funcionamiento es óptimo en cierto límite, las sacudidas de interrupción que en ese período se señalen darán como consecuencia la fatiga y más adelante la imposibilidad de reacción o, en otras palabras, la insensibilidad. Es así como responden, de análogo modo a como no se influyen a las corrientes de alta frecuencia los sistemas neuro muscular y neuro sensitivo; pues nuestros órganos contestan a las vibraciones que les hieren cuando tienen una frecuencia determinada.

MIS CASOS CLÍNICOS

Al exponer la serie de las observaciones propias e inéditas realizadas con mi último aparato que es el definitivo figuran 119 casos:

a) Grupo de 32 casos de extracciones; 13 premolares y molares; 7 caninos y 12 incisivos centrales y laterales. Aplicación eléctrica sola en 15 casos: anestesia completa en 10, incompleta en 5. Aplicación eléctrica con cocaína en 5 casos: completa en 4, incompleta en un caso de hiperestesia de la dentina. Aplicación eléctrica con estovaina en 2 casos incompleta. Aplicación eléctrica con novocaina en 10, completa en todas.

b) Grupo de 8 casos de caries de primer grado forma cervical con encía hipertrofiada, requiriendo la destrucción galvano-cáustica de la encía hipertrofiada y obturación de la cavidad. Aplicación eléctrica sola en dos casos completa. Aplicación eléctrica con novocaina en 6 completa.

c) Grupo de 18 casos de caries de segundo grado con hiperestesia de la dentina; de ellos, 5 eran de superficial y 13 de profunda, ya que comprimiendo el fondo de la cavidad sobreviene un vivo dolor a más de notarse sensaciones de frío, calor, alimentos, ácidos..... indicando que las caries alcanza las capas profundas de la dentina. Aplicación eléctrica sola en 7 casos, siendo completa en 6. Aplicación eléctrica con cocaína en 11 casos, siendo en dos incompleta.

d) Grupo de 13 casos de pulpitis (4 pulpitis aguda y 11 de crónica). Aplicación eléctrica sola en 6 casos; y en los restantes combinada con la novocaina: completa en 12 y un caso de incompleta.

e) Grupo de 14 casos de caries con gangrena pulpar, pero sin complicaciones: a aplicación eléctrica sola dió en 2 incompleta.

f) Grupo de 3 casos de épulis requiriendo su extirpación, extracción de los dientes inmediatos, legrado óseo y fulguración de cinco minutos a lo Keating Hart: anestesia completa con aplicación eléctrica con alipina.

g) Grupo de 6 casos de pólipos de la encía requiriendo extirpación y galvano cauterio. Aplicación eléctrica con estovaina en 4 casos, siendo incompleta en uno. Aplicación eléctrica con novocaina, en 2 completa.

h) Grupo de 2 casos de macroglosis requiriendo una extirpación cuneiforme, aplicación eléctrica con novocaina, con buen resultado.

i) Grupo de 23 casos de piorrea alveolar requiriendo la destrucción de la bolsa piorreica al galvano-cauterio. Aplicación eléctrica sola en 4, siendo en 2 incompleta. Aplicación eléctrica con estovaina en 2, incompleta en uno. Aplicación eléctrica con anestesia-adrenalina en 5, incompleta en 3. Aplicación eléctrica con

cocaina-adrenalina en 5, incompleta en 4. Aplicación eléctrica con novocaina-adrenalina en 7 casos, completa en todas.

CONCLUSIONES

1.ª El ideal de la electroanestesia en la práctica médica-odontológica constituye la *corriente de Leduc* o corriente galvánica interrumpida convenientemente.

2.ª Mis observaciones en diversas enfermedades y aquí mencionadas las de práctica dental me han dejado la convicción de que en la corriente Leduc puede reforzarse su acción especialmente con disoluciones de novocaina-adrenalina, cocaina-adrenalina y alipina.

Y 3.ª La disposición que en líneas anteriores estudio, tanto del instrumental que propongo como de la técnica que indico, facilita en gran manera el empleo galvánico interrumpido y combinado a sustancias químicas apropiadas.



El eczema impetiginoso, mejor llamado impetigoide

Por el DR. FELIPE SICILIA

DEL HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS DE MADRID

Es el eczema clásico de los linfáticos, de forma muy localizada, muy pocas veces se extiende a grandes regiones, sus sitios son los pliegues de flexión y regiones descubiertas de la frente, sienes y mentón, muchas veces crónica de brotes subagudos, quedando como epidermitis roja algo rezumante en los intervalos de calma.

Se llama impetiginoso no porque lo determine el estreptococo o estafilococo que produce los impétigos de la cara y cuero cabelludo, sino porque en los *linfáticos* es tan abundante la salida del suero, tanta la secreción que fluye de las numerosas, gruesas y agrupadas vesículas, las cuales se unen a veces y dan abolsamientos flictenosos epidérmicos concretándose la serosidad en sero-costras coaguladas blandas, montañosas, irregulares que se diferencian de las del impétigo vulgar en que son de un amarillo mucho más claro, hasta blanco-grisáceas y en que no tienen la forma montañosa redonda más regular, ni la de sello de cera o lacre de reborde más o menos cerrado, ni en meniscos plano convexos, pequeños con un pelo por eje, del impétigo Cilbury Fox vulgar y del folicular Sabourand y esto es debido a carecer el que describimos de microbios piógenos, acumulando muchos menos leucocitos en el suero de las lesiones y a que nace más por vesículas agrupadas pruriginosas, del tipo eczema amorfo muy exudativo, que no por flicténulas planas muy cargadas de leucocitos con pared más resistente del tipo impétigo; suele picar tanto más cuanto más agudo y secretante sea el brote, pues la serosidad excita las terminaciones nerviosas. Es más frecuente en edades de 10 a 20 años y suelen o están expuestos a padecer el prurigo de Hébra con el que tiene relación, pues es otra dermatosis crónica; de brotes de los linfáticos, soliendo encontrar hipoacidéz urinaria y hasta albuminuria ligera a veces intermitente. Por lo dicho, mejor sería llamarlo impetigoide, a veces se extiende en capa continua por cráneo y cara, contorno de orejas, pero siempre con tendencia a localización; aquí conviene distinguir del eczema seborréico en sábana y del impétigo que nace al lado de un eczema sobre fondo pitiriásico, pero en el primer caso empieza en edad más temprana, muchos,

en los dos primeros años de la vida con capicete graso o casquete concreto previo, con corona seborréica de escamas grasas maleables, adheridas que invade algún centímetro de piel lampiña fronto-temporales, con invasión mayor de pliegues, enrojecimiento mayor, vesículas más diseminadas, escasas y pequeñas, menor secreción, más papulación miliar en grano mostaza hasta guisantes de borde radiado y en el segundo caso hay mezcla abigarrada de escamitas del pitiriasis, flictenas o costras aplanadas o como pelotes del impétigo y las vesiculitas del eczema es tan diminuta, que apenas a luz refleja, entre las resquebrajaduras escamosas se discierne como perlitas amarillas caramelo oscuro, secas coagulada la gotita serosa dentro de la cavidad vesicular, apenas hay líquido, siendo más bien seca y coagulada la lesión, conservando relativamente bien su individualidad los 5 tipos lesionales, picando mucho menos, conservando la tendencia a forma redondeada, a estar más limitada, a extenderse mucho menos, recayendo en edades más extensas, desde antes de la pubertad a la madurez.

El eczema impetigoide, produce un infarto blando de la piel, una ingurgitación de las trabéculas dermo-linfáticas, un catarro crónico de la piel, con esclerosis muy acentuada, que deja en muchos, muy tarada la piel y expuesta a otras dermatosis secundarias, siendo una, el lupus blando impetigoide y ulceroso, sobre todo en torno de los orificios, debiendo tratar con intensidad el estado general con jarabe iodo tánico fosfatado-arsenical, aceite hígado bacalao ferruginoso, arseniado, iodado, o fosfo-fosfatado, las lecitinas, las quinas, los iodados, inyecciones, baños y duchas salinas, sueros Luton, Cheron y Trimecek, fricciones oleosas, fomentando y usando pastas y tópicos flojos para evitar irritar más estos eczemas.



La disenteria tropical en España

Conferencia dada el día 19 de Abril 1917, en el Instituto Rubio de Madrid

POR EL

DR. FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

De la Real Academia de Medicina de Granada, Profesor Auxiliar de su Facultad, Director del Instituto de Medicina tropical, ect.

SEÑORAS Y SEÑORES:

Correspondiendo a una galante invitación del ilustre Director de este Instituto, transmitida por mi fraternal amigo García del Diestro, aquí presente, voy a molestar vuestra atención para hablaros algo de un novísimo asunto que a todos interesa, que siempre está de actualidad y sobre el tapete, y al que acaso no se ha concedido todavía la atención que se merece, ni se ha dado el puesto a que tiene derecho en la cotización de los valores científicos en curso.

Han de ser, ante todo, mis primeras palabras de saludo respetuoso a este Instituto, ya que es la primera vez que oficialmente me encuentro en él, y de gratitud inmensa a su Junta directiva, y muy especialmente al señor Director y al Doctor Diestro, amables amigos que al invitarme a ocupar esta tribuna venerable, consagrada por el verbo y por la Ciencia de tanto ilustre sabio, colmaron mis aspiraciones y llenaron la medida del honor que, a un modesto médico provinciano, puede ser por los maestros concedido.

Y dicho esto, que yo he trasladado a mis palabras desde lo más íntimo de mis sentimientos, y hecha la salvedad—acaso innecesaria, puesto que muchos de vosotros me conocéis de antiguo y me oísteis en otras ocasiones—de que ni soy orador ni poseo el sublime arte del bien decir, ni me adornan aquellas bellas cualidades que deben ser bagaje obligado de cualquier conferenciante, dejo el prólogo, siempre enojoso por poco sustancioso e importante, y paso a hablaros del motivo que informa el tema de esta conversación.

Todos sabéis, y detallarlo aquí no tendría objeto, el proceso que me llevó a

colaborar en la magna obra del maestro Pittaluga, a quien saludo respetuosamente al verle sentado entre vosotros, conducente a revisar los campos un tanto inexplorados de la Patología hispana y a averiguar si en ellos existían algunos procesos tenidos por exóticos y que bien podrían poseer carta de naturaleza en el país, a juzgar por las deducciones que apriorísticamente podían ser hechas.

Y sabéis también cómo el éxito acompañó a mis pesquisas y me condujo a descubrir en seguida el kala-azar infantil que, confundido con una porción de enfermedades parecidas, existía con abundancia en el Mediodía de España; y a encontrar un típico caso de beri-beri, también desapercibido hasta entonces en el país, y a estudiar numerosos ejemplares de una dermatopatía—el botón de Oriente—que igualmente es muy frecuente en los territorios andaluces.

Estudiando la protozoología indígena de aquellas comarcas, y cuando la especialidad de aparato digestivo que allá cultivo me ponía en contacto frecuente con enfermos de esta índole, fué llamada poderosamente mi atención por la frecuencia con que a la consulta acudían diarreícos que presentaban un cuadro poco armonizable con los descritos en los libros corrientes, rebeldes a tratamientos que debían ser muy eficaces, y susceptibles de excitar la curiosidad de cualquier médico un poco observador.

Solían presentar estos enfermos una diarrea abundante y sanguinolenta, con heces mucosas y litéricas, con dolor y con tenesmo, con pujo y con retortijones de vientre, no acompañada de fiebre ni de vómitos; rebelde al régimen alimenticio, al bismuto, al aluminio, al plomo, a los astringentes, a los hemostáticos, y que sólo mejoraba parcialmente con altas dosis de opio, que sólo de modo transitorio y a beneficio de la cantidad en que se administraban producían acción.

Eran otras veces, sujetos que periódicamente sufrían diarreas no muy intensas, que duraban varios días, no se acompañaban de dolor ni de hemorragia y desaparecían espontáneamente de modo tan misterioso como cuando aparecieron.

Se trataba en ocasiones, de un verdadero cólera que bruscamente atacaba a un enfermo y le producía veinte, veinticinco y treinta deposiciones en las veinticuatro horas, líquidas y serosas primero, mucosas luego, muco-sanguinolentas más tarde y francamente hemorrágicas después, con fiebre, con algidez, con escalofríos, con calambres, con facies hipocrática, con estado general muy grave.

Otras, en fin, eran ligerísimos trastornos determinados por algún calambre intestinal, por algún grumo de sangre, o de moco, en un excremento excesivamente blando.

Con frecuencia veíamos también enfermos con hígado grande, congestionado, dolorido, con tinte terroso de la piel, con fiebre de supuración, hasta con edema de la pared del semitórax o semiabdomen derechos, y con los signos, en suma, de un

absceso hepático en cuya historia siempre podía encontrarse una alteración intestinal, no muy anterior al comienzo de los trastornos actuales. Y en el pus de esos flemones no se encontraban gérmenes piógenos y la curación era interminable y el proceso se hacía eterno.

En uno de esos operados cuya intervención, hábilmente hecha por nuestro querido maestro D. Víctor Escibano, antiguo aventajadísimo discípulo de esta escuela madrileña, evolucionaba con desesperante lentitud, ensayamos empíricamente el clorhidrato de emetina en inyección hipodérmica, de cuyas propiedades teníamos, aparte la noticia suministrada por libros y revistas, la alcanzada en las clínicas de París, donde con frecuencia veíamos inyectarla por los Doctores Vidal y Blanchard a disentéricos procedentes del imperio colonial francés.

El resultado que en nuestro ensayo obtuvimos, fué sencillamente estupendo y aquel enfermo que caminaba hacia la degeneración amiloidea, mejoró con dos o tres inyecciones y cicatrizaba con una rapidez que nunca pudo soñarse dado lo eterno del proceso y la cronicidad de su supuración.

Acuciados por las deducciones que de este hecho hicimos, dimos pábulo a nuestras antiguas sospechas y proseguimos con más ardor que nunca la labor inquisitiva que veníamos desarrollando. Buen número de médicos a quienes consultamos, nos daban cuenta de casos recogidos en las demarcaciones alpujarreñas que coincidían en un todo con lo que nosotros veníamos sospechando, y mil indicios que por doquier recogíamos confirmaban más la verosimilitud de nuestro modo de pensar.

Faltaba, empero, la prueba definitiva que sólo el microscopio podía dar, y esa prueba nos fué en breve suministrada por un enfermo de Albondon (Granada), que acudió a nuestra clínica de la Facultad de Medicina el día 7 de Junio de 1915, fecha que jamás olvidamos, por marcar el punto de partida del descubrimiento de la disentería tropical en España.

