

# Anales del Instituto Médico Valenciano

BOLETÍN (1841-98)

REVISTA MENSUAL

## SUMARIO:

Notas de Pediatría Clínica, por el Dr. J. Aguilar Jordán.

La ovulación en la infancia, por el Dr. Vicente García Ibáñez.

Sesiones científicas del Instituto Médico.

Revista de revistas.

Varia: Programa de premios ordinarios para 1912.

Memorias premiadas por el Instituto: *Topografía médica de Rótova y pueblos anejos á su distrito*. Primero del concurso de premios de la Fundación Roel para 1910, por el Dr. D. José Izquierdo Sánchez. (Continuación.)

## NOTAS DE PEDIATRÍA CLÍNICA

por el Dr. J. Aguilar Jordán

Director del Consultorio Municipal de niños de pecho «Gota de leche».

### Convulsiones y espasmo-glótico en un niño heredo-sifilítico

El niño Federico B..., de once meses, de Valencia, es traído por su madre á mi Consultorio público de la «Gota de leche» junto con otro, su hermanito mellizo, en demanda de leche y de los auxilios médicos que se prestan en dicho centro. Lactados por su madre los dos primeros meses, el desarrollo de ambos pequeñuelos dejaba mucho que desear, por cuyo motivo hubo aquélla de darles biberón. Pero la repetición abrumadora de los transtornos digestivos que les acarrea aquel régimen de alimentación, indujo á la madre á acudir á mi consulta.

Nada diré del hermano mellizo del niño objeto de esta historia clínica, porque aparte su estado distrófico, ninguna paridad ofrecen sus respectivos historiales morbosos.

El niño Federico B..., de once meses, cuyo peso al ser inscrito en el libro registro del Consultorio, era de 4.410 gr. el día 12 del mes de Diciembre, ofrecía los siguientes *antecedentes hereditarios*.—Madre: mujer de 43 años, aparentemente sana, y á pesar de su edad con aspecto de relativa juventud. Niega terminantemente haber padecido sífilis ni otra enfermedad infecciosa grave. A pesar de ello ha tenido dos abortos de 4 y 5 meses, y un parto prematuro de 6 meses y medio en el que dió á luz un niño muerto, pero sin alteraciones visibles en su piel.

Del padre de estos niños dice esta mujer que ignora que sea sifilítico, aunque cree que no, pues nada ha podido ver en él durante los 7 años que vive en su compañía.

*Antecedentes personales.*—El niño nació á término, después de un parto algo laborioso, pero espontáneo. Su aspecto general era de relativa robustez, á pesar de ser mellizo. Esto no obstante, al mes de nacer, comenzó á apercibirse la madre de que el niño empezaba á adelgazar, á ponerse pálido y á presentar algunos accesos convulsivos; sospechando serían estos trastornos producidos por la *debilidad*, á causa tal vez de su escasez de leche para criar á los dos niños, comenzó á usar el biberón, dándoles varios de ellos al día de leche de vaca diluída y hervida. A pesar de esto, ambos niños siguieron adelgazando y empezaron á padecer los primeros trastornos digestivos, vómitos, diarreas apiréticas unas veces, febriles otras. Las convulsiones seguían presentándose cada vez con más frecuencia.

*Estado actual.*—Peso: 5.320 gr.; talla 61 cent. Piel y mucosas sumamente pálidas y descoloridas, permitiendo ver por transparencia todas las venas superficiales. No hay ni manchas, ni cicatrices, así en la superficie cutánea como alrededor de los orificios naturales. No hay coriza sifilítica. La cabeza se presenta notablemente aumentada de volumen. Gran fontanela ampliamente abierta y apenas osificada. No ha echado ningún diente. La cavidad torácica se presenta bastante aplastada lateralmente, adoptando la forma atenuada del pecho de ave. Evidente rosario condro-costal. Nada hay en aparato respiratorio y circulatorio.

Abdomen abultado, vientre timpánico, ligeramente batraciano. En el límite superior las costillas falsas se separan en aleta hacia adelante. No hay ascitis, ni nudosidades mesentéricas apreciables. Aumento evidente de la zona de macidez hepática. Por la palpación profunda se toca con relativa facilidad el borde libre del hígado, que da sensación de lisura y consistencia normales. Bazo sensiblemente engrosado, liso y algo doloroso.

Polimicroadenopatía inguinal. Engrosamientos epifisarios tibiales inferiores. La compresión de estas zonas, determina dolor y hace llorar al niño.

En el acto del reconocimiento, las deposiciones son normales en color, consistencia y número.

El niño llora mucho, especialmente por las noches. La madre atribuye este fenómeno á dolores cólicos, porque aquél se agita y flexiona las piernecitas. Resultan evidentemente positivos el signo del facial y el de Trousseau.

Sólo al cabo de algún tiempo, en uno de mis días de consulta general pude presenciar un ataque convulsivo.

Las convulsiones se inician por una palidez repentina que invade la superficie de toda su piel y mucosas. El niño pone los ojos en blanco, y la convulsión tónica, á modo de onda de contractura, invade todo el cuerpo. Piernas y brazos quedan en extensión forzada; los brazos en acentuada pronación, con la mano fuertemente cerrada. La cabeza en hiperextensión y la columna vertebral rígida y arqueada también. Un leve temblor, casi únicamente apreciable en las manos, esboza las convulsiones clónicas.

Los movimientos respiratorios se hacen lentos y superficiales. El pulso se desvanece, haciéndose frecuentísimo y difícilmente perceptible.

Pocos minutos después de iniciarse el ataque, la piel y mucosas, especialmente de la cara, comienzan á cianosarse; se gradúa más el opistótonos y la respiración parece completamente suspendida durante brevísimos momentos. Durante esta fase, las convulsiones

clónicas son más extensas y perceptibles. Este estado dura muy poco; rápidamente desaparece todo y el niño vuelve á ponerse pálido, abre y cierra los ojos y rompe á llorar. El acceso ha desaparecido. La duración total apenas es de 6 á 7 minutos.

La aparición de estos ataques no responde á orden alguno en su presentación, sobrevienen á cualquier hora del día ó de la noche. En los primeros meses de la vida de este niño eran poco frecuentes, pero desde el 7.º mes lo han sido mucho más; primero, casi diarios; últimamente, tres, cuatro y hasta ocho en un día; en ocasiones han sido sub-intrantes.

Los primeros ataques de espasmo-glótico, alternantes con las convulsiones, aparecieron á partir de los nueve meses. El niño, con motivo de un golpe de tos ó al llorar, es presa de un acceso de sofocación con cianosis y suspensión respiratoria, por laringoespasmo evidente, durante algunos minutos.

La continua decadencia orgánica de este niño, inexplicable por las intercurrentes y siempre leves diarreas sobrevenidas en el curso de su vida de lactante; la profunda anemia objetiva comprobada por mí en el examen hematológico; ciertos antecedentes hereditarios que ya quedaron especificados en la anamnesis, me hicieron sospechar la existencia de un trastorno distrófico de índole heredo específica, como causa eficiente del síndrome nervioso padecido por el pequeñuelo.

