

y, en particular, los higienistas mexicanos, colocan en la tumba del ilustre facultativo norteamericano, el homenaje de su admiración y de su respeto.

México, 26 de julio de 1920.

Alfonso Pruneda

Secretario General
del Departamento de
Salubridad.

DE TODAS PARTES

A. Knauer (Würzburg), Ueber die Behandlung der Paralyse und der Hirnsyphilis mit Salvarsaninjektionen in die Karotiden. (*Sobre el tratamiento de la parálisis y de la sífilis cerebral por medio de inyecciones de Salvarsán en las carótidas.*)—*M. med. Woch.*, 1919, número 23.— Como los métodos hasta hoy conocidos (Swift y Ellis, Hammond, Gennerich) no han llegado a realizar una acción profunda sobre la substancia cerebral, ahora trata Knauer de introducir el medio terapéutico hasta el cerebro, llevándolo por medio de la sangre de las carótidas, para cuya práctica incita todavía más el hecho de que las alteraciones vasculares son el punto de partida de las lesiones cerebrales de la parálisis general. Previamente se demostró que la introducción de la cánula, en los animales, era enteramente inofensiva. Knauer inyectó a parálíticos avanzados 0.45 gms. de salvarsán en 10 c.c. de agua destilada, al principio, en la carótida interna descubierta. Más tarde encontró que la inyección podía hacerse percutánea en la carótida primitiva, segura y fácilmente, estando la cabeza colgante. En dos años ha practicado 128 de estas inyecciones en diecinueve enfermos, sin determinar nunca incidentes de importancia, ni alteraciones vasculares aneurismáticas, ni siquiera después de veintidós inyecciones consecutivas practicadas en un mismo enfermo. Las inyecciones fueron repetidas cada 6-8 días, hasta completar una dosis total de 4,5 gms., pero el intervalo puede acortarse. Con excepción de dos casos, en los demás enfermos se observaron notables remisiones que en algunos llegaron a permitirles trabajar, en tanto que en aquellos que empeoraban, cada nuevo tratamiento hacía patente una nueva remisión. El contenido citológico del líquido céfalo-raquídeo se redujo regularmente de modo notable; en los $\frac{2}{3}$ de los casos la reacción de Wassermann de la sangre se hizo negativa y la del lí-

quido céfalo-raquídeo en la mayor parte se hizo menos cuantitativa y en cinco casos desapareció. Las mismas reacciones llegaron a desaparecer en cuatro casos, hecho hasta hoy no referido en la literatura médica. El tratamiento simultáneo de la fiebre (inyección subcutánea de leche), pareció reforzar su acción. No pudo probarse el paso al líquido céfalo-raquídeo, del arsénico o de la plata (cuando se usó el *Silbersalvarsannatrium*).

El método de la inyección arterial también merece que se le considere para el tratamiento de otras manifestaciones cerebrales, tales como el estado epiléptico.—IZQUIERDO.

F. Rosenthal u. R. Patrzek (Breslau), Ueber Cholesterinverarmung des Blutes unter dem Einfluss der Kriegsernahrung. (*Sobre el empobrecimiento de la sangre en colesiterina, por la influencia de la alimentación de guerra*).—*Berliner kl. Wochenschr.*, 1919, número 34.—Basándose en sus investigaciones, los autores llegan al resultado de que por efecto de la insuficiente alimentación habida en Alemania durante la guerra, acompañada concomitantemente de la disminución de las fuentes de provisión exógenas de colesiterina, con frecuencia pudo observarse un empobrecimiento en colesiterina, de los glóbulos y del suero sanguíneos. Este empobrecimiento en colesiterina es una manifestación parcial de las alteraciones que han sufrido los cambios nutritivos de los lipoides, cuya repartición normal a todo el organismo tiene una influencia tan principal en el grado de inmunidad natural. En consecuencia, el descenso de la cifra de la colesiterina, es un indicador de la disminución de la fuerza de resistencia del organismo contra la infección. En especial, las observaciones de la disminución de la colesiterina de la sangre, hechas en tuberculosos, quizá permiten comprender de la misma manera, cómo la resistencia de las multitudes mal nutridas es cada vez menor contra esta infección.—IZQUIERDO.