Sin ningún antecedente de herencia morbosa ni de padecimiento anterior, sin haber prodigado los sacrificios a Venus ni abusado de los placeres de Ceres ni de Baco, fué atacado súbitamente el día 15 de Mayo, por una diarrea abundante que con ligero tenesmo, dolores abdominales y sensación de embarazo gástrico le obligó a abandonar su residencia habitual y a buscar en la cercana villa el remedio a su dolencia.

Todo el arte terapéutico de los parientes femeninos del enfermo fué agotado; las evacuaciones ventrales, verdosas o amarillentas, la lengua saburral y los signos generales no cedieron tampoco al tratamiento prescrito por el facultativo que le asistiera; antes al contrario, agraváronse los últimos, presentárose pujos y tenesmo, apareció sangre en las deposiciones, que se repetían diez o doce veces en cada vein-

ticuatro horas, y se acentuó el enflaquecimiento que adquirió proporciones alarmantes.

Bien pronto comenzó a expulsar con las heces madejas de mucosidades; secóse la piel que tomó aspecto apergaminado, sobrevino la caquexia con todo su cortejo y desaparecieron las fuerzas en tal grado, que la familia, agotados ya los recursos pecuniarios que le habían proporcionado habitación y alimento durante la primera etapa de su dolencia, tuvo que recurrir a la caridad oficial, y le envió *sponte suo* a nuestra clínica.

Reducido a un esqueleto viviente, sin conservar ni señales del exuberante pánículo adiposo que en otros tiempos almohadillara y diera morbidez a sus formas un tanto femeninas, yace, más que descansa, en la cama que encuadra su desmedrado y consumido organismo.

Los ojos hundidos y faltos de expresión, los pómulos salientes, las comisuras muy acentuadas, determinan una facies cadavérica que llama la atención de cuantos le observan.

El aspecto es de extremada debilidad y caquexia. Los miembros reducidos, casi el grosor de sus piezas esqueléticas indican el considerable déficit con que salda su presupuesto orgánico; el vientre, hundido y doloroso a la presión, sobre todo en las regiones del colon; la piel seca, ictiósica, apergaminada, y el estado general de depresión física, de *tedium vitae* y adinamia acentuada, producen una insensibilidad e indiferencia que sólo se turban cuando las imperiosas llamadas del tenesmo rectal le inducen a expulsar las masas mucosas y sanguinolentas que muchas veces al día arroja por el recto.

El apetito está medianamente conservado, pero el enfermo se resiste a tomar alimentos porque la digestión es pesada y va seguida de fuertes dolores cólicos con acentuación del tenesmo. No hay vómitos. La orina es escasa y la temperatura ligeramente subnormal.

Las heces lientéricas, completamente líquidas o semejantes a un puré amarillo, van acompañadas de sangre en cantidad apreciable y de membranas y filamentos de moco blanquecino o ligeramente teñido.

Recogidas inmediatamente después de su evacuación y examinadas al microscopio con el aumento conveniente, pudimos apreciar la existencia de abundantes formas típicas muy movibles del *amaeba dysenteriae* o *entamaeba histolytica* Sch., con un diámetro de treinta a cincuenta micras, un ectoplasma hialino, un endoplasma granuloso, vacuolar, cargado de materiales bactericos, de detritus y de restos de hematíes en grados diversos de desintegración y una forma esencialmente variable por la continua emisión de pseudópodos dotados de movimientos de expansión y de retracción bastante rápidos.

Preparaciones teñidas por el Giemsa confirmaron la observación anterior y permitieron descubrir núcleos excéntricos, pequeños, pobres en cromatina, y dotados de un cariosoma central.

En el recto de un pequeño gato de dos meses fueron introducidos dos centímetros cúbicos de heces calientes, procurando aprovechar, sobre todo, las partículas glerosas que pululaban en el líquido diarréico. A los pocos días se inició una disentería típica con amebas análogas a las anteriores, y muy pronto el animal sucumbió y en su intestino pudimos apreciar las lesiones características de la amebiasis padecida.

El diagnóstico de disentería tropical quedaba hecho y aquel enfermo, primero de nuestra estadística, era el punto de partida de una serie de trabajos que nos han llevado a conocer bien a fondo la enfermedad que nos ocupa y a estudiar una cantidad de casos que no sólo dan buena fe de la existencia de la amebiasis en Andalucía, sino que nos enseñan curiosísimas particularidades de sus manifestaciones clínicas.

La historia que acabamos de reseñar pudiera ser tipo de la forma grave de la enfermedad; de aquélla en que la sintomatología es visible, ruidosa, alarmante; pero no resume todos los casos que se pueden presentar ni es, con mucho, la más frecuente de las que por allá observamos. Corresponde, en efecto, a una gran acometividad en el protozoo responsable, o a una grave insuficiencia de los recursos que defienden al organismo del atacado, pero ni siempre ocurre esto, ni en la mayoría de los casos se presenta la enfermedad con tan marcada claridad sintomática que permita diagnosticarla a simple vista.

Nosotros hemos observado infinidad de casos, ya que, repetimos, la disentería tropical es muy frecuente en Granada, y de ellos podríamos hacer una concatenación que iría desde esos graves y catastróficos aspectos clínicos que rápidamente conducen a la caquexia y a la muerte, hasta aquellos en que sólo un accidente fortuito o una exagerada y cuidadosa investigación de toda clase de datos para el diagnóstico, conduce a encontrar una ameba que ningún signo clínico hacía presumir.

Trátase a veces, como en uno de nuestros observados, de una diarrea teñida de sangre, con seis a ocho deposiciones por día, cortas, sin tenesmo, sin dolor, sin pujo, sin lenteria, sin trastornos generales, sin fiebre, con desnutrición, con anemia, o bien es un sujeto que todos los veinte o treinta días tiene durante seis u ocho un estado diarréico con o sin dolor, con o sin sangre, con moco, con o sin lenteria, con o sin pujo, pasado el cual reaparece la normalidad de las evacuaciones, o se presenta un estado de astringencia que ni obedece a motivo conocido ni se interrumpe por causas apreciables. A veces la enfermedad comienza con dolores de vientre,

pujos, diarrea sanguinolenta, o franca hemorragia intestinal, fiebre, escalofríos y sudores, desapareciendo luego el dolor y la hemorragia para quedar una diarrea líquida, serosa, como agua, con moco y restos alimenticios, o bien, como ocurría en el más curioso de nuestros historiales, oficial de infantería que atrapó una disentería tropical en Tetuán, donde fué desastrosamente tratada con bismuto y con tanino, pasa el período de agudeza, de diarrea, de pujos, de dolor, de hemorragia, y todo se reduce a que todas las madrugadas, a las cuatro o a las cinco de la mañana se produce una necesidad imperiosa e inaplazable de ir al retrete, donde se evacua una materia semi-líquida, sin sangre y sin moco, que produce dos o tres deposiciones tras las cuales transcurren todas las que pasan hasta la madrugada siguiente sin la menor molestia y sin el más insignificante trastorno abdominal o de otro sitio.

Es decir, que se dan en nuestro país las formas más diversas de las disenterías tropicales, desde las diarreas más sencillas, confundibles con un simple trastorno intestinal, hasta las manifestaciones gravísimas de las formas ecuatoriales, deduciéndose de aquí la necesidad de buscar la existencia de las amebas en todos los diarreicos, no fiándose nunca de la sintomatología clínica ni de la benignidad y sencillez del proceso patológico.

En un principio, alucinados con las descripciones de los tratados de Patología tropical, buscábamos cuadros espeluznantes, diarreas caquetizantes, síndromes casi cataclísmicos y sólo en ellos creíamos podría haber amebas responsables. En la actualidad, las heces de todo enfermo que presenta la más tenue diarrea o el menor abultamiento del hígado, son sometidas a las pruebas microscópicas y experimental, y gracias a ello hemos calificado y hemos curado estados que hubieran pasado forzosamente desapercibidos de haber pensado únicamente en las clásicas formas tropicales de las disenterías amebianas.

Hay que destruir el dogma de que un disentérico para ser calificado de amebiano ha de proceder de un clima cálido. Es preciso llevar esta noción al conocimiento de los médicos, aunque para ello precise saltar por encima de un principio unánimemente admitido hasta el día. Cuando tal objeto se consiga, cuando se sepa que el diagnóstico de la enfermedad puede hacerse por procedimientos sencillísimos y totalmente inofensivos, se habrá dado un paso en la Medicina patria y se habrá salvado la existencia a los innumerables enfermos que hoy mueren por falta de diagnóstico preciso y de tratamiento apropiado.

La mayor parte de nuestros enfermos son obreros que nunca han abandonado el terreno en que nacieron, o que por lo menos de mucho tiempo a esta parte no se han ausentado de su país natal, ni mantenido relaciones directas con gentes que procedían de países disentéricos; extremo este, que siempre investigamos con especial cuidado.

Nosotros hemos encontrado disentéricos en diversos puntos de la Andalucía oriental, y singularmente en los valles de las Alpujarras, en las vegas que circundan a la ciudad de Granada y en los propios barrios pobres de la capital, sin que le encontremos relación con la distribución de las aguas ni con el clima, aunque sí parece mucho más frecuente en las clases desheredadas.

Las continuas relaciones de nuestros labriegos con los del Africa francesa y los periódicos viajes a Orán, donde aquéllos son requeridos anualmente para practicar las faenas propias del cultivo de la vid, y la analogía de clima, género de vida, alimentación y hasta costumbres entre los países del Norte africano y los de la costa granadina, separados sólo por unas cuantas leguas de mar latino, permiten explicar el origen de la disentería andaluza.

Transportada la ameba a la Península en fecha que debe ser muy remota, asentó en ella y tomó carta de naturaleza en el país, quedando desde entonces como uno de sus huéspedes endémicos.

El foco andaluz no debe ser el único, y es seguro que, investigándola con cuidado, se ha de hallar la disentería tropical fuera de los límites convencionales de la región de Granada, Málaga y Almería. Las provincias de la Andalucía occidental, Sevilla, Cádiz, Huelva, la costa de Levante, la Catalana, Portugal, y quién sabe si la meseta castellana y hasta las costas del Cantábrico posean entre su fauna microscópica habitual la ameba disentérica de Schaudin.

La labor de buscarla y encontrarla es, sin duda, una de las más interesantes a que pueden ser dedicadas las actividades de los médicos estudiosos.

Nosotros no nos fiamos casi nunca de los datos clínicos, como elementos de juicio para el diagnóstico. Por regla general la sospechamos cuando el enfermo presenta un cuadro sintomático completo. Deyecciones al principio mucosas, blanquecinas, traslúcidas, difluentes, coposas o granuladas, con membranas arrolladas como raspadura de tripa; con partículas que parecen granos de arroz reventados. Después, o a veces al mismo tiempo, aparece sangre, ya en estrías, ya en placas, ya mezclada con el resto de la deposición, que aparece uniformemente muco-sanguinolenta adquiriendo el tipo de jugo de albaricoque, de jugo de fresa o de esputo neumónico. Más tarde sero-sanguinolentos, sin moco, como el agua de lavar carne, luego hemorrágicos, de sangre pura, con o sin coágulos, y por último, gangrenosas, obscuras, con trozos de mucosa esfacelada.

Dolores abdominales intermitentes o continuos, espontáneos o consecutivos a la palpación localizados al hipocondrio y fosas ilíacas, con su máximo a nivel de la lesión, siguiendo a veces el trayecto del colon transverso.

Tenesmo constituido por sensación de pesadez, de escozor, de constricción de la región anal, con deseo incesante, imperioso y a menudo infructuoso de defecar.

Sensación de fatiga general, lengua sucia, ligero movimiento febril, piel seca y tinte terroso característico.

Pero la mayor parte de los casos no ofrecen ese cuadro típico y completo y se impone recurrir a los métodos auxiliares, alguno de los cuales es tan sencillo y está tan al alcance de los prácticos, que todo médico, en todo momento puede recurrir a él.

Examen de las heces en fresco.—De la parte glerosa de una deposición recogida en vasija templada y evitando cuidadosamente que se enfríe, o de la úlcera rectal, previa la aplicación del rectoscopio, como hemos visto hacer a Friedel en París, se toma una pequeña porción que se diluye en suero fisiológico a 37° o mejor en el líquido de Grassi recién preparado y se coloca sobre un porta en platina caliente, a menos que el examen se haga en verano y en clima cálido.

Al practicar esta investigación fecal, nosotros preferimos seguir el proceder de Vincent que facilita mucho la percepción del parásito. Colocada sobre el porta la partícula a examinar y el suero en que se la diluye, depositamos encima el cubre-objetos, cuidando de no ejercer ninguna presión, y luego, junto al borde de éste, en el líquido que de entre ambos cristales rezuma, dejamos caer una gota de solución filtrada de azul de metileno al 1 por 100. El color se difunde en seguida, tiñendo uniformemente el líquido, sobre el que destacan claramente las amebas, que no se dejan impregnar por la materia colorante.

Puédese buscar un efecto inverso añadiendo a la preparación unas gotas de neutralroth, en solución acuosa diluída, para que queden teñidos los parásitos.

En períodos de atenuación o de pseudo-curación pueden no verse amebas, siendo necesario entonces buscar en las deposiciones las formas quísticas del parásito. Para ello se comprime fuertemente entre porta y cubre una partícula de excremento con el fin de obtener un frote finísimo.

Las heces, en fin, pueden ser enviadas a distancia y conservadas sin que se alteren los parásitos contenidos merced a su mezcla a partes iguales con cinco gramos de formol comercial al 40 por 100 en cien gramos de suero fisiológico.

Examen de preparaciones secas.—En una de las preparaciones anteriores púedese hacer penetrar por capilaridad una gota de solución de ácido crómico al 1 por 100. Con ello quedan fijadas las amebas que se colorean después haciendo pasar una gota de carmín aluminico.

Bertarelli recomienda desecar sobre una lámina la gota de líquido que contiene los parásitos. Se hace actuar después, durante cinco minutos, alcohol absoluto ligeramente teñido por la eosina, se lava con una mezcla de alcohol y xilol, luego con xilol solo, y después se monta en bálsamo.

Puédese también fijar durante diez minutos en el líquido de Flemming, lavar en agua y en alcohol y colorear después por la safranina o el violeta de genciana.

Pero es preferible utilizar el método de Lagane. Los frotos de materia fecal se fijan en el ácido ósmico o en el líquido de Schaudinn: luego se pasan al alcohol iodurado: después se colorean con tionina, azul de toluidina o hematoxilina de Hendenhaim o de Grenacher. En seguida se diferencian con el ácido acético o el oxálico diluidos; después se lavan en alcohol de 70°, y últimamente, se montan en bálsamo cuidando de que en ningún momento se seque el frote objeto de estas manipulaciones.

Los métodos de Giemsa, Laveran, Marino y Romanowsky pueden dar igualmente muy bellas preparaciones. La tinción de los quistes se obtiene con la hematoxilina férrica de Hendenhaim y la eosina, previa la fijación por el Schaudinn.