El examen hematológico dióme el resultado siguiente:

Hemoglobina (Gowers-Sahli).—45 por 100.

Eritrocitos.—4.126.200 (acentuada poiquilocitosis).

Leucocitos.—6.382.

La anemia, pues, padecida por el niño, correspondía claramente al tipo cloro-anémico puro. Dicho sea ahora de paso, reservándome insistir sobre esto en otra ocasión, creo que esto viene á confirmar mis afirmaciones acerca del tipo anémico predominante en la heredo-sífilis infantil y consignados en una comunicación presentada al II Congreso Nacional para el progreso de las Ciencias (1), celebrado en Valencia.

La reacción Wassermann practicada por el Dr. Juan Campos, en el Instituto municipal de Higiene, dió resultado positivo.

Resulta, pues, indudable que el caso historiado es el de un niño con heredo-sífilis.

Aparte las frecuentes modificaciones que en el curso de su enfermedad hasta la fecha, ha sufrido la discordante dietética de este niño, impuesta por los fáciles é inexplicados descensos del peso y trastornos digestivos siempre leves, el tratamiento farmacológico ha consistido en la administración de algunas pociones bromuradas, sin resultados; inhalaciones extemporáneas de una mezcla alcohólica-etéreo-clorofórmica, como recomienda Taylor-Wells, para yugular los accesos convulsivos internos (laringoespasmo) y externos (ataques eclámpticos), algo más eficaz; una poción de cloruro de calcio al 2 por 100, tratando de aprovechar las propiedades antiespasmódicas de este fármaco, puestas de manifiesto por la escuela alemana consecutivamente á los estudios de Seitz, Seigert, Finkelstein, etcétera, sobre la espasmofilia, retención orgánica del calcio y glándulas endócrinas (tiroides y paratiroides). No puedo hablar mal de la cura clorurado-cálcica, porque antes de empezar á usar del remedio específico, conseguí disminuir el número de accesos convulsivos y que desaparecieran por completo los ataques de laringoespasmo.

(1) AGUILAR JORDÁN.—*Nota sobre 16 casos de anemia infantil de tipo clorótico.*

Una vez en posesión de la verdadera etiología del mal, comencé á usar el mercurio, pues hasta la fecha (no por mi experiencia, nula todavía á este respecto, sino por la ajena), dudo de la eficacia y aun de la inocuidad del «606» en el tratamiento de la sífilis de los niños.

Ambos hermanos, positivamente sifilíticos (reacción Wassermann + en ambos), fueron igualmente, ó mejor dicho aún, son tratados por las inyecciones, casi diarias desde el principio, de biioduro de mercurio, primero al 2, luego al 3 y en estos momentos al 5 por 1.000, en solución acuosa á la dosis de 1 c. c. que contiene por tanto 2, 3 y 5 mmg. de sal mercurial. Las inyecciones se practicaron en los comienzos del tratamiento por series de 10, con intervalos de una semana entre ellos.

Los resultados de esta terapéutica han sido: Mejora del estado general, aumento de coloración de piel y mucosas, ascenso del peso, desaparición de los gritos y lloros nocturnos y desaparición casi completa de convulsiones generales y absoluta de accesos de espasmo-glótico. Las convulsiones son muy raras y han quedado reducidas á un esbozo de lo que fueron.

\*  
\* \*

Es tan extenso el campo de estudio de la heredo-sífilis precóz, forma padecida por el niño que motiva esta historia, que el decidirme á abordarlo con toda amplitud en este lugar, sería tan inoportuno como inútil, dado los límites que debe tener una modesta nota clínica.

En consecuencia, sólo me ocuparé en este momento de la patogenia y diagnóstico del síndrome convulsivo en la heredo-sífilis precóz padecida por el niño historiado.

En los ataques convulsivos descritos, pueden notarse los caracteres siguientes:

1.º *Convulsiones tónicas:* a) Tónicas externas, rotación de los globos oculares hacia arriba, extensión forzada de la cabeza, de los miembros, de la columna vertebral; flexión de los dedos de la mano;

b) Tónicas internas (laringo-espasmo y tal vez espasmo-diafragmático).

2.º Convulsiones clónicas, subsiguiendo á las anteriores.

3.º Accesos convulsivos irregulares en su presentación; sin causa determinante bien definida y clara en todos ellos; progresivamente mayores en número; en ocasiones subintrantes, y generalmente de breve duración.

4.º Paso rápido siempre, del estado convulsivo al estado normal.

5.º Ausencia completa, después de los accesos, de toda clase de secuelas (parálisis, paresias).

6.º Integridad de las facultades intelectuales y de los órganos de los sentidos del niño en los períodos intercalares.

7.º Pérdida del conocimiento y del reflejo palpebral, insensibilidad visual, dilatación de las pupilas, pero sin desigualdad de las mismas; insensibilidad auditiva durante los accesos. Estos se inician sin grito, ni otro fenómeno de aura cualquiera.

Los accesos son claramente eclámpticos.

¿Cuál será, pues, su patogenia?

En opinión de Zapport, el sistema nervioso no está con frecuencia afectado en la sífilis

hereditaria. Heubner coloca en octavo lugar las lesiones nerviosas de la heredo-sífilis, por lo que se refiere á su orden de frecuencia.

Como es sabido, á pesar del valor cada día más relativo de las clasificaciones, las convulsiones infantiles se reúnen por los autores en dos grandes grupos, según que dependan ó no de una lesión material, conocida y comprobada, del cerebro ó de sus membranas envolventes. En el primer caso se apellidan *sintomáticas*; tales son las sobrevenidas en el curso de las meningo-encefalitis, de las hemorragias, de los tumores, de los tubérculos encefálicos. En el segundo, se llaman *idiopáticas, dinámicas ó esenciales*. Como dicen muy bien Baboneix y Hútinél, toda influencia patógena puede en el niño pequeño, determinar la aparición de un acceso convulsivo. En unos casos, el acceso eclámptico sobreviene al iniciarse ó en el curso de una infección, fiebre eruptiva, pneumonía, etc. En otros, es el resultado de una intoxicación endógena ó exógena. A veces, es la consecuencia de perturbaciones circulatorias patogénicamente enlazadas con una irritación periférica; traumatismo, dentición, helmintiasis.