F. Rosenthal (Breslau), Ueber Cholesterinverarmung der menschlichen roten Blutkörperchen unter dem Einflusse der Kriegsernahrung.—*Deutsches medizinisches Wochenschrift*, 1919, número 21.—Las determinaciones de la cantidad de colesiterina de los glóbulos rojos, en los individuos alimentados insuficientemente pero con apariencia clínica de sanos, resultó cuando mucho de 0,327 gms., en tanto que, antes de la guerra, las cifras medias para estos valores habían sido de 0,4-0,66 gms. Antes de la guerra, el número más bajo que obtuvo Rosenthal para la cifra de la colesiterina, fué de 0,4-0,5 gms. En el año de 1919 encontró 0,12-0,13. Aunque nada se sabe todavía sobre las causas primeras de este fenómeno por lo menos, lo anterior es una prueba que autoriza a pensar que los lipoides participan en las alteraciones de la nutrición, en los organismos hambrientos.—IZQUIERDO.

El oído y la sordera del músico, por el doctor ANDRÉ CASTEX.—(*Paris Medical.*)—Castex ha podido observar un cierto número de

músicos, y ha notado que en ellos los diversos tipos de sordera determinan trastornos especiales que no se observan en los enfermos ordinarios.

Anatómicamente, el oído del músico no parece tener particularidad alguna.

Desde el punto de vista fisiológico, el oído de un buen músico percibe particularidades delicadas que escapan al oído de un profano. El músico distingue netamente en un acorde todas las notas que lo componen, y más aún, percibe las armónicas de un sonido, es decir, las notas superiores que acompañan a la nota fundamental. Ciertos hechos experimentales parecen demostrar que el oído del músico percibe tanto más perfectamente las armónicas de un sonido, cuando éste se produce a cierta distancia.

Ahora bien, es probable que sea más bien el cerebro y no el oído lo que permite al músico percibir estos detalles delicados que escapan a las otras personas. El oído del músico está en su cerebro.

La sordera del músico y los trastornos que acusan estos enfermos, se refiere a la intensidad, a la altura y al timbre del sonido, es decir, a las características propias de éste.

Trastornos de la intensidad del sonido.—Un director de orquesta, con esclerosis difusa de ambos oídos, de intensidad mediana, no percibe bien más que los sonidos agudos y los instrumentos de cobre. No puede acompañar al piano porque entiende la voz del que canta, pero no distingue las palabras.

El caso más célebre es el de Schumann, que hacia el fin de su vida percibía continuamente un «fa» obsesionante.

Trastornos de la altura del sonido.—Un caso interesante es el de un músico que del lado derecho percibe bien, mientras que del lado enfermo percibe las notas un semitono más bajas (percepción de dos tonos diferentes, diploacusia). Otro enfermo, director de orquesta, percibe en uno de sus violines como si tocase un semitono demasiado bajo. Según los grados de sordera, los principales trastornos que se observan son: diploacusia, diferencias entre el sonido emitido y su percepción, tonalidades falsas, persistencia de los sonidos y un timbre argentino o gangoso en los sonidos.

La hiperestesia dolorosa contra sonidos violentos es frecuente en los músicos.

Casos de sordera de músicos ilustres.—J. J. Rousseau, autor de la ópera *Le devin du Village*, tuvo, según el doctor Courtade, una lesión laberíntica, mientras que según Regis se trató de una esclerosis timpánica.

Las opiniones acerca de la causa de la sordera de Beethoven tampoco son unánimes. Algunos creen en una laberintitis tífica, y otros en una atrofia del nervio acústico. El problema es tanto más insoluble si se tiene en cuenta que Meyer, después de la autopsia, no depositó los órganos auditivos en el Museo, y que su paradero se ignora.

El testimonio de los contemporáneos, y la correspondencia del

genial compositor, nos permiten conocer los defectos principales de esta sordera.

Un día haciendo ejecutar una quinta sinfonía, el auditorio le hizo una ovación entusiasta. El maestro quedó inmóvil no advirtiendo nada, hasta que uno de los artistas le volvió dulcemente de cara al público que le aclamaba. Beethoven entonces comprendió y lloró de emoción.

En una carta a su amigo el doctor Franz Wegeger, en 1801, escribe Beethoven: «No oigo los sonidos elevados de los instrumentos y de las voces.... Oigo bien los sonidos, pero no las palabras.—(F. R.)