El cultivo, de dificultades técnicas enormes, no pasa de ser una operación de laboratorio, inaplicable a las necesidades de la clínica y de la práctica profesional.

Todos los procedimientos anteriores necesitan el empleo de material adecuado, no siempre disponible. No están, por consiguiente, al alcance del médico rural. Pero hay uno sencillísimo que no requiere educación previa, ni material de ninguna clase, que puede ser puesto en práctica por cualquiera y en cualquier parte, y que constituye, por consiguiente, el método de elección para la mayoría de los casos. Nos referimos a la inoculación experimental.

En el recto de un gato muy joven, se inyecta medio centímetro cúbico de heces frescas del presunto disentérico. A los dos o tres días, si la enfermedad era de naturaleza amebiana, se desarrolla en el animal una diarrea mucosa o muco-sanguinolenta, con abatimiento, tristeza, pelo erizado y muerte a los diez o quince días.

El procedimiento no puede ser más sencillo y sus resultados son de una seguridad indudable. En el gato se ha desarrollado la enfermedad. La ameba ha ingertado en el intestino, produciendo necrosis superficial, luego una úlcera con absceso en botón de camisa y alguna vez un absceso hepático como el humano. El excremento es rico en parásitos.

El resultado, verdaderamente maravilloso y eficaz del clorhidrato de emetina en el tratamiento de los amebiásicos, justifica la adopción de este método de diagnóstico análogo al tratamiento de prueba de la sífilis y del paludismo.

El profesor Widal, en una magistral lección que tuvimos el gusto de escucharle durante el semestre de invierno del 1913, decía que todo disentérico sospechoso debía ser tratado por la emetina sin necesidad de recurrir a medios delicados de diagnóstico. Si la curación no aparecía a los dos o tres días, había que desechar las sospechas de amebiosis y orientar en otro sentido nuestras pesquisas.

Como el método no tiene inconvenientes, y como según Rogers, «toda disentería

no modificada en dos o tres días por la emetina no es de naturaleza amebiana», nosotros no vacilamos en aplicarlo, si bien dentro de un momento al hablar del tratamiento, tendremos ocasión de exponer el resultado de nuestra experiencia.

Ya cayeron en desuso por ineficaces una porción de sustancias tenidas por antidisentéricas; el sulfato de sodio, el de magnesio, el kho-san, la Simarouba, la ipeca, según el método brasileño y algunas más.

Veía Rogers, en Calcutta, que un buen número de disentéricos morían por no poder recibir de una vez las altas dosis de ipecacuana que su grave estado requería. Recordó entonces las experiencias de Velder, que con soluciones de emetina, alcaloide principal de la ipecacuana mataba en el acto los cultivos de ameba histolítica si la solución era al uno por diez mil y al cabo de algunos minutos si lo era al uno por cien mil. Hizo Rogers el ensayo con los parásitos contenidos en las heces disentéricas y al obtener idéntico resultado, decidió ensayar el producto en sus enfermos. El resultado fué realmente maravilloso y la emetina es, desde entonces, el recurso específico contra las disenterías tropicales.

Nosotros la empleamos sistemáticamente en todos nuestros clientes, a los que solemos tratar del modo siguiente: Si el caso es grave, imponemos un reposo absoluto en cama, una alimentación muy ligera a pequeñas cantidades y con cortos intervalos. La leche suele ser mal soportada, de modo que la reservamos para los casos en que la lengua está absolutamente normal. Es preferible recurrir al agua de arroz o de cebada, a las claras de huevo y a las bebidas tibias. En la forma crónica, dieta láctea alternada con sopas y pastas.

Inmediatamente que el diagnóstico queda establecido, aplicamos una ampolla de emetina. La dosis es repetida a las doce y a las veinte y cuatro horas, a partir de cuya fecha la mejoría es ya franca y bien visible. Desde entonces la inyección se hará una vez al día durante cuatro o cinco, suprimiéndola cuando la normalidad se restablezca.

Con mucha frecuencia hemos dado el alta a un disentérico reputándole curado y le hemos visto volver a los diez, a los quince o a los veinte días con una nueva agudización de aquella enfermedad que parecía acabada, o con los signos de una intensa congestión hepática o con el cuadro sintomático de un absceso amebiano del hígado.

Es que la emetina, que mata rápidamente a los parásitos adultos, carece de valor contra los quistes de resistencia, y desarrollados estos más tarde, dan lugar a una nueva pululación de protozoos que reproducen la enfermedad que parecía curada.

Por eso al cabo de diez, de veinte y de treinta días de la aparente curación, es prudente repetir las dosis inyectables. Nosotros lo hacemos así sistemáticamente,

sin que conozcamos desde entonces una sola recaída ni una metastasis hepática. El enfermo puede considerarse radicalmente curado a raíz de la inyección que se le pone a los treinta días de la desaparición de los signos clínicos.

Contra el tenesmo y el dolor abdominal que no cede hasta varias horas después de la primera inyección, puede recurrirse de momento a las aplicaciones dolientes, a los baños o a los enemas laudanizados.

Contra el estreñimiento post-curatorio darán buen resultado los laxantes suaves, el régimen alimenticio y, en casos rebeldes, los purgantes oleosos o salinos.

Respecto a dosis, nosotros utilizamos ordinariamente las de cuatro centigramos de clorhidrato de emetina por ampolla. En los niños menores de ocho años preferimos las de uno a dos a las introducidas por vía rectal, que puede dar lugar a rectitis y a diarreas glerosas.

En los casos graves se pueden aplicar hasta quince centigramos de primera intención, pero la cifra resulta un poco peligrosa. Es mejor inyectar diez durante dos o tres días, descansando luego unos cuantos para prevenirse contra la intoxicación por acumulación.

La hepatitis puede hacerse abortar en los primeros días recurriendo a un tratamiento enérgico. Si el absceso del hígado está ya formado deben hacerse unas cuantas inyecciones para esterilizarlo. Después cabe seguir dos caminos: o hacer la punción aspiradora, seguida de la inyección de seis centigramos de emetina en treinta centímetros cúbicos de agua, o practicar la incisión con desagüe activando la cicatrización con las inyecciones hipodérmicas del medicamento específico.

Ordinariamente el primer efecto que produce la emetina es suprimir la sangre que acompaña a las deposiciones y ello nos impulsó a ensayarla en casos de hemorragias graves y profusas sea cual fuere la índole de la enfermedad y los motivos de la pérdida de sangre. El resultado ha sido siempre muy satisfactorio.

Hemoptisis gravísimas rebeldes a una porción de hemostáticos más o menos poderosos, repetidas, sostenidas, profusas, han cedido rápidamente a la emetina. Hemorragias copiosas producidas en dos de nuestros casos por una úlcera de estómago que había debido perforar una arteriola, a juzgar por la cantidad y el color de la sangre que salía por la boca, cedieron rápidamente a la emetina; algún caso de hematuria, varios de varices hemorroidales, y uno de hemorragia en sábana por vaciamiento de fosa parotidea, cedieron rápida y radicalmente al medicamento y nos garantizaron el elevado poder hemostático de las sales solubles del alcaloide de Pelletier.

En algún caso produjo la emetina una expectoración abundantísima, verdadera broncorrea que duró cuarenta y ocho horas y no fué seguida de ningún otro síntoma. En un chico, al que deliberadamente forzamos la dosis para abortar un absceso de hígado que parecía inminente, se presentó un estado como de somnolencia y de so-

por, con pulso muy débil, que desapareció espontáneamente al cabo de unas horas sin que fuese preciso recurrir a ningún contraveneno ni surgiera la indicación de hacer algo contra aquel pasajero trastorno.

Un solo punto ha de detener todavía nuestra atención antes de dar por terminada la conferencia de esta tarde.

Decía el profesor Widal, en la magistral lección a que antes aludimos, una de las del curso de enfermedades infecciosas que le oímos explicar en el gran anfiteatro de la Facultad de París, que ante una diarrea sospechosa de amebiana, el médico ni debía vacilar, ni debía perder tiempo en averiguaciones ni investigaciones más o menos engorrosas, sino que debía poner en práctica el tratamiento por la emetina en la seguridad de que la diarrea desaparecería si era de naturaleza tropical y permanecería igual que antes si se debía a los bacilos disentéricos indígenas o a cualquier otro proceso más o menos banal del intestino.

Dice Rogers que una diarrea no modificada por la emetina no es de naturaleza amebiana, y admite que cualquiera que no sea provocada por amebas no cede ni se cura con las inyecciones del tan citado alcaloide.

Hablan, por último, los libros, y nosotros también nos declaramos reos confesos de ese error, de un emetino-diagnóstico fundado en el mismo principio. Se pone emetina a un diarréico sospechoso. Si se cura, señal de que su enfermedad era producida por la ameba. Si no se cura, ni se modifica, señal de que no lo era. Y así se establece para la amebiosis un tratamiento de prueba igual al del mercurio en la sífilis y al de la quinina en el paludismo.

Pues bien, nosotros hemos comprobado siempre el primer enunciado, de estos aforismos. Ni una sola vez nos ha fracasado la emetina en diarreas tropicales. Siempre hemos logrado con ella efectos muy brillantes. Siempre hemos curado en muy pocos días un estado gastrointestinal, a veces gravísimo, debido al cultivo de la ameba disentérica.

Pero otras veces, muchas veces, hemos curado eficazmente una diarrea que ni era tropical, ni se debía a las amebas, ni obedecía a otra causa que a motivos de orden muy distinto, perfectamente claros y evidentes y cuyo valor etiológico no era dado discutir.

De modo que, sin temor a ser rectificadas, sin dudas, sin vacilaciones, sin vaguedades, nosotros sostenemos que *todas* las diarreas de origen amebiano ceden en seguida a la emetina; que *muchas* diarreas que no se deben a la ameba ceden también en seguida a la emetina. La emetina es, pues, el remedio específico, irremplazable, insustituible, de elección, contra la disentería tropical, y un remedio poderoso, eficaz, activísimo, contra muchas diarreas no disentéricas ni tropicales.

Estados intestinales consecutivos a enteritis tuberculosas, a lesiones de las su-

prarrenales, a aquillas gástricas, insuficiencias pancreáticas, catarros intestinales, colitis glerosa, diarreas urémicas, etc., perfectamente diagnosticadas, comprobadas al microscopio, confirmadas por la negativa investigación de las amebas y por la infructuosa investigación felina han cedido perfectamente a la emetina ya de un modo definitivo, para no volver más, ya de modo transitorio para reaparecer a los pocos días de suspendido el tratamiento.

Es aún pronto para que nos atrevamos a dar conclusiones de otro orden ni a sentar afirmaciones más rotundas. Ni siquiera la acción de la emetina, fuera de los casos en que actúa como específica; nos es perfectamente conocida.

Cede, por ejemplo, un catarro intestinal a la primera inyección; reaparece dos o tres días después y ya es rebelde a la emetina. Curan otros de modo radical, en pocos días, y resisten otros hasta a dosis relativamente forzadas.

En general, desaparece en seguida el dolor que acompaña a las deposiciones y la sangre que las tiñe, sea cual fuere el motivo del dolor y de la sangre. Unas veces se acaba en seguida la diarrea, otras tarda mucho en quitarse. Algunas se pierde para después volver, otras permanece inalterable.

Decimos, pues, que la ametina une, a su poder antihemorrágico bien probado, y a su acción amebicida innegable, una acción antidiarréica poderosa, tan poderosa que en muchos casos es superior a la de los astringentes usuales, y suficiente sin duda alguna, junto a las otras propiedades terapéuticas, a incluirla por derecho propio en el grupo de los que se llaman medicamentos heróicos.

La escuela de gastrólogos de este Instituto Rubio, presidida por hombre tan estudioso y por especialista tan reputado como el Dr. Luis y Yagüe, mi ilustre amigo, hallaría en esto de la emetina amplio campo donde desarrollar sus actividades y labor interesante que estudiar y esclarecer.

Nosotros no hemos empleado nunca más que el clorhidrato de emetina sin que poseamos experiencia alguna sobre el bromuro ni sobre ninguna otra de las seales del alcaloide.

En unas ocasiones hemos recurrido al cloruro que, en ampollas de cuatro centigramos por gramo de vehículo nos suministran las oficinas de farmacia; en otras al que igualmente disuelto y encerrado en ampollas expenden las casas Burroughs Wellcome y Parke Davis, en otras al que con el nombre patentado e industrial de «Hemometina», prepara en sus «Laboratorios del Norte de España», el Doctor J. Cusí, de Figueras, y en algunos a la «Ipeca totale injectable» de los Laboratorios Dausse, de París.

En general, una primera conclusión se puede sacar de nuestra experiencia. La emetina de las farmacias es inferior en acción a las de Cusí, de Burroughs y de Parke, bien sea por la pureza del alcaloide que éstos utilizan para sus preparados,

bien por la perfección de la técnica empleada, ya por la habilidad en prepararla, ya por la cuantía de la dosis que encierra cada ampolla.

La ipeca de Dausse, de potentes virtudes hemostáticas, es, seguramente, la menos amebicida de todas las citadas.

La de Parke y la de Burroughs, difícilísimas de obtener a causa de las dificultades y trabas que para su exportación impone el gobierno de Inglaterra, suelen ser muy aceptables.

Pero la que goza de todas nuestras simpatías, la que nosotros preferimos siempre, la que nos ha producido los mejores éxitos, y la que no vacilamos en recomendar afincadamente, es la Hemometina de Cusí, con la cual hemos logrado muchas veces efectos astringentes, antidisentéricos y hemostáticos que en vano pedimos a los fármacos de otras procedencias.

Tratándose además de un producto nacional, que al certificar la cultura farmacéutica de su autor, honra a la química española, nosotros, sin escrúpulos, fundados en una experiencia que es muy suficiente a este respecto, nos creemos en la obligación de considerar a la Hemometina del Dr. Cusí como el más perfecto de los antidisentéricos que poseemos hasta el día.

Con ella, toda amebiosis, sea del grado que sea, será rápidamente yugulada; toda hemorragia curable será enseguida cohibida, y cualquier diarrea capaz de ceder a la emetina, será muy pronto dominada.

Y nada más he de deciros, señores maestros y amigos, sino es reiteraros gracias por vuestras bondades, dáros las muy sentidas por la benévola atención con que me habéis escuchado y rogaros un amplio y espléndido perdón por las molestias que con mi conversación y con mi prosa os he producido en el día de hoy.

HE DICHO.



PRENSA PROFESIONAL

Revista de Medicina y Cirugía Prácticas
N.º 1.496.-Febrero 1918

Quistes sebáceos de la epiglotis (dos casos)

POR

FERNANDO BERTRÁN Y CASTILLO

Otólogo del Instituto Nacional de sordo-mudos y del Real Dispensario Antituberculoso Príncipe Alfonso.