¿Las convulsiones padecidas por el niño objeto de esta historia deben considerarse como accesos eclámpticos esenciales, idiopáticos, de índole puramente dinámica, ó por el contrario como manifestación de un síndrome dependiente de lesiones meningo-encefálicas de naturaleza específica, en evolución? Dificilísimo resulta este problema. Es un hecho de observación conocido de todos los pediatras clínicos, que los procesos cerebrales de la sífilis hereditaria van frecuentemente acompañados de convulsiones, que se presentan, unas veces como síntoma inicial de la enfermedad cerebral; otras, como fenómeno concomitante de las afecciones cerebrales graves ó en el último período de las mismas, y otras, por fin, y con bastante frecuencia, como causa directa de la muerte. En el caso actual, con extraordinarias reservas, podríamos inclinarnos por la aceptación del síndrome convulsivo á título de fenómeno inicial de una afección cerebral en evolución; la ausencia de todo otro síntoma funcional ó somático del sistema nervioso en los períodos interconvulsivos nos veda toda otra suposición. Si se tratase en este caso, de convulsiones de naturaleza epiléptica cortical ó Jacksoniana, bastante frecuentes en el grupo de las afecciones sífilíticas cerebrales, la duda acerca de la existencia de lesiones materiales ya no sería posible, habida cuenta de la conocida anatomía patológica meningo-encefálica de este síndrome. Pero como nada puede verse en el cuadro sintomático de este caso que autorice tal suposición, ni como suele ocurrir en la epilepsia heredo-sifilítica, ha ido acompañada de otros síntomas cerebrales en los períodos interconvulsivos, tales como temblor, desórdenes de la fonación, obnubilación mental rápidamente progresiva, etc., de aquí que por necesidad hemos de inclinarnos á aceptar que las convulsiones padecidas por este niño, si son fenómeno inicial de una afección cerebral en evolución, tal afección tiene un substratum anatómico no muy grave, pareciéndonos algo más racional, repito, con toda suerte de reservas que sólo el tiempo puede poner en claro, que ellas deben considerarse como accesos eclámpticos sintomáticos de otro proceso morboso del que no nos hemos ocupado, pero cuyos estigmas podrá encontrar el lector, si analiza detenidamente la descripción clínica. Para abreviar: el niño es un *raquítico*. La sífilis hereditaria, sola ó en combinación causal con los diversos accidentes gastro-intestinales padecidos por el enfermito, ha producido un raquitismo, ya de bastante intensidad. Recuérdese que pudieran descubrirse, al hacer el examen somático, estigmas evidentes de aquella distrofia: cráneo grande, inclusión de la gran fontanela, anodontia, deformidad torácica, rosario condro-costal, engrosamientos

epifisarios de las tibias. Asentado definitivamente el diagnóstico de este caso como de *Raquitismo de origen heredo-sifilítico*, la patogenia de las convulsiones *internas* (laringo-espasmo) y *externas*, aparece ya más clara y precisa, pudiéndose así dar una interpretación más racional al hecho clínico de la ausencia de ciertos síntomas reveladores de graves lesiones nerviosas de naturaleza directamente sifilítica.

La *sífilis* en este caso, sola ó en funciones de concurrencia causal con otros elementos etiológicos tal vez de origen gastro-intestinal, ha engendrado un *raquitismo*, de cuyo síndrome forman parte las convulsiones estudiadas.

Si alguna duda cupiese, la presentación del laringo-espasmo nos inclinaría definitivamente en aquel sentido.

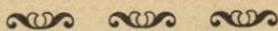
Todos los autores (y yo en mi modesta práctica algunas veces he podido comprobarlo también) están conformes con Seigert, que el espasmo-glótico es manifestación del raquitismo en la inmensa mayoría de los casos. La llamada *espermofilia*, de la que aquel síntoma es una legítima manifestación, es un estado muy común en los niños raquícticos, y especialmente en los niños lactantes. En ocasiones, este estado de verdadera irritabilidad nerviosa no se manifiesta adoptando formas clínicas claras y definidas, y el médico debe descubrirlo, buscando el signo del facial (Schvostek), el fenómeno de los labios (Thiemich), el signo de Trousseau y el aumento de la excitabilidad eléctrica (galvanización del mediano y del radial). Tanto valor concede Seigert á estos signos, y en particular á los aportados por el electro-diagnóstico, que su comprobación y persistencia son para él elementos suficientes para formular un diagnóstico de raquitismo mucho antes de que las deformidades óseas aparezcan, en cuyo momento, como dice muy bien el ilustre Dr. Borobio, de Zaragoza, una niñera puede diagnosticarlo.

¿En dónde radica la excitación convulsivante? La fisiopatología de los fenómenos convulsivos en el niño difiere algo de la del adulto. En éste, comúnmente, la excitación está en relación directa con una lesión cortical, que suspende momentáneamente la acción inhibitoria ó frenatriz ejercida por el cerebro sobre la médula. En el niño, por el contrario, los centros espinales están en plena actividad funcional, al paso que los corticales no han alcanzado todavía su total desarrollo. De esto resulta que estos no pueden ejercer más que una insuficiente influencia inhibitoria sobre los otros centros. Esta incontrovertible preponderancia del sistema espinal en el niño, explica cumplidamente la extrema frecuencia de las convulsiones en la infancia. En estas edades, con Flochsinges, pueden distinguirse dos variedades de convulsiones: unas llamadas *ocasionales*, en las cuales, aparte el acceso convulsivo, no pueden encontrarse otros síntomas reveladores de un estado de hiperexcitabilidad anormal de los centros nerviosos; las otras, llamadas de *hiperexcitabilidad*, además del acceso convulsivo, se caracterizan por síntomas de irritabilidad neuromuscular, psíquica, espasmos-glóticos, etc., y que, especiales de la primera infancia, están en íntima relación con la preponderancia fisiológica, en esta época de la vida, del sistema espinal sobre el cerebro. Las convulsiones del raquitismo pertenecen, pues, al grupo de las llamadas de *hiperexcitabilidad*, que en último análisis no son otra cosa que el estado *espermofílico* de Seigert.

¿De qué *naturaleza* es la causa convulsivante en el raquitismo, y por tanto en el caso que motiva esta nota? Si entrásemos de lleno en el estudio de esta cuestión, nos veríamos obligados *a fortiori* á ocuparnos de la tan debatida y todavía no bien esclarecida patogenia del raquitismo. Esto daría proporciones tan exageradas á este trabajo, que el bondadoso

lector no me perdonaría; por tanto, sólo diré que el mecanismo de las mismas sin duda se encuentra integrado en ciertos fenómenos de auto-intoxicación, en los que evidentemente desempeñan un gran papel ciertas alteraciones endócrinas; y especialmente del timo, y para muchos, también de las glándulas paratiroides.

En resumen: según las mayores probabilidades, las convulsiones padecidas por nuestro enfermito, son debidas al raquitismo, producido á su vez, sola ó acompañada, por la heredo-sífilis.



## La ovulación en la infancia

Por el Dr. Vicente García Ibáñez

Casi todas las investigaciones histológicas practicadas en ovarios han dado como resultado, asegurar que el número de folículos existentes primordiales, es mucho más abundante en la niñez que en la pubertad; el número de folículos encontrados varía mucho según los investigadores: Sapey asegura existen 300.000 y en cambio Heule sólo encuentra 35.000; de todos modos y aun existiendo una diferencia tan grande entre ambos observadores, puede asegurarse que el número de folículos en los primeros años de la vida, es considerable, y efectivamente en el ovario infantil sólo existe una pequeña cantidad de tejido conjuntivo, que forma la trabazón del ovario, y todo el resto del órgano está formado por la capa ó sustancia cortical en la que llegan los folículos á estar en contacto.