La sábana húmeda caliente en el síncope operatorio, por el doctor GUILLERMO ZORRAQUIN.—(*La Especialidad Práctica*).—La gran compresa húmeda caliente asociada a la respiración artificial en el tratamiento del síncope operatorio, combate el principal factor del síncope, la caída de la tensión arterial y da resultados que la respiración artificial sola no da.

El doctor Penna, nuestro maestro, me decía a menudo: «Hay que enseñar a los médicos que no tengan miedo al agua como diatermo» y este es el uso del agua como diatermo.

Alimentación frecuente en los vómitos del embarazo, por el doctor E. SCHWARZENBACH.—(*Zentralblatt für Gynecologie*).—La acción benéfica de la alimentación frecuente radica en que los alimentos deglutidos eliminan del estómago elementos perjudiciales. Las enfermas no comen porque deben vomitarlo; y vomitan de todos modos, aunque no coman. El médico debe cuidarse de seleccionar los alimentos que la enferma no repugne y ordenar reposo absoluto en el lecho, con cortas dosis, en los comienzos, de los alimentos preferidos.—(Y. E.)

La vacunación contra los estados tifoídicos por vía bucal, por el doctor A. BEDRESKA.—(*Annales de l'Institut Pasteur*).—La vacunación contra los estados tifoídicos, por vía subcutánea, confiere, en el hombre, una inmunidad muy inferior a la subsiguiente a una fiebre tifoidea contraída por la vía oral.

El conejo que ha recibido bilis antes de la infección por la vía bucal, presenta iguales fenómenos que el hombre que ha pasado una fiebre tifoidea adquiriendo una inmunidad firme. El exámen del suero sanguíneo, en el conejo vacunado por vía gástrica, con suero vivo sensibilizado, presenta los mismos anticuerpos que en las vacunaciones por cualquier otra vía; en el curso de la inmunización por la boca, estos anticuerpos desaparecen de la sangre. La inmunidad adquirida es independiente del contenido de anticuerpos en el suero, no existiendo paralelismo entre ambos fenómenos; la ingestión del virus vivo, con bilis, crea anticuerpos sin crear inmunidad, produciéndose el fenómeno inverso tras la ingestión del suero calentado con bilis.

La ingestión del virus vivo es seguida de una gran producción de aglutininas; es mucho menor en el conejo que anteriormente haya absorbido bacilos calentados y bilis. La diferencia se explica por la permeabilidad del intestino para el antígeno en el animal nuevo, o con sólo bacilos calentados y su relativa impermeabilidad, en el que recibió bacilos con bilis.

Una toma única de virus calentado con bilis asegura al conejo una inmunidad absoluta; esta aparece con gran rapidez, lo que hace poco probable la participación de los anticuerpos.

Al igual que la inmunidad natural, la artificial, para el virus tífico y paratífico, reside en la pared intestinal; es esencialmente local. El mecanismo de ambas se explica por la barrera de defensa que opone la mucosa intestinal.—(Y. E.)

Significación de los pigmentos biliares en el suero, por E. MEULENGRACHT.—(*Ugeskrift for Laeger*).—La bilirubina se encuentra en la sangre, en la bilirubinemia febril o tóxica y la congestión, hemolisis u obstrucción.

Su investigación en la sangre constituye una ayuda importante para el hallazgo de ictericias muy ligeras y para sostener el diagnóstico de afecciones hepáticas en casos dudosos, especialmente en la colelitiasis, anemia hemolítica y perniciosa y en ciertos casos de insuficiencia cardíaca.—(Y. E.)

Sobre un caso de amaurosis, signo precoz de uremia, por el doctor ANTONIO MARTÍNEZ.—(*Segovia Médica*).—Un enfermo se presenta a reconocimiento, aquejando malestar general, mediano dolor de cabeza y una porción de pequeños síntomas que, en conjunto, nada significan ni pueden autorizar un diagnóstico sensato.

Pero, pasadas cinco o seis horas, de un modo repentino se quedó ciego, y en un estado de abatimiento y desesperación que es natural en un hombre joven y hasta entonces sano, y alejado de su familia y de su patria, que de pronto ha perdido la visión.