Con harta frecuencia ocurre, en el ejercicio de la Medicina, que transcurran lapsos de tiempo de larga duración sin que se presenten a nuestra observación enfermos de una entidad nosológica determinada, y de pronto, en breves días, veamos varios casos iguales. Algo de esto me ha ocurrido a mí con los *Quistes sebáceos de epiglotis*; en los dieciocho años que llevo viendo enfermos de laringe, de ellos dieciseis en una clínica tan numerosa como la de mi maestro respetado y querido, el Dr. Cisneros, yo no había visto absolutamente ninguno, y ahora casi seguidos, he observado dos, habiéndome sugerido la idea de hacerlos asunto de un breve trabajo porque de mi rebusca en las revistas, folletos y demás artículos bibliográficos de la especialidad he podido convencerme de que, si bien no son de excesiva rareza, no son tampoco nada frecuentes, como se puede ver por el escaso número de observaciones publicadas.

Las dos observaciones propias son las siguientes:

Observación 1.ª Policlínica de la 3.ª Comisión de la Cruz Roja. Enfermo número 2.619 de mi consulta. A. A., de 32 años, casado, jornalero, poco fumador y bebedor. Hace dos meses empezó a notar una ligera molestia en la garganta que le obliga a carraspear con frecuencia, poco a poco esta molestia se ha hecho más pertinaz, notando a veces como si tuviese un cuerpo extraño que cambiase de sitio. Hace dos días, al quererse mirar en un espejo su garganta, vió que al toser aparecía

por detrás de la lengua una bolita amarillenta y en vista de esto se decide a ir a mi consulta el 10 de Noviembre de 1917.

Examen: Nada en fosas nasales. En faringe, la úvula está ligeramente edematosa y pienso pueda ser esto la causa de las molestias, pero al producirse durante la exploración un reflejo faríngeo veo aparecer por detrás de la base de la lengua el cuerpo extraño que dice el enfermo. Con el laringoscopio puedo ver la existencia de un quiste sebáceo del tamaño de un garbanzo mediano, muy pediculado y cuyo punto de inserción es la fosa glosa-epiglótica izquierda. La extremada longitud del pedículo explica no sólo su aparición en la faringe cuando el enfermo tose, sino además los cambios de sitio que notaba.

Le propuse hacer su extirpación, y aceptada previa anestesia cocaínica y con el asa galvánica lo aprisioné muy fácilmente en su implantación, sacándolo íntegro, y cauterizando luego con el galvano para evitar una recidiva. La sección del tumor confirmó en absoluto el diagnóstico y creo innecesario decir que el enfermo no volvió a tener molestias y que visto a los diez días había caído la escara y estaba cicatrizado.

Observación 2.ª No habrían transcurrido quince días de la anterior cuando en mi consulta particular se presenta D. C. A., de 60 años, casado, quien desea le reconozca pues hace ya varios meses, no puede precisar cuantos, viene notando molestias en la garganta con una tos muy pertinaz, especialmente por la noche. Enfermo muy aprensivo, está muy preocupado, y en realidad tiene fundamento su aprensión, pues, según me refiere, ha sido operado ya de vaciamiento petro-mastoideo, sinusitis maxilar y absceso amigdalino; ha tenido varias veces edemas laríngeos, congestiones pulmonares y no recuerda si algo más, siendo verdaderamente una Patología su organismo y teme que esto que ahora nota sea también algo grave. No tiene molestia alguna a la deglución.

Examen: Normales fosas nasales y faringe. Al reconocerle con el laringoscopio quedo verdaderamente asombrado ante la existencia de un tumor amarillento (quiste sebáceo), surcada su superficie de vasillos finos, abundantes, con base de implantación muy ancha y que llena por completo ambas fosas los glosa-epiglóticas, empujando la epiglotis hacia la laringe y con un tamaño de casi un huevo de paloma.

Tranquilité al enfermo respecto a la importancia de su padecimiento y le indiqué la conveniencia de extirpárselo, pues si bien hasta ahora no le producía apenas más molestias que la tos, si seguía desarrollándose podría hacer bascular la epiglotis y tapando la luz laríngea dar lugar a espasmos. Receloso el paciente y atemorizado ante una nueva operación no se decidió, por lo que sabiendo yo era íntimo amigo de un distinguido especialista de esta Corte, le aconsejo vaya a oír su opinión. Este querido compañero confirmó en absoluto mi diagnóstico, pero según el

enfermo, le dijo que no era prudente operarlo entonces, y yo respetuoso siempre con opiniones ajenas, aunque no alcanzándome el temor a la intervención, le aconsejé el aplazamiento que era lo que el deseaba, pero advirtiéndole viniese de vez en cuando para observar la marcha del tumor e intervenir si se hace imprescindible.

* * *

Esta clase de tumores han sido bien estudiados por Moure, quien en su Tesis del año 1881 y su comunicación al Congreso de Milán, dió cuenta de cien casos de tumores quísticos de laringe, si bien este crecido número se comprende porque, como es natural, englobaba toda clase de quistes (serosos o coloideos, sanguíneos o ateromatosos). Los consideraba como tumores por retención formados en el interior de las glándulas. Al tratar de su localización ya hace notar que son mucho más frecuentes los intra que los extralaríngeos. Lubet-Barbón puntualizó más el sitio de implantación, que fija en las cuerdas vocales y epiglotis. Garel, en cambio, no se explica el por qué aparecen algunas veces en la cara lingual de la epiglotis (casos míos), pues dice en dichos puntos no existen glándulas (sin duda, cuando escribió esto, desconocía las investigaciones de Zuckenand que demuestran su existencia), y afirma se forman, sobre todo, en el tercio posterior de las cuerdas y en una de sus caras, nunca en el borde libre, confirmando los estudios de Coyne sobre las glándulas de las cuerdas vocales, cuyos conductos escretorios vienen a abrirse sobre ambas caras y jamás en el borde. Castex, Lannois y Botey fijan la implantación de los quistes principalmente en la epiglotis o inmediaciones, y Morell-Mackenzie, además, dice pueden presentarse en los ventrículos.

A pesar de que Moure dice que esta clase de tumores representan una cuarta parte de los neoplasmas benignos de laringe, yo, en la requisa que he realizado en las publicaciones de la especialidad de quince años a esta fecha, no he logrado reunir más que ocho observaciones, número que no corrobora la opinión de Moure, a no ser que por ser tan corrientes nadie, o muy pocos, se hayan ocupado de publicar sus observaciones; pero no debe de ser así, por cuanto en los casos que he hallado todos sus autores los citan como algo curioso, y además la opinión autorizadísima del Dr. Cisneros ha confirmado la mía.

Mi querido amigo, el Dr. Botella, reunió las observaciones de los enfermos que habían asistido a la Consulta Pública del Hospital Provincial desde el año 1888 al 1903, y las publicó en forma de estadística en el *Boletín de Laringología*, y en dichos trabajos se puede ver que en 15.000 enfermos no hubo ni un solo caso de quistes de epiglotis ni intralaríngeos; la misma carencia de observaciones de esta afección ha existido en los 22.000 enfermos vistos en dicha consulta desde 1903 a 1915 en que yo dejé de asistir a ella, y aun hay más: preguntado el Dr. Cisneros si

él había tenido ocasión de observar en su clientela particular algún quiste sebáceo-laríngeo, me dijo que sólo había visto uno en una niña y que no se quiso operar.

El Dr. Gaudier publicó en *La Presse Oto-Laryngologique Belge*, número 10, Octubre 1903, un caso de quiste dermoideo de la epiglotis.

El Dr. V. Guttmann dió cuenta en Febrero de 1910 en *La Reunión mensual de la Asociación de Oto-rino-laringólogos Tchecos* de una observación de quiste dermoideo de la banda ventricular izquierda asegurando ser único caso en la literatura, ya veremos hay otro. El Dr. Girmonusky refiere en el *Journal mensuel russe des maladies de l'oreille*, ed número 11, Noviembre 1909, la historia de un hombre de 36 años, que hace 3, se produjo una herida en la epiglotis con una espina de pescado; se le inflamó la epiglotis y al obliterarse las glándulas se formó un quiste en su cara lingual.

Jurasz presentó a la *Sociedad Polonesa de Oto-rino-laringología* un caso de quiste de la banda ventricular izquierda recordando otro de la región interaritenoides que simulaba una lesión tuberculosa (?).

Zambrini, a la sesión del 13 de Octubre de 1909 de la *Sociedad Argentina de Laringología*, llevó un enfermo con quiste de epiglotis.

C. Sytcheff, *Journal mensuel russe des maladies des oreilles*, ed. núm. 3 1912, da cuenta de una observación de quiste de la epiglotis en una mujer de 33 años, cuyo único síntoma era una fetidez de aliento de hacía doce años. Con motivo de esta observación, dice que estas neoformaciones se observan en un 5 por 100 de casos de tumores benignos, que su principal sitio de implantación es la cara lingual de la epiglotis y que en su etiología juega principal papel las inflamaciones catarrales.

Y el Dr. Farguharson, en la sesión del 30 de Noviembre de 1912, de la *Sociedad Escocesa de Otología*, dió cuenta de un quiste voluminoso del aritenoides derecho y repliegue ariteno-epiglótico en un hombre que aquejaba gran disnea.

Repito que estos son los únicos casos que he encontrado publicados; quizá la escasez y a veces carencia de síntomas que, sobre todo si son extralaríngeos y no de gran volumen, producen, sea también causa de que pasen desapercibidos y por esta razón no se encuentren más en la literatura, siendo, por lo tanto, mi único objeto con estas líneas el contribuir a aumentar la lista con los dos relatados.



EXTIRPACIÓN TOTAL DE LA LARINGE CON ANESTESIA CLOROFÓRMICA

POR EL DR. SOJO PRATDESABA

Auxiliar de la Cátedra de oto-rino-laringología de la Facultad de Medicina de Barcelona

No puede dudarse que entre los principales factores que han contribuído a los éxitos operatorios actuales en la práctica de la laringuectomía, debe señalarse la anestesia local por la novocaína. Pero, tal vez, la generalización de este método de anestesia practicado de un modo casi exclusivo por algunos laringólogos no se ajuste a todos aquellos preceptos de una correcta cirugía y sea conveniente revisar nuevamente el valor de la narcosis por el cloroformo y sus sucedáneos, aportando al terreno de la controversia todos los hechos clínicos que puedan servir para dilucidar punto tan importante. A tal motivo obedece la publicación del presente caso.

Muchos son, en efecto, los laringólogos españoles que actualmente practican la laringuectomía, especialmente total, y casi unánimemente se sirven de la anestesia local con excelente resultado. Únicamente aquí en Barcelona no se ha generalizado entre los especialistas tan importante operación, pues no sabemos que la haya practicado ninguno de los muchos que cultivan la laringología, a excepción del doctor Botey, de mi padre el doctor Sojo, catedrático de oto-rino-laringología de esta Facultad de Medicina y de sus auxiliares los doctores Falgar y Sojo Pratdesaba. Tanto mi padre como nosotros, empleamos con preferencia la anestesia local por la novocaína; y en cuanto al doctor Botey, sabido es que la defiende y ha defendido con calor en todas sus innúmeras publicaciones. En principio, somos, pues, partidarios convencidos de este método de anestesia, por los felices resultados que hemos obtenido en distintos casos de laringuectomía total que hemos practicado. Pero, como diremos luego, la experiencia también nos ha enseñado que no deja de tener algunos inconvenientes y no puede, por lo tanto, borrarse de un modo absoluto la narcosis de la técnica laringuectómica.

En defensa de esta tesis aportamos el siguiente caso práctico que nos dará también pie para hacer algunas consideraciones sobre tan importante punto:

Tadeo Benasco y Savaté, natural de Vinaroz, de 48 años de edad. Acude al dispensario de oto-rino-laringología el día 3 de Mayo del corriente año. Hace unos 15 meses aqueja ronquera que ha ido aumentando progresivamente para llegar a la extinción completa de la voz que actualmente ofrece, con disnea muy acentuada. Por la palpación se aprecia la modificación de forma del tiroides convertido en coraza o caparazón de crustáceo, la desaparición de la crepitación cartilaginosa del órgano de la fonación y voluminosos ganglios en la región carotidea izquierda. Por el examen laringoscópico obsérvase todo el interior de la laringe ocupada por una masa neoplásica muy proeminente en el lado izquierdo, de color rojo oscuro, y sangrante fácilmente al contacto del porta algodón laríngeo.

La neoplasia a pesar de encontrarse en un período muy avanzado no ha salido aún del interior de la laringe, avanzando más en profundidad que en extensión superficial, horadando el esqueleto cartilaginoso del órgano de la fonación. El examen histológico demostró se trataba de un epiteloma pavimentoso.

El enfermo decidido a operarse ingresa en la enfermería de oto-rino-laringología el día 8 de Mayo del actual año, ocupando la cama núm. 11 y, como ofreciera disnea muy acentuada con fenómenos de asfixia alarmantes, me veo obligado a practicarle la traqueotomía de urgencia.

Transcurridos quince días de esta operación, le practico la laringuectomía total, según los principios de Cluck.

Inyección de un centigramo de clorhidrato de morfina media hora antes de la intervención quirúrgica. Posición del enfermo en decúbito supino con hombros levantados para poner la cabeza en extensión. Anestesia clorofórmica por la cánula traqueal valiéndonos sencillamente de una compresa.

Una vez disecados los dos amplios colgajos cutáneos procedo a la sección bajo sonda de Kocher de los músculos infrahioideos con denudación del tiroides, cartilago que está considerablemente reblandecido, ofreciendo destruido el ángulo saliente del mismo por donde asoma la neoplasia. Extirpación de numerosos ganglios yugulares y sub-externocleido-mastoideos de la región cervical izquierda. Ligadura de las arterias laríngeas superiores que seccionamos junto con los nervios laríngeos a nivel de la membrana tirohioidea.

Liberación de las astas del tiroides y sección de las inserciones del músculo constrictor inferior de la faringe.

Antes de abrir la faringe protegemos con gasa el campo operatorio; sección de la membrana tirohioidea y abertura de la faringe. Taponamiento faríngeo para impedir la infección de la herida por las secreciones procedentes de la boca.

Despegamiento a punta de tijera de la mucosa de las fositas fusiformes y de la cara posterior de la laringe. Separación del esófago de los tres primeros anillos traqueales.

El enfermo sigue respirando perfectamente por la cánula continuándose sin ningún contratiempo la anestesia por dicha vía.

Se cierra la abertura laríngea mediante dos suturas continuas a lo Lambert: una horizontal y otra vertical.

Se extirpan las porciones que restan del constrictor inferior de la faringe, que no se sutura, por haberme demostrado la experiencia de otros casos que no presta ninguna utilidad.