En el ovario no se encuentran vestigios de nueva formación después del nacimiento: todos los folículos son pues de origen fetal; al llegar la mujer al período de la pubertad tiene un número mucho menor de ellos, que al comenzar la vida extrauterina: no podemos menos que suponer existe en el ovario un fenómeno de destrucción de los mismos; en el ovario realízanse dos funciones, la madurez y la dehiscencia: la primera realízase en los primeros períodos de la vida y la segunda sólo en la pubertad.

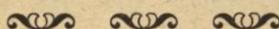
Ritche, en el año 1850, presentó ovarios de niñas de seis años con vesículos de Graf en estado de madurez. Senetiy describió ovarios de niños que presentaban diferentes grados de maduración folicular, y Paluderio Von Spee y otros han demostrado de manera clara y tangible que los ovarios, lejos de hallarse en reposo completo en el período de la niñez, presentan una evolución y actividad tan grande que llega á semejarse con el proceso de madurez de los mismos.

No podemos admitir en manera alguna las afirmaciones de tocólogos eminentes que aseguran de una manera rotunda que los órganos sexuales de la mujer permanecen en el reposo más completo en la infancia, si bien esta opinión la sustentan nombres tan prestigiosos como Tornier, Bum y algunos otros.

Es un hecho observado por muchos pediatras y todos los tocólogos, que en los días que siguen al nacimiento en un número considerable de recién nacidas, las mamas se ponen turgentes y segregan un líquido lactescente en los días inmediatos al nacimiento, y

también aún con la misma frecuencia suelen verse niñas recién nacidas que presentan pequeñas hemorragias genitales, y niñas de más edad, pero que no son púberes, presentan menstruaciones precoces, esto es, debido al impulso que reciben los genitales al comenzar la niña la vida extrauterina y con el comienzo del funcionalismo del ovario, que no llega á la dehiscencia de los óvulos, pero sí llega á la madurez de muchos folículos y á la destrucción de los mismos por disolución.

La madurez folicular es, pues, un fenómeno constante en el ovario desde el nacimiento hasta la menopausia, si bien su intensidad varía según las edades, y los productos de desintegración obran indudablemente como excitadores del funcionalismo mamario y uterino en las niñas, y es causa asimismo del desarrollo de los genitales en los primeros días que siguen al nacimiento.



## Sesiones Científicas del Instituto Médico

Discusión del tema presentado por el Dr. García Ibáñez

Dr. Portaceli: Considera loable, y la aplaude, la labor del Dr. García Ibáñez, siendo de agradecer también que haya planteado el tema del *Tratamiento del aborto*, pues como dicen Dubrissay y Jeannin, «Pocas nociones son más importantes de conocer bien en la práctica que la del tratamiento del aborto, dada su frecuencia y la gravedad de los accidentes que pueden resultar de él».

Dijo que para sentar un buen tratamiento hay que conocer bien la etiología y patogenia de la afección, siendo siempre preferible el que se dirija á estos elementos, recurriendo en último término ó como adyuvante al tratamiento sintomático. Esto ocurre también en el aborto, y aun circunscribiéndose al tratamiento del aborto inevitable, lo conveniente era huir de todo lo que pudiera ser sistemático, fuente de los mayores yerros, cuando no perjuicios, principalmente en Medicina, en donde se repite hasta la saciedad que se tratan enfermos, no enfermedades, y más aún en Obstetricia, cuyas intervenciones revisten muchas veces el carácter de urgencia y son ó pueden ser variables en alto grado, por enfermo, localidad, circunstancias que le rodean, médico que interviene, en fin, á veces contra sus hábitos y aficiones; por ello cree el Dr. P. que lo conveniente es trazar líneas generales, que sean aplicables al mayor número de casos y procedimientos fáciles, expeditivos, que puedan cumplir el mismo fin.

Por todo esto, enumeró las causas de aborto (entendiendo por aborto «la expulsión del producto de la concepción antes del límite inferior de la viabilidad del feto», pues algunos autores (Cuzoni y Pestalozza) entienden que es «la interrupción del embarazo antes del 180.º día», seguida ó no inmediatamente de la expulsión del producto, ya que cuando el embrión ó feto ha sucumbido en el claustro materno, hasta su expulsión, la mujer no está embarazada, está en «estado de retención» (Pinard), dividiéndolas en paternas y ma-

ternas y éstas en profesionales, generales y locales, deteniéndose sobre el llamado *aborto de repetición* que cree debido, como Pestalozza, á la intoxicación gravídica, como lo corrobora la clínica, pues instituyendo precozmente el régimen lácteo (ayudado acaso por oxidantes, vaso-dilatadores, vida higiénica) se consigue evitarlo.

Resumiendo la sintomatología, hizo hincapié en la posibilidad que algunas hemorragias, no muy copiosas, que ocurren en los primeros tiempos del embarazo sean debidas á la caduca parietal, engrosada, rica en vasos, no fusionada aún con la refleja, hemorragias que ninguna relación tienen con el huevo, encerrado en su *cámara incubadora* (Guicciardi), y que á veces aparecen simulando menstruaciones.

Respecto á diagnóstico, insistió sobre la necesidad importante para la terapéutica:

1.º Averiguar si el aborto era por embrión ó feto muerto ó por desprendimiento, sea cual fuere su causa, de las membranas (División clínica del aborto, Tarnier); caracterizan al primero, la escasez de las pérdidas sanguíneas, los dolores no muy intensos y la *facilidad* del aborto; el segundo por todo lo contrario; 2.º Si el aborto es evitable y en caso afirmativo si conviene evitarlo; 3.º Si es inevitable; 4.º Si se ha efectuado en parte ó en totalidad, y 5.º Si está complicado. De todos estos casos hizo resaltar sus características, diciendo respecto al 4.º caso que se habla mucho de *retención de restos del aborto* y que si por tal se entendía que quedaba á veces en el útero el saco ovular completo, amnios, corión y caduca (la verdadera no se expulsa *macroscópicamente* en los primeros meses; aunque Vinter cree queda definitiva, volviendo á adquirir caracteres de resistencia, lo probable es que se exfolie *microscópicamente* y se expulse poco á poco) ó alguna de las tres membranas, conformes; pero que si se entendía que quedaban *trozos* no podía admitirse, al menos para el aborto no criminal ni alterado por maniobras intempestivas.

En el tratamiento citó rápidamente el profiláctico para detenerse en el del aborto en vías de realización. Hablando del aborto evitable (y en los casos que convenga evitarlo), expuso las ventajas de *viburnum prunifolium*, á la dosis de 4 gramos en las 24 horas, con el reposo en cama (Cordes, de Ginebra, *An. de Gynec.*, Abril 1888), coadyuvado alguna vez por los opiáceos (láudano en enemas), pero que éstos no actúan más que exclusivamente sobre el elemento *dolor*.