No había oftalmoscopio, ni posibilidad por el momento de examinar el fondo del ojo, y la observación externa no demostraba lesión de ninguna clase, reaccionando las pupilas débilmente a la luz. El dolor de cabeza se había hecho muy intenso; ligeras sacudidas en la cara y sensación de pesadez en los miembros eran los signos nuevos que en el enfermo podían apreciarse. El pulso, tenso y frecuente, se acompañaba de temperatura normal.

Rápidamente practicó Martínez una sangría en la plexura del brazo que, una vez terminada y vendado el miembro torácico, permitió descansar al enfermo mientras se preparaba suero para inyectarle, cuando, de repente, el enfermo cayó en un brusco ataque convulsivo claramente urémico que duró unos cinco minutos. Se le inyectó en las venas suero artificial, y se practicó así mismo el lavado del estómago y se prescribió un purgante drástico.

Al día siguiente había recobrado la vista en gran parte; su es-

tado general era satisfactorio, y la orina presentaba una pequeña cantidad de albúmina, con cuyos antecedentes, y la falta de edemas, se diagnosticó una nefritis esclerosa, y por tanto, de las llamadas uremígenas.—(J. N.)

Tratamiento de la enterocolitis en la infancia, por el doctor W. WARPEN.—(*Southern Medical Assn Journ.*)—Las indicaciones a llenar son: limpieza rápida del canal intestinal, con purgantes y enemas; supresión de toda alimentación de 24 a 48 horas; siembra del canal intestinal, con cultivos filtrados de bacilos lácticos; abundancia de agua por la boca, recto e hipodermoclisis; amplia administración de alcalinos, y, si se teme la acidosis, empleo de hidrocarbonados; adopción de medidas para prevenir la anuria, e impedir la alimentación prematura al pecho o al biberón.

Como purga preferida, el aceite de ricino; si la primera dosis se vomita, dar una segunda; y si ésta se arroja administrar una tercera; aunque esta última se arroje, ha quedado cantidad suficiente para obrar. Se administra un enema con bicarbonato sódico (dos cucharaditas de las de café en un cuarto de litro de agua caliente) cada seis horas, durante las veinticuatro o cuarenta y ocho primeras horas; este enema limpia el intestino de heces y suministra agua y alcalinos a los tejidos.

Cuando la infección asienta principalmente en el colon, se da elixir paregórico, tras la purga inicial, para evitar el dolor y disminuir la frecuencia de las deposiciones. Los enemas se continúan diariamente; pues una mayor frecuencia irrita el intestino y molesta al enfermo. Si existe tenesmo, nada mejor que un enema de nitrato argéntico, 0.5 a 1 % en agua destilada, introduciendo en el colon con sonda larga, y después de otro de limpieza que se habrá eliminado, ocho onzas. Si no se tolera éste, sustitúyase con otra solución de nitrato argéntico al 1½ %, inyectando inmediatamente una solución fuerte de cloruro sódico por la misma sonda.—(Y. E.)

Influjo de la guerra y sus consecuencias sobre la etiología sintomatología y terminación de las enfermedades del canal digestivo, por el profesor L. KUTTNER y doctor G. LEHMANN.—(*Medizinische Klinik*).—A pesar de las condiciones excepcionales de la campaña en los países centrales, no se han observado cuadros clínicos nuevos, completamente desconocidos, en las enfermedades del canal digestivo. Sin embargo, debe destacarse la mayor frecuencia de presentación de nuevas enfermedades, entre las que figuran el catarro gástrico agudo, hernias e ictericia, de individuos que gozaban con anterioridad de la más completa salud.

Además, ha aumentado también la frecuencia de las diferentes enfermedades gastro-intestinales, pues la guerra y sus consecuencias han sido un factor más para el empeoramiento de estas dolencias.—(Y. E.)

Valor antiescorbútico del plátano, por H. B. LEWIS.—(*Journal of Biological Chemistry*).—Los animales que fueron alimentados exclusivamente con plátanos, se mostraron incapaces de mantener su peso y murieron del 20 al 30 día. Los plátanos en mayor cantidad de 25 gramos diarios, retardan la aparición de los síntomas del escorbuto, pero no lo impiden en definitiva.—Y. E.)