Antes de proceder a la sección laringo-traqueal verifico una minuciosa hemostasia ligando cuidadosamente todos los vasos sangrantes.

Se quita la cánula traqueal y se secciona la tráquea por debajo del tercer anillo.

Sutura de la tráquea a la piel invaginándola.

Introducción por la nariz de una sonda esofágica de siete milímetros hasta la porción torácica del esófago.

Lavado de la herida con suero artificial caliente.

Sutura de los colgajos cutáneos a puntos separados dejando un tubo de drenaje de goma en los dos ángulos inferiores y drenaje con tiras de gasa en los superiores.

Gasa y vendaje de cuello y cabeza.

La operación duró hora y media.

El curso post-operatorio siguió sin tropiezo alguno, pudiendo el operado abandonar la cama al tercer día. A los seis días se suprimieron los drenajes superiores y a los once los inferiores. A los veinte días se alimentaba perfectamente sin sonda, estando cicatrizada la herida operatoria.

Desde la introducción en la práctica quirúrgica de la novocaina anestésico que, como es sabido, ofrece escasa toxicidad, el empleo de la anestesia local se ha generalizado tanto, que en algunas clínicas como en la quirúrgica de Heidelberg el 40 por 100 de las intervenciones se ejecutan sirviéndose de dicha anestesia.

La laringuectomía es una de las operaciones que más ha beneficiado de la anestesia local, pues con su empleo no hay que temer el síncope cardíaco y respiratorio, disminuyendo considerablemente la posibilidad de shock operatorio, suprimiendo asimismo los vómitos altamente perjudiciales, especialmente los post-operatorios, para estos operados, siendo, por lo tanto, posible su alimentación inmediata. Evitándose gran número de complicaciones post-operatorias, pulmonares, cardíacas y hepáticas, que ensombrecían el pronóstico de esta operación.

Al lado de todas estas innegables ventajas, ofrece la anestesia local en la laringuectomía algunos inconvenientes. Uno de ellos es que, por más que se siga una

técnica rigurosa, no se ogra casi nunca, según hemos observado en múltiples casos, una insensibilidad perfecta; ésta sólo se obtiene en algunos tiempos de la operación, como en la disección de los colgajos cutáneos y supresión de los músculos infrahioides; en cambio la liberación de las inserciones de las astas del tiroides, sección de los nervios laríngeos superiores, sutura de la tráquea a la piel y otras muchas manipulaciones que exige la laringuectomía, provocan en algunos operados vivos dolores, siendo causa de que en algunas ocasiones nos hayamos visto obligados a continuar la operación sirviéndonos de la anestesia clorofórmica. Además, aunque no existiera el dolor físico es indudable que el enfermo sufre moralmente durante el acto operatorio, y si le añadimos la posición incómoda que tiene que guardar inmóvil en la mesa de operaciones, se comprende fácilmente que desde el punto de vista de ahorrar sufrimientos al enfermo la anestesia general es superior a la local. El *jueunde* de los antiguos deja, por lo tanto, algo que desear.

Otro inconveniente que me parece ofrecer la anestesia local es la perturbación que produce en el proceso de cicatrización, pues la infiltración de los tejidos ataca su vitalidad, especialmente si se asocia a la adrenalina por el gran poder isquemante que tiene esta substancia, inconveniente que sube de punto cuando se trata de enfermos con alteraciones vasculares, aun cuando sean éstas poco acentuadas, y sabido es lo frecuente que son en los cancerosos estas lesiones arterio-esclerosas. Podría citar a este propósito un enfermo operado de laringuectomía total por mi padre en 22 de Mayo de 1916 (1) y cuyo proceso de cicatrización se vió profundamente perturbado por mortificación de tejidos, con desprendimiento de la tráquea y su hundimiento consecutivo en la cavidad torácica, lo cual dió lugar a la infección de la herida con formación de un absceso del mediastino que ocasionó la muerte del enfermo a los tres meses de operado y que se comprobó en la autopsia.

En el caso historiado practiqué el cierre de la brecha faríngea con sutura continua, lo que hice para ganar tiempo; sin embargo, a pesar de ofrecer esta clase de sutura menos garantía que la entrecortada, que es la que se aconseja para este tiempo de la operación, cicatrizó tan rápidamente que a los veinte días el enfermo se alimentaba perfectamente sin necesidad de sonda. Es muy probable que contribuyera a este brillante resultado el no estar infiltrados los tejidos por solución anestésica y conservar por consiguiente toda su vitalidad.

Entiendo, por lo tanto, que no hay que ser sistemático, y que la indicación de la narcosis o de la anestesia local, dependerá de varios factores, unos inherentes al operado y otros al operador. En enfermos que no pasen de los 50 años y que no

(1) Esta operación pertenece a la colección de observaciones inéditas de mi padre el doctor Sojo.

ofrezcan taras orgánicas puede practicarse la laringuectomía con anestesia clorofórmica siempre que el cirujano opere rápidamente, pues el peligro del cloroformo en la laringuectomía, más que de esta substancia en sí, depende muchas veces de la cantidad que se emplea, debido a prolongar demasiado el acto operatorio. Operando rápidamente y disponiendo de un anestesizador hábil podemos operar con narcosis general a los enfermos que reúnan las condiciones antedichas. Para los otros casos, que son los más, deberemos valernos de la anestesia local.



ACADEMIAS Y SOCIEDADES MÉDICAS

Sociedad Oftalmológica de Madrid

DR. B. CARRERAS.—Alteraciones cario-retinianas seniles.—*Un caso de verrugosidades hialinas de la lámina vítrea de la coroides.*

Los cambios anátomo fisiológicos que la senilidad produce en el organismo representados principalmente por degeneraciones, infiltraciones pigmentarias o calcáreas, esclerosis, etc., repercuten también sobre el aparato visual originando lesiones que aunque a menudo pasen desapercibidas por no ocasionar perturbación funcional y no haberse profundizado con tal motivo lo suficiente en la exploración clínica, pueden en ciertos casos acarrear trastornos que comprometan seriamente la visión.

Sólo me ocuparé hoy someramente de las lesiones seniles que ofrecen bajo el punto de vista patológico o sintomático alguna semejanza con las verrugosidades hialinas de la lámina vítrea de la coroides, de la cual es un caso típico la enferma que tengo el honor de presentar a esta docta Sociedad.

Así como al llegar a una cierta edad los cabellos y los pelos de la barba adquieren una coloración grisácea por la pérdida paulatina de su pigmento, así también el epitelio uveal se descolora con la edad. La descoloración empieza por la periferia que es la región menos vascularizada y su consecuencia inmediata se traduce por una mayor permeabilidad del segmento anterior del ojo a la luz que se disfunde a través de la esclerótica, causa de un cierto deslumbramiento que explica satisfactoriamente la contracción pupilar que se observa en las personas de edad avanzada. La patogenia de estas lesiones en una imbibición acuosa de las células del epitelio uveal cuyo protoplasma por la tensión que adquiere rechaza hacia la periferia celular las granulaciones pigmentarias que, hidratándose, a su vez, pierden su forma cristalina y se fusionan en más claras irregular (Venneman).

Otra alteración con frecuencia observada es la disminución del calibre de las arterias retinianas, así como también de los vasos coroideos, que por las deficien-

cias circulatorias que ocasionan y que se hacen sentir sobre todo en la periferia dan lugar a cambios anatómicos que se traducen oftalmoscópicamente por la presencia de unas manchas amarillentas o ligeramente pigmentadas que dejan muy transparente la red vascular coroidea. Bajo el punto de vista funcional se manifiesta por una reducción más o menos acusada del campo visual.

En los alrededores de la papila de ciertos sujetos de edad avanzada se nota una zona clara o grisácea semejante a la que se observa en muchos casos de miopía fuerte. Análogas lesiones pueden presentarse en la región macular en forma de manchas de color rosado, amarillento, grisáceo o blanco sucio de forma irregular, que a veces se presentan orladas de pigmento. Tanto las lesiones peripapilares con las que asientan en la región de la fovea central se atribuyen a alteraciones de la capa corio capilar de la coroides que suministra una nutrición insuficiente a los elementos retinianos a ella contiguos. Los trastornos funcionales consisten en un agranulamiento de la mancha de Mariotte y en un escotoma central más o menos acusado, respectivamente. Otra forma de pigmentación senil es la producida por las llamadas verrugaciones hialinas de la lámina vítrea de la coroides del cual constituye un ejemplo típico el caso que tengo el honor de presentarles y cuya historia clínica voy a esquematizar.

Tomasa Izquierdo de Morona, de 71 años, natural de Madrid, casada, carece de pasado morboso interesante; su marido cuenta en la actualidad 74 años, y siempre ha gozado de buena salud: ha tenido 7 hijos de los cuales sólo 3 viven y están sanos; los 4 restantes murieron antes de los 6 años de enfermedades diversas que no puede precisar. Nunca ha habido en su familia ningún caso de enfermedad ocular: ella misma prescindiendo de la alteración visual que hace 6 meses sufre en su ojo derecho nunca se quejó de nada.

Examen ocular.—O. D. Quiste sabáceo en la parte externa del párpado superior; catarata senil cortical, casi madura. Reacción pupilar normal. Buena proyección. Tensión=0.

O. I. Aspecto normal del segmento anterior del globo. Reacciones pupilares intactas. Catarata senil cortical incipiente. Vítreo transparente. Tensión=0.

Examen oftalmoscópico.—Papila, vasos centrales y región macular de apariencia normal. Hacia la periferia se observa un número muy considerable de pequeñas manchas de color amarillento blanquecino algunas de ellas algo brillantes, de forma redondeada en general, en muchos sitios equidistan unas de otras, mientras que en ciertas zonas parecen agruparse más, sin llegar a confluir rectamente en ningún sitio. Su situación es profunda pues los vasos retinianos pasan por encima sin modificarse. Ninguna de ellas lleva trazas de pigmento, ni se encuentra acúmulo pigmentario alguno en todo el fondo ocular. Fuera de dos o tres elementos aislados localizados

en las inmediaciones de la papila, estas manchas ocupan una zona circular que envuelve al mismo tiempo la papila y la mácula, situada a igual distancia del polo posterior y de la ora serrata.

En la extrema periferia las manchas en cuestión son mucho más raras.

No hay hemorragias ni resto de ellas.

Oftalmometría corneal. $\left. \begin{array}{l} \text{O. D. (no se determina)} \\ \text{O. I. } \pm 3'0 \text{ diop. eje a } 85^\circ \end{array} \right\}$

Campo visual normal para el blanco y los colores. No hay hemeralopia.

V $\left\{ \begin{array}{l} \text{O. D. (percibe la llama de una bujía a 5 m.)} \\ \text{O. I. } \frac{5}{20} \text{ cil.} - 4'5 \text{ diop. eje } 80^\circ \subset + 2 \frac{5}{7'5} \end{array} \right.$

El diagnóstico hecho es de verrugosidades hialinas de la lámina vítrea de la coroides, por lo que a las lesiones de las membranas profundas se refiere.

En efecto; pocas son las enfermedades con las cuales pueda haber confusión. Una coroiditis diseminada no podemos admitirla por las siguientes razones: no ha habido síntomas subjetivos (fotopsias, sensación de niebla por la participación de la retina subyacente y los exudados vítreos) que en mayor o menor cantidad debieron existir siendo los focos tan numerosos. Los focos más pequeños de las coroiditis diseminadas alcanzan según Venneman un tamaño como de un tercio o de un cuarto del diámetro papilar, por lo tanto mucho mayor que en nuestro caso. Además, esos focos tan pequeños al llegar a su período regresivo desaparecen sin dejar rastro, pues no puede admitirse que en un foco tan pequeño en extensión superficial profundice lo suficiente para producir la atrofia post-inflamatoria de las capas coroides y que en el caso presente sólo podría admitirse el período regresivo de los focos; lo dice la netedad de sus bordes y la ausencia de todos los demás signos de un proceso inflamatorio en su evolución. Es difícil admitir que en un brote de coroiditis diseminada todos los focos tuvieran el mismo tamaño y afectas en la misma forma. Además su número considerable hablaría en favor de un proceso flogístico enérgico y no se aviene con la violencia de la inflamación la pequeñez de todos sus focos. Por fin, falta lo más característico de todo proceso corio-retiniano en período atrófico, que es la pigmentación. Aquí como se ha visto no hay la menor huella de pigmento.

Con la coroiditis tuberculosa, a más de las reflexiones que acabo de hacer, pues todas le son aplicables, hay en contra de este supuesto en primer lugar la edad de la enferma. La tuberculosis de la coroides es muy rara después de los 20 o 25 años, y no creo se haya publicado nunca un solo caso, referente a un individuo que haya pasado, como en nuestra enferma, de los 70 años. En segundo lugar, la tuberculosis

coroidea es siempre secundaria; y nuestra paciente es indemne de todo foco tuberculoso que pueda explicar la localización ocular. De las manchas blancas de degeneración grasosa que acompañan a las retinitis albuminúrica diabética y otras, se diferencian las de nuestro caso por su forma redondeada y por su color más amarillo, así como también por la ausencia de hemorragias que de un modo constante se encuentran en las afecciones citadas y sobre todo por la ausencia de elementos anormales en la orina de la enferma. La afección retiniana que más analogía ofrece, por lo que a las manchas se refiere, con las verrugosidades hialinas de la lámina vítrea de la coroides es la *retinitis punctata abbescens*, pero esta enfermedad va acompañada de todos los síntomas de la degeneración pigmentaria de la retina si se exceptúa la pigmentación y por lo tanto hallamos en ella la atrofia vascular que puede llegar hasta la casi desaparición de las arterias, atrofia amarilla de la papila óptica, hemeralopia, disminución de la agudeza visual escotomas anulares, reducción del campo visual, etc., síntomas todos ellos que faltan en nuestro caso.

Patogénicamente consideradas, las verrugosidades se atribuyen a una degeneración hialina en focos discretos de la lámina vítrea de la coroides que aumentan de volumen por hidratación de la masa hialina. Ponin opina, y Venneman lo ha comprobado con el estudio de sus preparaciones, que no se trata de ningún proceso hipertrófico de la lámina vítrea de la coroides, que como membrana anhistica que es, no es susceptible de multiplicación ninguna, y que el origen de estas lesiones debe buscarse en una proliferación del mismo epitelio pigmentario, que sufre ulteriormente la degeneración hialina.

Para completar el cuadro de las principales afecciones seniles corioretinianas, réstame sólo mencionar, sin ocuparme empero de ella, la degeneración quística de la retina, bien descrita primeramente por Iwanos, que si bien es verdad que se la observa principalmente en la edad senil también lo es que se la puede hallar complicando estados patológicos muy diversos.