En el tratamiento del aborto inevitable (con mayor razón si el embrión ó feto está muerto) y el incompleto, no podía suscribir como método exclusivo el expuesto por el doctor García Ibáñez, empleado por Tarnier y Budín, por no citar otros como Auvard, Fraipont y Dührssen, y últimamente por Bonnaire, quien por el hecho de encontrarse el producto abortivo alguna vez al retirar el taponamiento le llamó *taponamiento libertador*, nombre que ha hecho alguna fortuna. Que este taponamiento no podía ir dirigido más que contra la hemorragia, y aun en este sentido, si tan intervencionista se muestra el conferenciante, mejor era recurrir al rascado digital, completado con el de la cucharilla, que al taponamiento, que entonces no resulta más que un tratamiento de espera (Bar, Brindeau, Porak, Döderlein); en muchos casos para hacer ese taponamiento se han de encontrar inconvenientes en la dilatación ó aun en poderlo hacer en buenas condiciones de asepsia, más necesaria aún en los taponamientos (que en estos casos han de ser tales) que en el rascado y desagüe consecutivo.

En medio de todo, dijo el Dr. Portaceli, no hay que temer tanto á la hemorragia (hablamos siempre de abortos no criminales), pues aún no se ha registrado ninguna muerte por tal accidente sobrevenido en el aborto. Y contra este accidente hasta es un gran recurso

cerrar el cuello uterino con una pinza bi ó tridentada (Polosson); cerrado el útero se acabó la hemorragia, sin temor al cacareado reflujo de sangre por las trompas, pues no de otra manera obra el taponamiento cérvico-vaginal y vaginal, bien hecho (ó téngase presente que ese reflujo no ocurre en las hematómetras y colpo-hematómetras).

Si urge expulsar lo contenido en el útero, un recurso eficaz, que no ha fallado aún en manos del Dr. Portaceli, es el empleo del bisulfato de quinina á la dosis de 2 gramos repartidos en 6 discos, uno cada una ó dos horas, cuya acción oxitócica, de antiguo conocida, ha sido especialmente estudiada por Cordes (*loc. cit.*) Con su empleo se expulsan los restos ovulares sin que haya necesidad de intervención ninguna la mayoría de las veces, y por lo tanto menos peligros de contaminaciones y accidentes; únicamente, en casos raros, habrá que hacer una dilatación cervical.

Además, con el tratamiento sistemático del taponamiento del útero, nos expondríamos á romper muchos huevos, que se expulsarían con mayor facilidad y sin accidentes estando enteros.

Respecto del empleo de la ergotina ó cornezuelo de centeno, el Dr. Portaceli se mostró conforme en que, con el taponamiento, no resulta perjudicial; además, la dosis es pequeña; pero lo considera perfectamente inútil porque nunca cohibirá la hemorragia ni provocará las contracciones uterinas tan eficazmente como el tapón.

Respecto al tratamiento del aborto complicado, especialmente de accidentess infecciosos, dicho está que resulta altamente perjudicial el taponamiento, aun despus del escobillonado ó legrado; entonces el desagüe va mejor después del vaciamiento rápido y curas antisépticas del útero; tanto es así que hoy hasta se proscribe la mecha de gasa (sin duda, porque, como dijo Richelot, siempre tapona algo) y se emplean tubos, el mejor el de Mouchotte.

De modo que no es posible adoptar un *tratamiento único* contra todos los casos de aborto, aun circunscribiéndonos al inevitable y no complicado de accidentes infectivos. En primer lugar hay que dejar, mientras sea posible, que la naturaleza obre, como dice Recasens, ayudándola con los medios que más inofensivos resulten para ella; después, según el caso, las circunstancias en que nos encontremos, recursos con que podamos contar, etcétera, obraremos.

«Espectación, medios farmacológicos, taponamiento vaginal, cérvico-vaginal, uterino, rascado, legrado, escobillonado, pinza cervical, irrigaciones intrauterinas, la histerectomía, todo puede estar indicado y su indicación cumplirse en el aborto inevitable, incompleto, con hemorragia, accidentes infecciosos, y el aplicar esos diversos métodos con oportunidad y bien, es lo que acredita al médico en general y en especial al tocólogo...»

El Dr. Portaceli, agradeció una vez más su iniciativa al Sr. García Ibáñez, afirmando que lo expuesto eran observaciones que le había sugerido el trabajo de dicho señor, nunca una impugnación completa de su proceder, exceptuando lo que éste pudiera tener de sistemático.



## REVISTA DE REVISTAS

## MEDICINA GENERAL Y TERAPÉUTICA

**La práctica de la inmunoterapia antituberculosa.** *Tuberculinas, sueros, granulaciones de Much. Su significación clínica.*—BOSSAN (de Niza). (*Gazette des Hôp.*, Enero 1911, núm. 9)

El autor ha empleado la tuberculina de Meyer y Rüppel. Practica las inyecciones con intervalos de 5, 6 y 8 días, y aun mayores. No hay contraindicaciones propiamente dichas, aunque es preferible no inyectar á los tuberculosos cardíacos, epilépticos y diabéticos. Tampoco puede fijarse de antemano el tiempo de duración del tratamiento. El estudio de las variaciones del contenido de los esputos en granulaciones de Much, es el criterio, según el A., que podría servir en casos de tuberculosis abiertas para apreciar el efecto terapéutico de las inyecciones de tuberculina. Los trabajos de Much (de Hamburgo), han demostrado que existe una forma granulosa de los bacilos tuberculosos, no coloreable por el Ziehl, pero sí por el Gram. modificado. Estos bacilos serían el mismo de Koch en cierta fase de su desarrollo. Así, podría esquematizarse la evolución del b. t. del siguiente modo:

- 1.º Bacilo ácido-resistente, coloreable por el Ziehl.
- 2.º Bacilo no ácido-resistente, coloreable por el Gram.
- 3.º Granulación que no se colorea más que por el Gram.

Por otro lado, la granulación tuberculosa, por su resistencia á la antifanina, se diferencia en todas las variedades análogas. Se puede, por medio del procedimiento de Weiss ó de la doble coloración, poner en evidencia las formas de bacilos de Koch que toman el Ziehl, y las que no son coloreables más que por el Gram. Hecho que resulta interesante, es que la aparición de las granulaciones de Much coincide con el au-

mento de peso, la desaparición de la fiebre y los restantes signos clínicos de la mejoría.

Paralelamente á la tuberculinoterapia, inmunización activa, Bossan ha utilizado la sueroterapia, método de inmunización pasiva. Es natural que tratándose de la tuberculosis, enfermedad crónica, deben repetirse las inyecciones durante mucho tiempo. El autor se ha servido sobre todo del suero antituberculoso de Marmoreck, suero polivalente, á la vez antituberculoso y antitreptocóccico. Practica durante 20 días inyecciones cuotidianas de 5 á 10 c. c. de suero, seguidas de un intervalo de 20 días de reposo, después del cual se reemprende el tratamiento. Puede administrarse también en enemas á la dosis de 20 c. c.

La sueroterapia, según el A., se impone en las formas agudas y febriles. En términos generales, dará buenos resultados en toda tuberculosis el método que consiste en comenzar por la sueroterapia que inmuniza pasivamente, y pasar después á la tuberculinoterapia que incita al organismo á la producción de antitoxinas.