Estudio Experimental acerca del empleo de injertos de epiplón libres en Cirugía intestinal. Por los doctores W. L. FINTON y M. MINOR PEET.—(*Surgery Gynecology and Obstetrics*).—Los injertos de epiplón son de de gran valor para reemplazar pérdidas de substancia del peritoneo, para reforzar suturas gástricas o intestinales, para cubrir el muñón del conducto cístico o para reforzar los conductos biliares, para ocluir temporalmente el píloro, para reforzar el peritoneo en casos de perforación y para prevenir adherencias de partes peritoneales desnudas.

Para estos fines puede o separarse un trozo de epiplón (injerto libre) o fijarse una región del epiplón sobre la lesión a tratar sin producir interrupción de continuidad alguna. Si hay peritonitis, el injerto libre no sobrevive, pero puede emplearse como agente de obstrucción mecánica temporal teniendo en cuenta que será pronto reforzado por adherencias. El injerto libre ofrece la gran ventaja de ser movable y que, por consiguiente, puede emplearse profundamente en la cavidad pélvica o en la región superior del vientre, debajo del hígado, sin que haya necesidad de ejercer tracción alguna sobre el epiplón. Fijar una parte del epiplón no separada del resto significa siempre crear adherencias anormales definitivas con todos los peligros de éstas. Fijando, por ejemplo, el epiplón mayor sobre el intestino, siempre existe la posibilidad de la extrangulación de algún asa intestinal. Tales adherencias son, además, frecuentemente la causa de otros trastornos abdominales.

Teniendo en cuenta este hecho, debieran preferirse decididamente los injertos libres de epiplón que frecuentemente no provocan adherencia alguna.

La técnica del injerto libre de epiplón es la siguiente: el trozo destinado para el injerto se debe extirpar del borde libre del epiplón mayor, evitando todo traumatismo inútil y cerrando cuidadosamente los bordes de la excisión. El injerto debe ser delgado y se extiende cuidadosamente sobre la lesión, teniendo cuidado de doblar hacia abajo sus bordes para ocultarles. La fijación del injerto se hace por varias suturas finas de seda.

Siempre que no hay infección general debiera recurrirse a los injertos libres de epiplón, que pueden utilizarse sobre cualquier órgano abdominal. Las principales indicaciones para ello, son: el reemplazamiento de pérdidas de substancia en el peritoneo, el refuerzo de suturas, la prevención de adherencias, el tratamiento de hemorragias, la oclusión del píloro, el revestimiento del muñón del conducto cístico o de la trompa de Falopio y el refuerzo del peritoneo en perforaciones tratadas. El procedimiento es sencillo y se puede efectuar con poco

traumatismo y en un tiempo muy breve. Si no hay infección el delgado injerto sobrevive por lo menos durante seis meses sin sufrir prácticamente modificación alguna.—(F. R.).

La reacción del oro coloidal en la parálisis general. Por A. PRUNELI.—(*Revista Médica del Uruguay*).—El líquido céfalo raquídeo normal, exento de glóbulos rojos, no modifica los tubos de la reacción de Lange.

Los líquidos de otras afecciones nerviosas distintas de las sifilíticas, como la epilepsia, demencia, alucinación, etc., aunque tienen, en general, una concentración albuminosa superior a la normal y una pequeña reacción celular, no modifica, en sus diversas diluciones, la solución áurica.

La dificultad de la reacción reside en la obtención del oro coloidal, puesto que los otros detalles se reducen a simples operaciones de laboratorio.

En la interpretación de todas las reacciones raquidianas, y no en una sola, es en la que descansa el verdadero diagnóstico clínico.—(J. N.).

La raquistovacoinización alta en la cirugía del abdomen superior. Por los doctores BOSCH ARANA y A. BUZZI.—(*Comunicación a la Asociación Médica Argentina*).—La mezcla usada por los autores, es la siguiente: estovaina, 0.08; cocaína, 0.02; agua, 1 c. c., en la proporción de XII a XV gotas, después de tindalizado durante tres días, a 80°C, y una hora cada día. El punto de inyección es entre la X y XI y la XI y XII.

La raquianestesia alta se consigue con tres métodos:

1º—La dosis.

2º—La posición.

3º—La altura de la inyección.

La primera, es decir, la dosis, no puede ser muy elevada, por los trastornos que provoca.