DR. JENARO GONZÁLEZ.—Las degeneraciones seniles en los tejidos del ojo y entre ellas, las verrugosidades hialinas de la coroides, son muy curiosas, muy interesantes en la cámara oscura pero no tienen importancia clínica alguna, porque asientan en aquellas partes que no comprometen la función visual. Lo mismo en el segmento anterior del globo ocular como en el posterior, las degeneraciones seniles ocupan preferentemente las partes periféricas del órgano. Así tenemos que en la córnea el arco senil o *gerontoxon* asienta en las proximidades del *limbo*; en el cristalino hay la foco-esclerosis marginal, las presentes verrugosidades parece que ocupan los alrededores de la papila (respetan siempre la mácula). Lo general es que se las encuentre muy cerca de la ora serrata; y esto quizá, es por lo que muchas veces pasan desapercibidas pero si examinamos el fondo del ojo con la lupa prismática de

Galezoreski, se ven en muchos casos en los que por simple examen no se presumía su existencia.

Yo he visto en bastantes viejos, las citadas verrugosidades de la lámina vítrea unos puros y otros asociados a la pigmentación senil de la retina (que es otra degeneración relativamente frecuente). Pero como antes he dicho ocupando una topografía que no restaba facultades a la visión directa; por eso nunca las he concedido valor clínico.

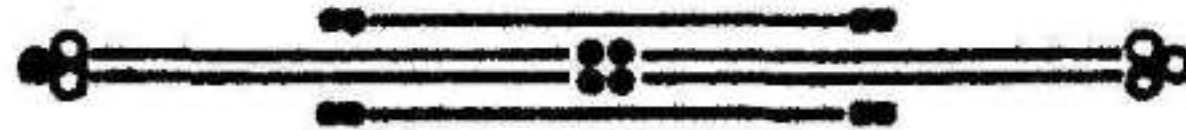
No deja de ser interesante conocer estos casos, para diferenciarlos de otras lesiones o enfermedades que puedan ser combatidas, ya que las presentes carecen de tratamiento. La imagen oftalmoscópica de la degeneración grasosa y gris de la retina, guarda cierta analogía, con la de las verrugosidades hialinas de la coroides, pero vista una vez, no cabe después confusión posible.

Hay un signo casi patognómico en estos últimos, que tiene estrecha relación con la anatomía patológica con su configuración.

Cuando examinamos tales excrescencias o verrugosidades en los sitios donde no están conglomeradas, sino aisladas, las vemos rodeadas de una zona oscura que no es de pigmento. Pudiera ser la sombra misma que tal verrugosidad proyecta sobre la retina, teniendo en cuenta su forma polípora y pediculada. Los rayos luminosos del oftalmoscopio originarían la sombra al caer sobre el relieve que dichas verrugosidades hacen al interior del ojo.

Así lo demuestra también el movimiento paraláctico.

En el presente caso no se ven bien, por estar el cristalino medio opacificado. En otras circunstancias es preferible hacer el examen a imagen recta para poder precisar todos los detalles apuntados.



SECCIÓN VARIA

I Congreso Nacional de Medicina

Madrid 26 Septiembre de 1918.

Señores Directores de MURCIA MÉDICA.

Muy señores nuestros y estimados compañeros: La celebración del **Congreso Nacional de Medicina** ha sido aplazada.

En vísperas de su inauguración, cuando su organización había llegado a 2.514 inscripciones, un número muy superior a los más optimistas cálculos, y la colaboración científica aportada en 594 comunicaciones demostraba la laboriosidad de las profesiones médicas de España y aseguraba la transcendencia científica de la Asamblea, cuando la Exposición de Medicina e Higiene había reunido tantas y tan interesantes instalaciones que iban a sorprender al público médico y no médico, y cuando, en fin, iba a ser un hecho la constitución de la «Asociación Médica Española» bajo estatutos que satisfarían seguramente las aspiraciones de todos, han surgido perturbaciones en el estado sanitario de España, que han obligado al Gobierno de la nación a tomar medidas de rigor justificadas, pero que hacen imposible la reunión de nuestro Congreso.

Ordenado por disposiciones oficiales a los médicos militares y a los civiles que ejercen cargos oficiales que no se separen de sus puestos, y obligados otros muchos de nuestros compañeros a no cesar en el desempeño de su humanitaria misión en tanto pueblo como hoy sufre las consecuencias de la epidemia reinante, y habiendo avisado nuestros invitados de Francia y Portugal la imposibilidad de venir ahora a Madrid por idénticas circunstancias, nos hubiéramos visto privados de valiosísimos elementos para la Asamblea.

El señor Ministro de la Gobernación y esta Junta de organización reunida hoy en el Ministerio, han acordado aplazar hasta el día 19 del próximo mes de Abril la celebración del Congreso y de la Exposición de Medicina e Higiene.

Se trata, pues, solamente de un *aplazamiento* obligado por causa de fuerza

GALERÍA DE CARICATURAS



DR. HERNANDEZ-ROS

Colaborador de MURCIA MÉDICA



mayor, y esta Junta aprovechará ese interregno para continuar sus trabajos y el Congreso de Abril será, si cabe, más solemne y más importante que si se hubiese celebrado ahora. Oportunamente y con la debida anticipación avisaremos a ustedes de los detalles del programa.

Agradeciendo su colaboración a la obra de mejoramiento y progreso de la Medicina patria, nos reiteramos de Vds. ss. ss. q. e. s. m., *Manuel Márquez, José Goyanes, Teófilo Hernando, Celedonio Calatayud, César Juarros, Pío Arias Carvajal, Joaquín Núñez Grimaldos, José Verdes Montenegro, Leonardo de la Peña, Francisco de Castro y Pascual, Antonio G. Tapia, Gregorio Marañón, Florestán Aguilar.*

Bibliografía

APERT.—**«Higiene de la Infancia».**—Conocida de todos es la labor del ilustre doctor francés E. Apert, médico del Hospital Andral y Secretario general de la Sociedad de Pediatría. Una obra de tan eminente maestro ha de ser necesariamente algo notable; si esa obra trata de asunto de tan palpitante interés como la higiene del niño, que es, por decirlo así, la higiene de las sociedades, el éxito de la publicación ha de acrecentarse; si la traducción a nuestro idioma se debe a una pluma de la autoridad científica y del estilo amenísimo de la del malogrado doctor Comenge, el éxito debe ser indiscutiblemente mayor; y, por fin, si el libro sale de unos talleres tipográficos que, como los de la casa Espasa, de Barcelona, tienen tan firmemente cimentada su reputación, creemos que no se puede pedir mayor número de elementos anunciadores de triunfo.

Tal es, lector, la obra que nos ocupa. En dos secciones está dividida. En la primera, el autor trata de la *higiene del niño sano*, estudiando la anatomía y fisiología, alimentación, vestidos, habitación, cuidados corporales, tocado, higiene intelectual, moral y escolar, juegos, gimnasia, deportes, vacaciones y residencias campestres. En la segunda parte, se estudia concienzudamente la *higiene del niño enfermo*, en capítulos consagrados a los cuidados que exige el niño enfermo, enfermedades más frecuentes, sus remedios, profilaxis de las enfermedades infantiles e higiene social infantil.

La obra del doctor Apert no es de conveniencia exclusiva para los médicos. A éstos ha de hacerles un grandísimo servicio, porque les da, por así decirlo, la norma a seguir en los consejos a las familias; y a éstas ¡cuántos disgustos y sinsabores

puede ahorrarles la lectura de las interesantes páginas en que se señala el camino que la madre debe seguir para evitar o remediar muchos males!

Digna de toda loa es la labor del ilustre pediatra francés, que ha estudiado con verdadero cariño una materia en la que, por desgracia, el éxito no ha respondido siempre a los esfuerzos realizados por las autoridades científicas y gubernativas, que—justo es confesarlo—se han preocupado y se preocupan de estas cuestiones.

El libro, editado con la nitidez y buen gusto tipográficos que son proverbiales en la casa Espasa (¡quién no admira la Enciclopedia!), pertenece a la utilísima colección de *Manuales Prácticos*, con que los señores Espasa realizan una encomiástica tarea de divulgación científica, que merece el especial agradecimiento de la clase médica.

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 1918, 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.

Asamblea Médica Regional Valenciana

12-17 Marzo 1918

(CONTINUACIÓN)

A la hora fijada acudió el Ayuntamiento en corporación presidido por el Alcalde D. Faustino Valentín, representantes de autoridades académicas, civiles y militares, catedráticos, alumnos de todos los centros docentes con sus respectivas banderas, la mayoría de los asambleístas y una comisión del Ayuntamiento de Alcira, que con su bandera, se asoció al homenaje en nombre de esta hermosa ciudad de nuestra vega, que también se honraba con el nombre glorioso de Ferrán.

Desde la tribuna, instalada *ad hoc* frente a la citada casa núm. 25, leyó unas cuartillas explicativas del acto, el alumno de 5.º curso de Medicina D. Manuel Such.

El Dr. D. Manuel Candela también leyó un sentido discurso.

El Sr. Alcalde del Ayuntamiento de Alcira se asoció al homenaje con breves y entusiastas frases.

Y finalmente, el Sr. Valentín, en nombre de la ciudad, y después de un hermoso y patriótico discurso, descubrió la lápida (que por cierto resulta ser una acabada obra de arte) a los sonos del Himno de la Exposición, interpretado por la Banda Municipal.

Terminó el Himno, y los vivas a Valencia ahogaron sus últimas notas, dando con esto por terminada la ceremonia, que resultó digna de este hermoso pueblo valenciano que sabe glorificar no sólo a los suyos, sino a cuantos le honran.

Sesión octava.—A las 5'30 reunióse de nuevo la Asamblea. El Dr. J. Peset cede la presidencia al Dr. Herrera, representante del Colegio de Médicos de Castellón. Antes de comenzar la lectura de las comunicaciones, tomó la palabra el doctor Cortés Pastor para proponer se pida a los Poderes públicos la concesión de la Gran Cruz de Beneficencia al sabio Dr. Gómez Ferrer, en pago de sus grandes dotes científicos, su gran bondad y sus innumerables sacrificios.

El Dr. Bartrina fué más allá en el homenaje al Dr. Gómez Ferrer, y propuso, en hermosos y calurosos párrafos, que debe figurar el busto de tan insigne maestro en uno de los paseos de Valencia, y costeadó por las madres.

Apoyaron esta iniciativa los doctores Sanchis Bergón, Peset (J), Valero y Pérez Manglano y todos los asambleístas con sus aplausos.

En nombre de los escolares, y previo permiso de la Presidencia, tomó la palabra el estudiante José Luis Estellés, que pronunció un bello discurso enalteciendo la gran obra del Dr. Gómez Ferrer, y rogando a la Asamblea edite todas las obras de dicho doctor, y que se repartan profusamente por España.

Breves frases del Dr. Gómez Ferrer, emocionado al sentirse herido en su excesiva modestia, agradeciendo tales muestras de afecto, pusieron fin a dicho acto tan hermosísimo y conmovedor.

Lee el Dr. Ferrero su comunicación acerca de «Los excesos del amor propio profesional», siendo aprobadas las siguientes conclusiones:

1.^a El amor propio en exceso debe influenciar nuestros actos, única y exclusivamente en defensa de nuestra amada profesión, cuando gentes profanas se atrevan a criticar actos profesionales o principios científicos de la medicina.

2.^a Obrando de este modo, nos dignificaremos, dignificando nuestra profesión, cesando las luchas fratricidas, que a nadie benefician, sino a aquellos que convierten su carrera facultativa en un comercio, sin tener en cuenta que es el sacerdocio más sublime bajo todos los puntos de vista, pues no hay otro que cumpla el sagrado deber de curar a los enfermos, aliviarles cuando la curación sea imposible y, en último extremo, y ante la imposibilidad de cumplir sus anteriores fines, de consolarle siempre, llegando a sembrar de flores el árido camino del sepulcro.

El Dr. Vidal dice que en la 1.^a conclusión hay un exceso de amor propio, puesto que cuando nos encontramos en el caso de un enfermo asistido por un curandero, no debemos abandonarle, sino denunciar al curandero. Es aprobada esta modificación.

El Dr. García Donato lee su comunicación sobre «Deontología médica y accidentes del trabajo».

Formula como única conclusión, la siguiente: Que mientras los médicos peritos no cambien de procedimientos, seremos víctimas del menosprecio de jueces y tribunales, y hasta llegará un día en que se prescindirá de nuestros informes, siempre parciales.

A continuación lee el Dr. Pérez Manglano su trabajo «La receta», siendo aprobadas las conclusiones siguientes:

1.^a Evitar que la receta sea un cura-todos, pues es corriente que una receta sirva para un sinnúmero de pacientes.

2.^a Asimismo, se evitaría posibilidad de perjudicar a los enfermos que no saben por qué, ni cómo, ni de qué manera han de usarlas, y como en muchos casos sucede, está contraindicado.

3.^a Parte económica. Mayor número de asistentes, por conseguir de este modo evitar el fraude a las clínicas.

Se lee la comunicación del Dr. D. Vicente Peset, que trata sobre «La imprudencia y el heroísmo médico».

No formula conclusiones, y termina su trabajo diciendo: «Hay que ser prudente con exceso, si tal cabe decir en materias de Medicina, cruzando el proceloso océano de la práctica, libres de todo asomo de vacilación malsana, de cualquier impulso de corruptela. El enfermo es cosa sagrada, nunca se hará en él, lo que no haríamos en nuestros propios hijos, ni pensamos en nosotros, sino en aquél, como aconsejaba Hufeland; arriesgando por salvarle hasta la propia estimación, cuando sea preciso».

¡Juremos aún con Hipócrates, en este apartado siglo, ejercer el arte con entera pureza!

Cita el caso del Dr. Ferrero, que hace unos meses aplicó su boca directamente a un niño de difteria, que se ahogaba por momentos, y el loable esfuerzo del doctor García Marín, especializándose en masoterapia, cuando perdió la vista.

Se leyó a continuación un trabajo del Dr. Juan Peset, titulado «La deontología médica del laboratorio clínico», siendo aprobadas sin discusión sus conclusiones:

1.^a El laboratorio clínico científicamente, es manantial de importantes elementos de juicio para que el médico base su diagnóstico y profesionalmente es una especialidad médica.

2.^a Entre los principales deberes del hombre de laboratorio hemos examinado: suficiencia, moralidad, entereza, rapidez, discreción, vulgarización, gratitud y compañerismo.

3.^a El cumplimiento de estos deberes tiene como derecho correlativo, el respeto a su persona, a su técnica, a sus resultados aun en caso de nueva consulta y a sus honorarios.

El Dr. Morales lee su comunicación sobre «La Farmacia; su mejoramiento», quedando las conclusiones que propone sobre la mesa, después de ligera discusión, en la que intervienen los Dres. Ferrer Peris, Forcada, Rizo y García Romero.