**Cómo debe administrarse el hierro.**—M. MOREUX. (*Cons. de Médecine et Thérapeutique*. 1911.)

La medicación marcial ha gozado en todo tiempo del mayor favor, y sólo Bunge ha quedado como adversario irreductible de las preparaciones ferruginosas en el tratamiento de las anemias. Estas raras hostilidades contra el método tienen su explicación. «Cuando en ciertos casos, dice Hayem, después de haber ensayado gran número de preparaciones marciales sin obtener resultados, se declara la inutilidad del hierro, es que se ha pasado junto á la buena preparación sin apercibirse, y así el caso diputado como incurable puede curar en algunas semanas en manos de otro médico que haga uso de otra preparación marcial todavía no utilizada.» Es decir, que del valor de la preparación empleada dependen los resultados que se obtengan.

Durante mucho tiempo, bajo la influencia de consideraciones de orden teórico, se preconizó el protocloruro de hierro; más tarde, las sales de hierro de ácido orgánico; otros dieron la preferencia á las sales ferrosas, á las asociaciones arsénico-ferruginosas, etc.

Bajo la influencia de las ideas de Bunge, que negaba, apoyándose en Cl. Bernard, la absorción del hierro medicamentoso, pero admitía la del hierro alimenticio, la moda cambió en favor de los compuestos ferruginosos orgánicos naturales, hemoglobina, hemazona, hematógeno, nucleinato de hierro (Martinet). MM. Gilbert y Lereboullet han preconizado el cacodilato de hierro en inyecciones hipodérmicas. Finalmente, en estos últimos años se ha recomendado el peptonato y el albuminato de hierro, el glicero-fosfato de hierro, etc.

Sin embargo, la práctica no ha confirmado las esperanzas que la teoría autorizaba á forjarse, de la mayor parte de estas preparaciones. Las de hemoglobina, en particular, son muy alterables, de variable composición y, por consiguiente, de preparación y conservación difíciles.

Entre todas las preparaciones, Rabuteau y Hayem prefieren las protosales ó sales ferrosas solubles ó fácilmente solubilizables por el jugo gástrico; y entre estas protosales, casi todos los médicos, después de los trabajos de Hayem, conceden su preferencia al protoxalato de hierro. Pero es preciso saberlo administrar correctamente.

Ante todo, hay que saber que existe incompatibilidad química entre las sales de hierro en solución y el tanino.

Hay que tener presente, por otro lado, que uno de los efectos secundarios de la medicación marcial es producir el estreñimiento, y por tanto lo necesario que es el corregir este efecto, por la asociación de una sustancia laxante. La asociación del protoxalato de hierro y el polvo de ruibarbo, no neutraliza, como pudiera suponerse, las propiedades constipantes secundarias de la medicación ferruginosa, pues el ruibarbo junto á las oximetilantraquinonas, dotadas de propiedades purgantes, contiene tanoides astringentes.

También el hierro produce bastante frecuentemente dispepsias, y sabemos cuántos son los

arsénicos al mismo tiempo dispépticos, en los que estos trastornos digestivos se agravan por la medicación marcial, cuya absorción por este motivo se ofrece considerablemente dificultada.

Esta es una cuestión capital que se plantea en todos los clóricos y que obliga al clínico á asociar á la medicación ferruginosa otras medicaciones adyuvantes que deben precederle ó acompañarla. Así en los hiperpépticos, antes de prescribir el hierro, debe tratarse el estado gástrico por un régimen bien conducido, al que se añade una cura de Carlsbad artificial (Hayem). En los hipopépticos, es preciso, por el contrario, estimular las secreciones gástricas ó introducir en el estómago ácidos que compensen su hipocidez. Desde hace mucho tiempo Hayem aconsejó, para facilitar la digestión y la absorción del protoxalato de hierro, prescribir simultáneamente el ácido clorhídrico en solución al 1 por 100, tomando de ésta una cucharada sopera en una cuarta parte de vaso de agua azucarada media hora después de las dos comidas principales, durante las cuales se tomará el hierro.

Un medio más activo y más cómodo consiste en la adición al hierro de pequeñas cantidades de fosfato de sosa (G. Lyon). Si bien el fosfato de sosa á altas dosis posee propiedades sedantes de la secreción gástrica, á pequeñas dosis, en cambio, es laxante, tónico, gástrico y estimulante nervino (A. Robin); sobre todo produce una excitación del proceso digestivo que se traduce por un aumento de la secreción clorada.

Por último, Wolf ha demostrado el papel del fosfato de sosa como substancia enzimática, es decir, como excitante de las oxigenaciones provocadas por una oxidasa: sal ferrosa, etc.

Estas indicaciones quedan cumplidas en el Feroxal, en el que el protoxalato de hierro está felizmente asociado á los fosfatos alcalinos y en particular al fosfato de sosa, que es un coenzima precioso. Merced á esta asociación, esta preparación es muy activa, y tan bien soportada por los dispépticos hiposecretorios, como por los anémicos ordinarios. En los primeros, que están generalmente afectos de formas graves, hace posible el uso de los ferruginosos; en los segundos evita la aparición de la dispepsia hipopéptica medicamentosa y la aparición del estreñimiento.

**Resultados estadísticos del tratamiento del tétanos por las inyecciones subcutáneas de ácido fénico.**—G. BACCELLI. (*Ber. Klin. Woch.*, 5 de Junio de 1910.)

Mucho antes que Behring y Kitasato, en 1890, hubieran hecho sus investigaciones experimentales para la producción de un suero inmunizante y curativo del tétanos; cuando la sueroterapia estaba en sus principios, y sobre ella se cifraban grandes esperanzas, que, salvo en lo que á la difteria se refiere, han resultado engañosas hasta ahora, había yo recomendado contra el tétanos un método terapéutico, que ha sido coronado de inesperados éxitos, y que hoy, después de numerosas comprobaciones clínicas, ha invertido las antiguas cifras de curación y de mortalidad, y eso que esta última llegaba al 95 %.

Aun cuando se han hecho múltiples tentativas para elevar la fuerza antitóxica del suero, ya aumentando su concentración, ya buscando otras vías de introducción, como la lumbar, la epidural, intracerebral, etc., nada importante se ha conseguido, y hasta el presente no pueden las inyecciones de suero antitetánico disputar la palma de la victoria á las inyecciones de ácido fénico. La fe en la sueroterapia antitetánica se ha ido perdiendo con los años y la experiencia. El último eco del desalentador resultado de este método manifestóse con ocasión de la guerra de la Mandchuria. Los médicos alemanes que acompañaban al ejército ruso, comunicaron al XXXV Congreso de la Sociedad alemana de Cirugía, el mal resultado obtenido con el suero. Las cajas de este producto fueron abandonadas durante la guerra, porque para nada servía (Bornhaupt). Antona no obtuvo mejor éxito durante la época de los terremotos de Sicilia y Calabria en 1908. En todos los Congresos y Sociedades de Medicina y Cirugía de los dos últimos decenios se ha comprobado la inutilidad terapéutica en los distintos sueros antitetánicos empleados.