2º—La posición: Según las experiencias de Bier, que consisten en ver la difusión de líquidos de distinta concentración en un tubo de vidrio, cuya forma reproduce el canal raquídeo, demuestran que la difusión se hace según la densidad de los líquidos, y no según la posición.

Es, pues, la altura de la punción lo que se necesita para conseguir la anestesia alta.

Procediendo en esta forma, la relajación muscular es completa, el shock es mínimo, no hay trastornos tardíos.

En los casos en que el hígado está enfermo, para evitar esa lesión frecuente con el cloroformo, que se parece a la atrofia amarilla aguda del órgano, la raquianestesia alta es muy útil.—(J. N.).

Revista de neurología. Por el doctor JEAN CAMUS —(*Paris Medical*).—Trabajo de conjunto muy extenso, cuyos principales puntos resumiremos brevemente, aunque recomendamos la lectura del artículo original a los especialistas neurólogos que encontrarán en él una

exposición crítica de los más importantes trabajos publicados desde el principio de la guerra a la fecha.

I.—*La sección total de la médula.*—Basándose sobre los resultados de las investigaciones experimentales, los neurólogos admitían antes de la guerra que la sección total de la médula produce en el hombre los mismos síntomas que en los animales (supresión de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad, persistencia del tonus muscular y de los reflejos y hasta exaltación de estos últimos). Estas conclusiones, admitidas con demasiada ligereza, no correspondieron de ninguna manera a la realidad de las observaciones clínicas y fueron abandonadas cuando se hizo un estudio más preciso de esta condición.

Roussy y Lhermitte han demostrado que el síndrome semiológico de la transección dorsal no se constituye de una vez, sino que manifiesta una evolución incesante.

Dos períodos clínicos muy diferentes entre sí deben estudiarse. El primero es la fase del shock o fase inmediata; el segundo empieza aproximadamente a la sexta semana, es la fase tardía o fase del automatismo medular.

En la *fase inmediata*, el herido, caído bruscamente después de haber recibido una lesión medular, no ha perdido la consciencia y conserva el uso de la palabra, lo que facilita su examen. La anestesia es completa, superficial y profunda; debajo de la sección, las mucosas participan de la anestesia. Los heridos acusan algunas veces sensaciones subjetivas poco dolorosas que localizan en los miembros inferiores y que pueden hacer pensar en una afección incompleta.

Los miembros inferiores han perdido su motilidad y presentan una parálisis completa.

El tonus muscular, según Guillain y Berré, persiste al principio. Los reflejos tendinosos están abolidos. El reflejo cremasteriano persiste; los reflejos cutáneos abdominales son más raros. Los reflejos de defensa están abolidos en tres casos sobre cuatro, y si persisten son débiles.

La excitación de la planta del pie produce reacciones cutáneas difusas en más de la mitad de los casos. El reflejo plantar, en catorce de los quince casos observados de Gallain y Barré, se produjo en flexión.

Según Lhermitte, su dirección y su intensidad son variables. La temperatura de los miembros inferiores es, generalmente, elevada, más alta en los pies que en las rodillas y muslos, lo que es inverso al tipo normal.

Los heridos presentan retención de la orina, y la mayoría de las veces incontinencia fecal.

Fase tardía o de automatismo medular.—En esta fase, la sintomatología cambia y se aproxima a la observada en animales con sección experimental en la médula.

En este período, la motilidad voluntaria está y sigue abolida. En la inmensa mayoría de los casos, la sensibilidad objetiva sigue igualmente abolida. No obstante, un cierto restablecimiento de la

sensibilidad por regeneración de las raíces posteriores, o por vía simpática, no es imposible.—ROUSSY y LHERMITTE.

Los heridos perciben sensaciones subjetivas que localizan en los miembros inferiores. La explicación de estos fenómenos sensitivos se encuentra, probablemente, en una excitación de la extremidad superior de la médula, y es análoga, por ejemplo, a las ilusiones de los amputados de muslo que perciben sensaciones que localizan en el pie.

Las mucosas y las vísceras también participan de la anestesia.

El tonus muscular es normal o superior a lo normal.

Los reflejos tendinosos reaparecen en algunos casos, y son entonces superiores a lo normal, aunque en algún caso excepcional pueden estar exagerados.