El Dr. Ferrer Peris lee su trabajo, titulado «El prestigio del médico ante la sociedad», siendo aprobadas las siguientes conclusiones:

1.^a Aconsejar a los estudiantes, cuando ingresen en nuestra Facultad, que sólo pretendan ser médicos los que tengan verdadera vocación y se consideren con la suficiente aptitud para el ejercicio de la Medicina. Con ello beneficiaríamos al que había de ser un mal médico, a la clase médica y la Humanidad.

2.^a Solicitar la reforma de la enseñanza de la Medicina. de tal modo, que el estudiante, al terminar su carrera, sepa, por lo menos, los conocimientos teóricos y prácticos, para ejercer dignamente la profesión.

3.^a En cuanto a nosotros se refiere, debemos rendir culto predilecto a los en-

fermos y tomarnos el más vivo interés por mejorarles, a fin de que éstos y sus familias se percaten de que si en algún caso no sigue la enfermedad su curso favorable, no es nunca por negligencia nuestra.

4.^a Debemos evitar, por todos los medios, el descrédito de ningún compañero.

5.^a Divulgar, por cuantos recursos tengamos a nuestro alcance, los conocimientos esenciales y los progresos de la ciencia médica, teniendo en cuenta que cuanto más conozca el público dicha ciencia, mejor apreciará nuestra labor y menos abundará el intrusismo, que vive solamente de la ignorancia.

6.^a Puesto que de una manera ostensible vemos la eficacia de la unión de las demás clases sociales, asociémonos también nosotros para la mejor defensa de nuestros intereses, y así se considerará y respetará al médico como es debido.

A continuación lee el Dr. Carsí su comunicación acerca de «Montepíos», que es uno de los trabajos más interesantes presentados en esta Asamblea, asunto de tanta importancia como es la forma de procurar a las familias de los médicos que mueren en la indigencia los medios para poder vivir y hasta dar estudios a sus hijos.

En Valencia ya funciona un Montepío hace algunos años, siendo actualmente unos 135 asociados, donde se ingresa mediante una pequeña cuota de entrada y 15 pesetas al fallecimiento de cada asociado, entregándose a los herederos de aquél unas 2.000 pesetas, no teniendo este Montepío ningún gasto, de modo que las cantidades que se recaudan van íntegras a poder de los herederos de sus asociados.

Claro está que cuanto mayor sea el número de sus asociados más importante será la cantidad que se reparta.

Intervinieron en el debate de tema tan trascendental los Dres. Herrero, Vidal, Beltrán y Pérez Manglano, aprobándose dicho trabajo, y a propuesta del Dr. Comín acordó la Asamblea conceder un voto de gracias a los organizadores del «Montepío Médico Regional».

Las conclusiones que se aprobaron son las siguientes:

1.^a La Asamblea acuerda adherirse a la Sociedad de Socorros Mutuos del Colegio de Médicos de Valencia, invitando a que ingresen en ella los asambleístas que reúnan las condiciones reglamentarias.

2.^a Que mediante la intervención directa de las Juntas de gobierno de los Colegios Médicos y Farmacéuticos de las provincias de esta región se extienda a los facultativos de las mismas los beneficios de dicha Sociedad.

3.^a Que se nombre una comisión que, de acuerdo con la Junta de gobierno del Colegio Médico de Valencia, proponga las modificaciones necesarias en el Reglamento de dicha Sociedad para adaptarlas a la ampliación de funciones que se desea.

4.^a Que una vez se llegue a un acuerdo sobre las conclusiones anteriores, se cambie el título de Sociedad de Socorros Mutuos del Colegio Médico de Valencia, por el de «Mutua Médico Farmacéutica Valenciana».

Finalmente es leído el trabajo de los Dres. García Brustenga y Reig Pastor, titulado «La Casa de los Médicos».

Interviene el Dr. Vila Barberá que expone con gran lujo de detalles, los trabajos realizados por el Instituto médico, para la realización de una amplia Asociación científica valenciana.

Aprobáronse por unanimidad las conclusiones del trabajo de los Dres. García Brustenga y Reig Pastor:

1.^a La Casa de los Médicos es necesaria para levantar el espíritu de la clase y favorecer la unión de la misma.

2.^a La Casa de los Médicos resolverá las naturales dificultades que encuentra el médico novel en el ejercicio de la profesión, proporcionándole un ambiente nacido de la vida en colectividad.

3.^a La Casa de los Médicos, al facilitar toda clase de relaciones interprofesionales, haría que el médico rural la considerara como una prolongación de su vivienda en la capital.

4.^a La Casa de los Médicos, dando ejemplo de altruismo y amor al compañero, crearía una sección para auxiliar y socorrer, en todo el sentido más amplio de la palabra, a todos los componentes de esta entidad.

5.^a La Casa de los Médicos creará una casa de socorro, en la que prestarán servicio como médicos, los médicos noveles y como practicantes alumnos de Medicina de los cursos 5.º y 6.º, no internos, siendo todos estos servicios debidamente retribuidos.

6.^a La Casa de los Médicos será un Centro en el cual tendrán cabida todas las Corporaciones de esta capital, relacionadas de una manera o de otra con la Medicina, tales como: Real Academia de Medicina, Colegio Médico, Instituto Médico Valenciano, Sociedad de San Cosme y San Damián, Sociedad Odontológica, Colegio de Farmacéuticos, Cuerpo de Practicantes y Matronas, Ateneo de internos, y Unión Sanitaria Regional Levantina.

Este solemne edificio sería un centro de perfeccionamiento cultural (cursillos, conferencias, etc.) centro de contratación, hospedaje para médicos rurales, cooperativa de instrumentos y libros, caja de ahorros, montepío, sección de beneficencia (socorros a inútiles y a no colocados) y centro de variadísimos y lícitos recreos.

7.^a Para la consecución de este proyecto la Unión Sanitaria Regional Levantina, deberá instruir como obligatoria una modesta cuota, destinada a los fines antes

mencionados, y recabar de los citados organismos el apoyo necesario, para que la Casa de los Médicos sea pronto una realidad.

DOMINGO 17 MARZO

Sesión novena.—El Dr. J. Peset cede la presidencia al Dr. J. Bartrina Capella, como representante de la Facultad de Medicina.

Concedida la palabra al Dr. Mestre, leyó su trabajo que tituló «Uniones regionales o Unión nacional». En él señala los obstáculos que se oponen a la unión nacional y cuenta por fracasos cuantas intentonas se han hecho encaminadas a dicho fin. Aboga por las Uniones regionales, agrupándose los médicos en sus provincias en torno de las autoridades hasta que a la vuelta de algunos años de funcionar con independencia las diversas uniones regionales poder llegar a la formación de la Unión Médica Nacional.

Resumió su bien escrita comunicación en las cinco conclusiones siguientes:

1.^a Proponemos la suma de uniones regionales, regionalmente administradas y en cada región dirigidas por la entidad de más elevado prestigio y autoridad profesional, llámese como se quiera.

2.^a A base de huir siempre del ya mencionado centro de gravedad (Madrid), pongamos nuestro apoyo material en nosotros mismos, y no queramos que nos arregle el vecino, aunque propietario de la casa, lo que de nuestro régimen particular podemos muy holgadamente arreglarnos, con libertad, con independencia, sin trabas ni cargas, sin andadores y sin lazarillos

3.^a Tal como hoy está dispuesta la sociedad, nosotros, los que tan despectivamente somos llamados ¡Provincianos! *por los provincianos de la provincia del centro de las demás provincias* declaramos que si no quieren que seamos los más y los mejores, somos los mismos y los iguales y mayores de edad para dirigirnos y gobernarnos.

4.^a La federación única, a la sombra de una oficina central todopoderosa, no podría satisfacer muchas aspiraciones y en cambio abriría las esclusas de los pingües sueldos cortesanos, y por ahí recibiríamos la segunda herida, que había de ser la definitiva, que nos cerraría el paso a más aspiraciones en el porvenir.

5.^a De este modo organizados, cabría en plazo más o menos largo, la federación en el centro, pero habiendo sido el trabajo de síntesis nacional, nosotros ejerceríamos presión sobre el centro, en vez de ejercerlo el centro sobre nosotros, al mismo tiempo que éste, con tiempo suficiente, habría venido aprendiendo a respetarnos y a contar con nuestro voto.

Intervienen los Dres. Bartrina y Barberá abundando en las ideas expuestas por el Dr. Mestre y son aprobadas por unanimidad.

El Dr. Campos Igual lee su trabajo «Colegios para hijos huérfanos de médico», los cuales desea que sean regionales y tengan los requisitos y adelantos de la vida moderna, existiendo en ellos tres clases de colegiales, internos, medio pensionistas y externos, por lo que respecta a los hijos de los médicos, para los huérfanos serán todos ellos colegiales internos y gratuita su educación.

El Dr. Fabregat da cuenta a la Asamblea de su trabajo sobre «Diferentes fuentes de ingreso para el mantenimiento del Colegio de huérfanos de médico». En él expone con profusión de detalles cuántas y cuáles pueden ser estas fuentes de ingreso y pide entre otras cosas un recargo sobre las vacunaciones; opónese a este último extremo el Dr. J. Peset y con la supresión de este punto se aprueba la ponencia del Dr. Fabregat.

Acto seguido el Dr. Cantó ocupa la tribuna para dar lectura a su Memoria sobre el tema siguiente: «Sería conveniente limitar el número de médicos para el ejercicio profesional de España».

Intervienen los Dres. J. Peset, J. Blanco, Bartrina y Capella.

El Dr. Valero Estopiñá propone que se abra una suscripción para hacer un homenaje a los iniciadores y organizadores de la Asamblea.

El Dr. Torres Babí, Inspector provincial de Sanidad y Presidente honorario de la Asamblea, da lectura a su trabajo «De la fé médica en la vida oficial». En él recrimina con palabra fuerte y dura a los que expiden certificaciones falsas, o poco veraces con lo cual se irroga grave perjuicio a la sociedad. Estudia lo que estos hechos significan tanto en el orden jurídico como en el moral y somete a la aprobación de la Asamblea las siguientes conclusiones:

1.^a Que cuando en oficinas, expedientes y cualquier acto de la Administración se presente alguna certificación médica, acreditativa de enfermedad, se haga constar en ella que ha sido expedida por el médico de cabecera o de asistencia permanente al paciente en dicha enfermedad.

2.^a Que queda dicho médico obligado a la asistencia de tal enfermo hasta la completa sanidad.

3.^a Que el propio facultativo y no otro sea el que expida el certificado de sanidad que ha de surtir sus efectos en la oficina, expediente o acto civil o administrativo en que surtió sus efectos el certificado de enfermedad.

4.^a Que sin perjuicio de las penalidades que en el orden administrativo o criminal se impongan al médico que certificase falsamente, se dé cuenta al Colegio Médico donde se halle inscrito dicho facultativo con el fin de que se le impongan las correcciones de orden gubernativo que la Junta tenga facultades para imponer.

5.^a Que quede dicho Colegio autorizado para perseguir ante los tribunales a

la persona o personas que hubiesen solicitado el certificado referido, como coautores del delito de falsedad.

6.^a Que no pueda expedirse por los médicos libres ningún certificado de enfermedad o sanidad sin que por el repetido Colegio no se dé fe de la firma del facultativo que la autoriza, bien con un sello del Colegio o en la forma que se estime más conveniente.

7.^a Que no se permita la expedición de ningún certificado facultativo sin que el médico autorizante haga constar en él hallarse en el ejercicio de su profesión.

8.^a Que siempre que se trate del reconocimiento médico de una agrupación de individuos, como acontece por ejemplo con el de niños para ser admitidos en centros docentes, se practiquen dichos reconocimientos por facultativo que pertenezca a Corporaciones Oficiales, como los Médicos Municipales, u otros análogos, que tienen una remuneración y responsabilidad administrativa que son siempre una garantía de orden y veracidad.

Son aprobadas por unanimidad.

El Dr. D. José Baldoví lee su trabajo «La Beneficencia provincial y el padrón de pobres». Hace historia de cómo se forma, tanto en los pueblos rurales como en los distritos de la capital, así como de los abusos que se cometen a la sombra de la política, lo cual, unido a los volantes provisionales que para obreros sin trabajo se extienden (en Valencia calcúlase al fin del año 3.000), constituye una verdadera corrupción del censo electoral y del padrón de pobres. El problema—afirma—es tan general e interesa tanto a todos por las consecuencias que para los pobres encierra, que somete a la aprobación de la Asamblea las conclusiones siguientes:

1.^a Necesidad del saneamiento del padrón municipal de pobres tomando parte activa en su constitución el médico titular o municipal de distrito y el Colegio de Médicos.

2.^a Exigir de los municipios la revisión del padrón de pobres, concediendo al médico amplios poderes para abrir un juicio contradictorio, actuando como fiscalizador en todos sus procedimientos.

3.^a Retribución proporcional con arreglo al número o tanto por ciento de los incluidos, o en su defecto, aumento del personal facultativo.

4.^a Constitución de una junta de defensa médico-titular en cada distrito con funciones independientes de las juntas de distrito a que se refiere el Reglamento de la Asociación de Médicos y exclusivamente para defender la pureza del padrón de pobres y contrarrestar la presión del cacique local.

5.^a Recabar de los Poderes públicos, si esto llegase a ser una idea factible, la reforma de la Ley Electoral en lo que se refiere al censo, para que no fueran incluidos los pobres de solemnidad y quitándoles desde luego derecho al voto; no al dere-

cho de ciudadanía en lo que se refiere a la elección de sus representantes en Cortes, pero sí negándoles el derecho a la elección de sus concejales y acabaríamos de esta manera con las inmoralidades que se cometen y purificaríamos el sufragio universal y sobre todo el padrón de pobres.

El Dr. Chabás y el Dr. Zamora toman la palabra para discutir la última de las conclusiones. El Dr. J. Peset dice que es un asunto social que no podemos discutir y el Dr. Bartrina propone quede sobre la mesa para su estudio. El Dr. Lafora incita a los asambleístas que pongan todo su empeño en moralizar el padrón de pobres y se haga por todos cuanto sea posible para llegar al fin que se propone.

El Dr. Alcober procede a leer las conclusiones de su trabajo sobre «Necesidad del distintivo médico», que son las siguientes:

1.^a Todos los individuos pertenecientes a la clase médica necesitan distinguirse entre sí; distinguirse para conocerse, conocerse para amarse, amarse para unirse y unirse para protegerse contra los males colectivos y para procurar el perfeccionamiento material y moral de la clase.

2.^a Todos los individuos pertenecientes a la clase médica necesitan que la sociedad les distinga y conozca la profesión que practican; que les distinga para respetarles, que les distinga para utilizar sus servicios, que les distinga para que puedan realizar libremente su augusta misión.