Contrastando con el éxito desastroso del suero, se destacan los brillantes resultados obtenidos con las inyecciones de fenol.

El fundamento que me incitó á ensayar este método terapéutico, fué la observación del pode-

roso efecto sedante que el fenol ejerce sobre el sistema nervioso, como había tenido ocasión de verlo en las aplicaciones que de este medio había hecho contra las neuralgias. Posteriormente, tuve ocasión de comprobar la indudable acción moderadora ó fuertemente depresora, que el ácido fénico ejerce sobre la excitabilidad refleja de la médula en la infección tetánica. Además hace bajar la temperatura y tiene propiedades antitóxicas indiscutibles. Estas conclusiones, deducidas de una extensa y larga experimentación clínica, han sido confirmadas después por numerosos observadores.

Varios clínicos han prescindido en casos graves de los baños calientes, de los bromuros, del cloral, de la morfina, ateniéndose exclusivamente á las inyecciones fenólicas, confirmando así de un modo brillante la acción antitóxica, la antitérmica y la sedativa de este tratamiento. Al mismo tiempo observaron un acentuado aumento de las secreciones sudoral y urinaria.

A los hechos clínicos no les falta tampoco la comprobación experimental de laboratorio. En 1890 demostraron Tizzoni y Cautini que el ácido fénico aniquilaba *in vitro* la toxicidad del veneno tetánico. En 1891 comprobó Kitasato, y en 1885 Tizzoni y Babes, que una disolución de fenol al 5 % hacia estéril en treinta minutos un cultivo de bacilos de Nicolaier. Finalmente, Babes consiguió inmunizar animales contra el tétanos, inyectándoles suero de otros animales que previamente habían sido hechos refractarios contra esta enfermedad por medio del fenol.

Estas son las bases racionales del método terapéutico. Antes de pasar á exponer los resultados estadísticos, conviene hacer una advertencia importante respecto á la norma ó criterio clínico que debe guiar al médico en el empleo de este tratamiento, pues si de esta norma se prescinde, el método carece de toda eficacia. Su enunciado se reduce á lo siguiente: *para obtener resultados hay que emplear siempre dosis suficientes.*

La sorprendente tolerancia que aun los más graves enfermos han mostrado para las grandes dosis del medicamento en inyecciones subcutáneas (estas dosis han sobrepujado varias veces á la máxima de gramo y medio diario) me ha dado motivo para formular el siguiente axioma:

*la tolerancia respecto á un medicamento está en razón directa de su indicación.* Este axioma es también aplicable, puedo asegurarlo, para el sublimado, que fué el primero en emplear por vía intravenosa, para el tratamiento de diversas infecciones.

La dosis, por vez, de fenol, pasa frecuentemente de diez á quince centigramos y se ha podido llegar á setenta y cinco centigramos en un muchacho de nueve años que dos veces al día, durante doce, toleró esta cantidad de inyecciones (Crespolani). A otro enfermo se le pudieron administrar impunemente tres gramos diarios, durante catorce días (Florioli della Lena).

Por lo que al tipo de disolución concierne, yo he utilizado la acuosa, del 2 al 3 ‰; empiezo por dosis diarias de treinta á cincuenta centigramos, tanteando la tolerancia del enfermo y vigilando cuidadosamente el estado de las orinas. Después, y sin excesivas precauciones, subo rápidamente á dosis de un gramo á gramo y medio, en varias inyecciones durante las 24 horas. Dosis mayores que éstas, sólo en enfermos gravísimos y con grandes cuidados para aumentar progresivamente, son recomendables. Maragliano emplea una solución al 5 ‰, en aceite, para amortiguar la acción local del medicamento, muy intensa, sobre todo en los niños.

Aun cuando tengo noticias verbales de bastantes casos curados por este medio, no puedo referirme á ellos, por lo que citaré sólo los publicados. La bibliografía contemporánea desde 1888 hasta la fecha, comprende 190 casos tratados por las inyecciones de ácido fénico y suficientemente bien descritos, para permitir clasificarlos en varias categorías. Estos casos pertenecen en su mayoría á médicos italianos, pero también los hay de franceses, alemanes é ingleses.

El Dr. G. Imperiali ha dividido estos casos en leves y poco graves, graves, gravísimos y fulminantes. Para establecer estas categorías ha tenido en cuenta la duración de la incubación, que es inversamente proporcional á la gravedad infecciosa; la rapidez de presentación de la sintomatología clínica; la frecuencia, intensidad, extensión y duración de los paroxismos tetánicos; el grado de elevación de la temperatura; la edad de los enfermos; la resistencia individual,

teniendo en cuenta la manera de tolerar enfermedades anteriores y las variaciones constitucionales.

Los casos leves ó poco graves, caracterizados por invasión lenta, pródromos largos, espasmos poco intensos, etc., han sido eliminados, teniendo en cuenta que pueden curar espontáneamente.

Los casos graves, en los que clínicamente hay que desechar toda probabilidad de curación espontánea, son en total 94. Aunque se han publicado algunos más con feliz terminación, no han sido incluidos, pues en ellos se había empleado la sueroterapia antitetánica asociada al ácido fénico. Es decir, que en los 94 casos únicamente se usó este último agente terapéutico. De estos 94 casos graves, curaron 92; pero conviene advertir que de los dos muertos, en uno de ellos la intervención fué muy tardía.

Los casos considerados como gravísimos han sido 38. De ellos curaron 22 y murieron 16; pero de estos últimos en 11 no se pasó de medio gramo diario de ácido fénico y sabido es que hacen falta dosis de más del doble; de modo que estas 11 defunciones son en justicia recusables. De los cinco muertos restantes, uno de ellos tenía gangrena septicémica del antebrazo. La mortalidad de los casos gravísimos ha descendido con las inyecciones subcutáneas é intravenosas de fenol desde el ciento por ciento, que era antes, al diez y ocho y medio por ciento.

De casos fulminantes, en los que la muerte sobreviene en un plazo de 24 á 48 horas, sólo se ha conseguido salvar uno por inyección raquídea. Hay que consignar que á los restantes se les ha tratado con dosis insuficientes (menos de un gramo diario).

De la totalidad de los 190 casos registrados por Imperiali, resulta una mortalidad global de un 17,36 ‰, y como quiera que con todos los demás tratamientos que se han puesto en práctica la mortalidad ha oscilado del 80 al 93 ‰, el contraste no puede ser más notable. Ante estas cifras todo comentario es superfluo.

## OFTALMOLOGÍA

**¿En qué medida los medios modernos de diagnóstico de la sífilis y la tuberculosis son en sí suficientes para modificar nuestras concepciones sobre la etiología de ciertas afecciones oculares?** —DOCTOR IGRSHEIMER (*Halle*).

La reacción Wassermann es un síntoma de un proceso sifilítico en pleno desarrollo; la ausencia de esta reacción permite, pues, descartar la naturaleza sifilítica de una lesión inflamatoria reciente del ojo (iritis, coroiditis, etc.)

Después de la evolución de un proceso sifilítico ocular nos encontramos, muy á menudo, una reacción parcial, que debe ser considerada como resultado positivo. La investigación del treponema en las afecciones externas tiene mucha importancia. El autor ha podido demostrar el treponema en un caso de tarsitis sifilítica. Según las comprobaciones clínicas y serológicas hechas en ciento cuatro casos de queratitis parenquimatosas, cree que la sífilis juega el papel etiológico, casi exclusivo, en esta afección; la tuberculosis apenas interviene como factor etiológico.

La queratitis parenquimatosa es una manifestación sifilítica verdadera causada por el treponema. El autor presenta cortes de un fragmento de córnea extraída de un sujeto atacado de queratitis parenquimatosa y coloreado por el método de Levaditi, encontrando algunos treponemas típicos. En las afecciones de la úvea la sífilis juega un gran papel en la infancia; 60 por 100 de las corio-reinitis de este período son debidas á ella, mientras que en el adulto el 15 por 100 solamente dependerían de esta etiología. En las afecciones de la úvea en el adulto, la tuberculosis tiene una gran significación (52·9 por 100). Las afecciones de la esclerótica, así como las reumatismales!, son á menudo tuberculosas; las afecciones articulares dependen de la misma afección. La tuberculosis puede producir una neuritis retro-bulbar con escotoma central. La

retina puede ser también asiento de afecciones tuberculosas.

Dr. Vossius. Ha visto cuatro casos en los que la queratitis parenquimatosa resultó indiscutiblemente de un traumatismo.

Dr. Fleischer. Ha encontrado la reacción Wassermann positiva en el 96 por 100 de los casos de queratitis intersticial y el 20 por 100 en las iritis é irido-ciclitis.

Dr. Axenfeld. Pregunta si Igersheimer ha visto verdaderos tuberculosos en la retina. Cree que las lesiones retinianas son de origen indirecto. La reacción de Wassermann no dará ninguna indicación para el tratamiento; lo mismo en los que fué negativa pudo ver desarrollarse una queratitis en el segundo ojo. Con la preparación «606» de Ehrlich ha visto una regresión rápida de un sifiloma iridiano; pero poco después apareció una recidiva.

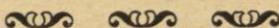
Dr. Hippel. Confirma que su antigua opinión de la naturaleza tuberculosa en la mayor parte de queratitis parenquimatosas no es sostenible después de las observaciones de Igersheimer. En un caso de queratitis parenquimatosa grave, en la que la reacción Wassermann, primeramente positiva, se hace negativa después de la inyección del «606», el proceso corneano no fué sensiblemente modificado. Las pruebas de influencia del traumatismo, en la etiología de la queratitis parenquimatosa, no son, hasta el presente, suficientes.

Dr. Siegrist. Ha encontrado tubérculos retinianos típicos en un caso de irido-ciclitis tuberculosa.

Dr. Wolfrum. Cita dos casos de chancro del ojo. En un caso de comprobación del treponema permite establecer desde luego el tratamiento antisifilítico, mientras que la reacción de Wassermann no se hace positiva hasta más tarde.

Dr. Igersheimer. Nuestras comprobaciones de tubérculos retinianos son puramente clínicas. La queratitis parenquimatosa resulta casi siempre de una sífilis hereditaria y no de la adquirida.

J. AGUILAR JORDÁN.



## VARIA

### Instituto Médico Valenciano

#### PROGRAMA DE PREMIOS ORDINARIOS PARA 1912

El interés que esta Corporación ha demostrado siempre por el adelanto de las ciencias médicas, le impele hoy á dirigir su llamamiento anual á los amantes del saber, con el objeto de que proporcionen abundantes trabajos, cuya recompensa propone el Instituto á continuación:

*Tema I.*—Indicaciones y contraindicaciones de los sedantes y tónicos cardíacos en el tratamiento de las arritmias.

*Tema II.*—Estudio y crítica de los procedimientos modernos de amputación de los miembros.

*Tema III.*—Determinación de las materias colorantes y cromógenas de la orina.

*Asunto libre.*—Resolución de un punto importante de las ciencias médicas ó sus auxiliares, á juicio del autor.

Para cada uno de los precedentes temas y Asunto libre se ofrecen un premio consistente en el título de Socio de Mérito y un accésit con el título de Socio con Mención honorífica, constando en los respectivos diplomas el concepto por que se han expedido.

*Fundación Roel.*—Tema: «Memoria crítica que, con pruebas verídicas y clínicas, analice los legítimos y aceptables adelantos científicos nacionales y extranjeros realizados dentro del quinquenio último, poniendo de relieve, con justificantes, aquéllos que deban calificarse de inadmisibles ó perjudiciales.»

Para la resolución de este tema habrá un premio y un accésit.

El premio consistirá en el título de Socio de Mérito, medalla de plata y la suma de tres mil pesetas, consignándose mil para la impresión del trabajo, y el accésit en el título de Socio con Mención honorífica y la suma de mil quinientas pesetas.

\*\*

Las Memorias para el Concurso podrán ser escritas en castellano, latín, francés, portugués,

inglés ó italiano, é irán acompañadas de un pliego cerrado, en cuyo sobre se lea un lema ó proposición igual á la que figure en el principio de la Memoria respectiva, y en su interior deberán constar la firma entera del autor, con los títulos que haya obtenido y su residencia. Podrán ser dirigidas, francas de porte, á cualquiera de los secretarios de la Corporación, quienes las recibirán hasta el 31 de Mayo inclusive del año 1912, siendo, desde luego, propiedad de la misma, que se reservará el derecho de publicarlas en los ANALES, pudiendo delegarlo en los autores que lo soliciten. Podrán optar á los premios los profesores de Medicina, Cirugía, Farmacia y Ciencias, bien sean del país ó extranjeros, incluso los socios de la Corporación y hasta los alumnos de cualquiera Universidad española al tratarse de los de la Fundación Roel.

Cerrado el concurso, una comisión especial expondrá su dictamen á la Junta general, el que versará acerca del mérito absoluto de las Memorias presentadas; y censuradas ya por la última, se abrirán los pliegos correspondientes á las Memorias premiadas, quemándose, acto continuo los de las restantes. El Instituto se reserva el derecho de abrir la plica del autor del trabajo literario que resulte copia de otro de diferente autor, dando su nombre á la publicidad para los efectos consiguientes. Si de la lectura de algún trabajo presentado, se diera á conocer el nombre del autor, no será óbice para que sea juzgado y calificado como los demás. Avisados con oportunidad los señores á quienes se haya acordado premio, acudirán por sí ó persona debidamente autorizada á la sesión inaugural que se celebrará en la primera quincena de Octubre de 1912, en cuyo acto se les conferirán los premios.

Valencia 3 de Julio de 1911.—El Presidente, *Manuel Candela*.—P. A. D. J.: El Secretario general, *Manuel Olmos*.

NOTA.—El Secretario general habita en la calle del Pie de la Cruz, núm. 2, duplicado, 2.º; y el de Actas, Pérez Pujol, 6, 2.º