3.^a Con el uso del distintivo médico le será más factible al facultativo, sobre todo al novel, hacer o aumentar su clientela, porque de este modo puede ser solicitado fácilmente en la calle para acudir al domicilio, lo mismo del que haya podido enfermar repentinamente como al enfermo que súbitamente se haya agravado y cuyo habitual médico no haya podido ser encontrado con prontitud.

4.^a Con el uso del distintivo médico, podrá el facultativo en casos de algarada o motín público, ser reconocido y respetado en su libre ejercicio, tanto por los perturbadores del orden como por los encargados de guardarlo.

5.^a El distintivo que conceptuamos mejor y más práctico es el bastón, que una comisión nombrada al efecto dictaminaría cómo había de ser, ya que el bastón ha sido en toda época y sigue siéndolo el símbolo y sinónimo de nuestra facultad.

Se aprueba dicha ponencia.

El Dr. Morales pide que sean excluidos los específicos que no lleven su composición centesimal.

El Dr. Bartrina, en nombre del Claustro de la Facultad, agradece la distinción hecha para que presidiera la Asamblea y ateniéndose a que el tema es más de incumbencia de los farmacéuticos, ruega al Dr. Trigo, Presidente del Colegio de Farmacéuticos, de Valencia, pase a ocupar el sillón presidencial.

El Dr. Chabás se limita a recabar se cumpla la ley de específicos. El Dr. J. Paset, creyendo que el tema es de gran importancia, pide se abra amplia información y afirma que si el farmacéutico ha de ser responsable de la composición de las especialidades que expende, ha de poder analizarlas, por tanto, si se ha de exigir el precinto intacto, habrá de garantizar aquélla la casa productora.

El Dr. Morant pide que en los envases de las especialidades no vaya la indicación, para evitar las intrusiones del vulgo.

Se leen las conclusiones presentadas por el Dr. Morales en su trabajo sobre «La Farmacia; su mejoramiento», que son:

1.^a Que los señores médicos se abstengan siempre de hacer indicaciones al cliente respecto al precio que pueda tener una receta, ni comentarlo después de conocido.

2.^a Que el Colegio oficial de Farmacéuticos redacte una tarifa, con suplementos mensuales, con el mínimo valor de los medicamentos químicamente puros, y que garantice la perfecta elaboración y exacta clasificación de las recetas con la tasación mínima de las manipulaciones para que sea aplicada y cumplida por todos los farmacéuticos de la provincia o provincias que así lo deseen.

3.^a Que el Colegio de farmacéuticos fiscalice la calidad de los medicamentos y la exacta preparación de las recetas, pasando la correspondiente denuncia a los Tribunales de Justicia cuando hubiere lugar.

4.^a Que los señores médicos se abstengan siempre de recetar especialidades extranjeras, aun cuando estén elaboradas en España, y las nacionales que no lleven al exterior su exacta composición, denunciando al Tribunal de honor del Colegio Médico cuantas faltas a esta conclusión se observen.

5.^a Pedir al Ministro de la Gobernación la urgentísima necesidad de reglamentar la elaboración y ventas de especialidades farmacéuticas, reservando su despacho única y exclusivamente a las farmacias.

6.^a Pedir al Ministro ponga los medios para el más exacto cumplimiento de lo legislado, acerca de la introducción en España de especialidades farmacéuticas extranjeras.

Pide la palabra el Dr. Llisterri para decir que no es deshonor para el médico el recomendar al cliente, hasta tanto todas las farmacias no estén en las mismas condiciones, y aboga por la especialización de los farmacéuticos. Al abordar la cuestión de la tarifa mínima, le contesta el Dr. Morales, diciendo que él señala la tarifa mínima para que, sobre esa, cada cual cobre lo que crea conveniente.

Son aprobadas las conclusiones.

De nuevo hace uso de la palabra el Dr. Llisterri, ocupándose de los medicamentos químicamente puros; pide se reforme la farmacopea en el sentido de que todos

4.^a Nombrar una comisión presidida por los Dres. Bartrina y Sanchis Bergón para que gestionen, en nombre de la Asamblea, la colocación de un busto del doctor Gómez Ferrer en uno de los paseos públicos de Valencia.

5.^a Nombrar a la Junta Organizadora liquidadora de los asuntos de la Asamblea, concediéndole amplio voto de confianza para:

Primero. Comunicar los acuerdos de la Asamblea a quienes corresponda.

Segundo. Saludar y agradecer a cuantas personalidades y corporaciones contribuyeron al mayor éxito de la Asamblea, así como también a las autoridades.

Tercero. Redactar el libro de actas, procurando evitar extensiones exageradas o repeticiones en los asuntos, para facilitar a la Excm. Diputación el cumplimiento de su oferta.

Cuarto. La Junta liquidadora, queda en libertad de pedir auxilio a los señores de la «Unión» cuando lo juzgue oportuno.

6.^a Rogar al Excmo. Ayuntamiento que cuanto antes se convoque a oposiciones para cubrir las vacantes de Médicos de Beneficencia Municipal.

El Dr. J. Peset, pide se conceda un voto de gracias a los señores secretarios de actas de la Asamblea, así como un amplio voto de confianza para la Comisión organizadora. Se accede por unanimidad a lo solicitado y se levanta la sesión.

Sesión décima.—Fué presidida por el Dr. J. Peset. Al declarar abierta la sesión, el Dr. Aguado previa la venia de la presidencia, pide se conceda alguna recompensa al Dr. San Gil y Miquel que, en Oliaguilla, asistió durante ocho meses a un número incalculable de enfermos de tifus exantemático.

La Mesa propone se extienda un diploma en honor a este compañero y como por el tiempo trascurrido ya no se podría conseguir la Gran Cruz de Beneficencia, se pida a la superioridad una distinción. Además propone que la Gran Cruz de Beneficencia sea concedida al Dr. Ferrero, cuyo heroico comportamiento ha conocido la Asamblea, sintiendo que por haber ocurrido en época un tanto remota no se pueda pedir para el Dr. Muñoz Carbonero la misma condecoración, siendo así que realizó un hecho semejante a los del Dr. Ferrero, debiendo por tanto limitarse a extender su correspondiente diploma.

Así se acuerda.

Acto seguido se procede al estudio y aprobación del resto del Reglamento de la Unión Médico Regional Valenciana, terminado lo cual se levantó la sesión.

(Continuará)

- 2.^a Pedir revisión y modificación del Arancel.
- 3.^a Rogar la creación de derechos pasivos.
- 4.^a Solicitar que el Cuerpo de médicos forenses de Valencia se organice análogamente a como lo están los de Madrid y Barcelona.

5.^a Cuando en las actuaciones como perito en juicio oral o tribunal industrial considere que su persona o la ciencia no han sido objeto de todos los respetos a que le hacen acreedores la justicia y la verdad, deberá rogar atentísimamente al Presidente del tribunal que en el acta consten aquellas manifestaciones, cualquiera que fuese la persona, médica o no, que las hiciera, a fin de llevarlas al Colegio de Médicos de la provincia para que éste haga constar su imparcial opinión sobre aquel caso, la cual será comunicada a las partes interesadas para su satisfacción o enmienda según el caso.

6.^a Hallándose en período de reorganización los servicios del profesorado auxiliar de las Facultades de Medicina y siendo profesores auxiliares de la Cátedra de Medicina legal los Médicos forenses y el Director del Manicomio de la ciudad donde aquéllas radiquen, dado el doble carácter de imprescindible y permanente que tienen estos auxiliares, lo que imposibilita para asimilarlos a los auxiliares temporales que para el servicio de clínicas y laboratorios se nombren, sería de justicia acordar una gratificación que les compensara de las molestias que les ha de irrogar forzosamente el estricto cumplimiento de su papel, haciendo que el alumno de Medicina legal conozca las peritaciones más importantes y frecuentes de ésta, según implícitamente reconoce el legislador en la citada disposición, cual es la autopsia judicial y los reconocimientos del estado mental de las personas.

Firmada por varios señores assembleístas se presentaron las siguientes proposiciones que fueron aprobadas:

1.^a Que sea repuesto el Dr. D. Vicente Camarena Ortolá en su cargo de médico titular de Navarrés, mediante el cumplimiento de las disposiciones dictadas por el Sr. Gobernador civil, en la resolución que fué favorable de los tres recursos presentados contra la destitución injusta que de este compañero hizo el Ayuntamiento de dicho pueblo, y que no han sido aún cumplimentadas.

2.^a Rogar atentamente al Sr. Gobernador civil haga recaer una decisión en el recurso presentado por el Dr. García Donate en 1.º de Agosto de 1916, referente al resultado de las oposiciones para cubrir la vacante de profesor de Anatomía artística de la Real Academia de San Carlos.

3.^a Ratificar el acuerdo de pedir al Gobierno la rápida resolución del expediente instruido para conceder la gran Cruz de Beneficencia al Dr. J. Peset, con motivo de los trabajos de vacunación antitíficas practicadas en las epidemias de Cheste y Torrente.

terapéutica conocida, supere a la de sus similares españoles, con el fin de que aquellos preparados extranjeros y de composición parecida, tributen un impuesto crecido de aduanas, que les impida competir con los de nuestros laboratorios.

Termina la discusión el Dr. Trigo, haciendo votos para que pronto sea un hecho la completa unión Médico-Farmacéutica en párrafos elocuentes.

Abandona la presidencia, ocupándola el Presidente de la Asamblea Dr. J. Peset y se da lectura a la comunicación presentada con el título de «El médico cacique», de los Dres. Campillos y Martínez Sánchez. Hácese un estudio detenido de lo que es el cacique médico que se aprovecha de su profesión para alcanzar fines no siempre lícitos, terminando con las conclusiones que siguen:

1.^a Pedir a los Poderes constituidos, con toda la energía del que ejercita un derecho, llegando al último límite compatible con nuestra dignidad, que todos los Ayuntamientos incluyan en sus presupuestos próximos cuantas cantidades que por cualquier concepto adeuden a profesionales de las carreras de Medicina, Farmacia y Veterinaria, sin cuyo requisito no sean aprobados.

2.^a Que el abogado y procurador de la Corporación se ocupen como asuntos preferentes del cobro de estas cantidades, siguiendo los trámites legales más cortos para el embargo de los fondos municipales, abonándose íntegra a sus legítimos dueños y siendo los honorarios por estos trabajos de cuenta exclusiva de la «Unión».

3.^a Hacer suyas la «Unión» cuantas ofensas a su amor propio, a su dignidad, o coercitivas en su sagrada misión reciban sus miembros, procedan de donde procedan, tomando en su consecuencia las medidas más eficaces a evitarlas y corregirlas, empleando para ello los procedimientos, no sólo más en armonía si que también más enérgicos.

4.^a Será obligación de todos los miembros de la «Unión» denunciar a las autoridades de la misma, para su comprobación, cuantos actos conozca de coacción hacia determinada persona realizados por un médico en ejercicio de su profesión, así como todas aquellas que desangren a la clase.

5.^a Castigar con la sanción máxima previa la amonestación a todo médico cacique, entendiéndose por tal aquel que, unas veces valiéndose de su profesión coaccione a sus clientes y otras, valiéndose de su influencia política, coaccione la libre acción y desenvolvimiento del compañero.

Son aprobadas.

A continuación se leen las siguientes conclusiones acordadas en la reunión de médicos forenses de la región, que se celebró coincidiendo con la Asamblea, y que fueron aprobadas sin discusión:

1.^a Adherirse en un todo al anteproyecto de la organización unificadora del Cuerpo, y que al mismo se unan los siguientes artículos adicionales.

los años se dé a la publicidad un suplemento, en el cual se consignen todos los progresos científicos pertenecientes al ramo.

El Dr. Vidal presenta una proposición incidental, en el sentido de que se señale un plazo para poner en vigor cuanto se aprueba en la Asamblea.

El Dr. Sanchis Bergón propone que los medicamentos de urgencia sean despachados con preferencia a todos, entendiendo que las recetas deben llevar la palabra urgente.

El Dr. Chabás consulta a la Asamblea si en los casos de excesiva urgencia que no dan tiempo a recetar, pudieran despachar el medicamento en la farmacia, a lo que contestó el Dr. J. Peset, que se subsanaría en parte si todos los médicos llevarsen carteras de urgencia.

Se aprueban las siguientes conclusiones, que hacen referencia a la Unión Médico-Farmacéutica:

1.^a La identidad de fines de las dos profesiones hermanas, Medicina y Farmacia, obliga a los que la desempeñan a una estrecha y afectuosa unión en defensa de sus mutuos y recíprocos intereses.

2.^a Para facilitar la relación entre los funcionarios de ambas facultades, los dos Colegios, Médico y Farmacéutico, estarán reunidos en un local común, aunque su respectiva administración y desenvolvimiento sean independientes.

3.^a Para la admisión de toda especialidad farmacéutica, será condición indispensable el que se haga conocer su composición química.

4.^a Serán preferibles a sus similares, los específicos elaborados por farmacéuticos del país, sobre todo, los de la región valenciana.

5.^a Los médicos se abstendrán, cuando extiendan sus recetas, de recomendar a los clientes determinada farmacia.

6.^a En ninguna farmacia se podrá establecer consultorio ni clínica, ni podrán los farmacéuticos ni sus dependientes, aconsejar a enfermos, preparado ni procedimiento terapéutico alguno.

7.^a Tampoco podrán los médicos en sus clínicas o consultorios, vender a sus clientes medicamento alguno; ni hacerles pagar el valor de los medicamentos inyectables cuando los empleen, sino recetarlos previamente para que el enfermo los adquiera de donde lo tenga por conveniente.

Acto seguido, el Dr. Zamora propone las conclusiones que siguen, siendo aprobadas sin discusión:

1.^a Sólo en la conciencia del médico está el hacer uso de específicos extranjeros, procurando demostrar su patriotismo, mirando con optimismo, si cabe, a nuestros productos.

2.^a Que se haga una relación de específicos extranjeros, cuya comparación



Instituto de Vacunación de Murcia

FUNDADO EN EL AÑO 1883



Tubos y cristales de linfa-vacuna fresca y
garantizada a 1'25 y 1'50 ptas.

Vacunas directas de dicho Instituto, 5 pesetas

Ternerías vacunadas precios convencionales

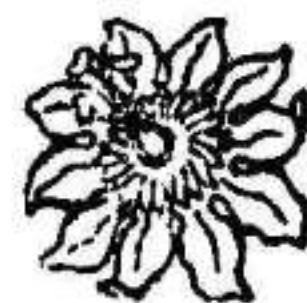
DIRECTOR:

D.º Martínez Ladrón de Guevara

CALLE DE ZOCO

MURCIA

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



Laboratorio Guillamón

Reacciones
de Wassermann,
Widal, etc.



Plaza de S. Agustín (Lonja), núm. 2

MURCIA