Los reflejos llamados de defensa o de automatismo medular aparecen pronto y son intensos. Algunas veces, los movimientos automáticos se presentan espontáneamente sin que se conozca su causa excitante. También pueden observarse movimientos rítmicos parecidos al clonus.

En este período, el herido evacúa su vejiga automáticamente cuando está llena. El funcionamiento del recto parece hacerse en condiciones análogas, de una manera intermitente y bajo la influencia de la replesión rectal.

Las erecciones suprimidas en la fase primera, pueden reaparecer y hasta ser acompañadas de eyaculación.

Claude, Lhermitte, Head y Riddoch, han observado o la supresión total de la sudación en el territorio anestesiado, o, en algunos casos, una sudación exagerada. La erección de los pelos y la carne de gallina se observan igualmente.

Las masas musculares que reciben su enervación del segmento medular inferior a la sección están disminuídas de volumen, pero en la mayoría de los casos no presentan la reacción de degeneración. Un edema considerable oculta frecuentemente la disminución de las masas musculares.

Las complicaciones son de gran importancia. Las meningomielitis, contra lo que pudiera esperarse, son muy raras.

Las uretritis purulentas y la cistitis purulenta, son la regla. La pielonefritis aparece tardíamente. Según Claude y Lhermitte, las hematurias son debidas a una parálisis vaso-motriz de la vejiga.

Las complicaciones pleuropulmonares son muy temibles y frecuentemente desconocidas.

Mme. Dejerine y Ceillier han observado la aparición de osteomas de localización variable, yustamuscular o intrafascicular.

II.—*Bulbo y protuberancia*.—Babinski y Nageotte han establecido la existencia de un síndrome *bulbo-protuberancial*, que consiste en hemi-asinergia, lateropulsión, miositis con hemianestesia y hemiplegia cruzadas.

La lesión que ocasiona este síndrome parece ser generalmente una obliteración de la arteria cerebelosa posterior e inferior.

Harvey y Cushing han operado un tumor del ángulo ponto-cerebeloso, que durante varios años no había producido más que un *tic* convulsivo de la cara que podría considerarse como un *tic* esencial. Más tarde aparecieron sacudidas clónicas del cuello, del brazo y de la pierna del lado izquierdo, vómitos, trastornos de la deglución, disartría, nistagmus, estasis papilar, hemiparesia, e hiperestesias del lado izquierdo, reflejos tendinosos exagerados a la izquierda, clonus del pie y signo de Babinski. En fin, hubo signos cerebelosos: disimetría, adiadococinesia, etc. El tumor fué extirpado, obteniéndose una mejoría de los síntomas.

El *síndrome de Avellis* está constituido por una hemiplegia palato-laríngea.

El *síndrome de Schidt* está formado por una hemiplegia palato-laríngea y una parálisis del sterno mastoideo y del trapecio.

El *síndrome de Jackson* por una hemiplegia glosso-palato-laríngea, con o sin parálisis, del sterno mastoideo y del trapecio. Así es que el síndrome de Jackson puede ser *completo o incompleto*.

El *síndrome de Tapia*, comprende una hemiplegia glosso-laríngea, con o sin parálisis homóloga del sterno mastoideo y del trapecio.

III.—*Cerebelo*.—No puede negarse absolutamente que el cerebelo sea un centro donde se elaboran las asociaciones de impulsiones motrices, o las sinergias, pero más bien debe admitirse que este órgano interviene en el cumplimiento de estas sinergias, regulando cada impulsión motriz en el espacio y en el tiempo.

Localizaciones cerebelosas.—Los estudios clínicos y experimentales comparados confirman la existencia de localizaciones cerebelosas de centros especializados para los miembros, el tronco, etc. La destrucción de estos centros se traduce por deficiencias en la resistencia de ciertos grupos musculares, de la astenia de estos músculos, de donde resultan variaciones en las actitudes en la amplitud de los movimientos, etc. Síntomas relacionados con estas localizaciones han sido observados clínicamente.

Ataque cerebeloso.—*Hemiplegia cerebelosa*.—El conjunto sintomatológico del ataque cerebeloso, consiste en:

1º Zumbidos y chillidos de oído.

2º Un vértigo objetivo que puede estar acompañado de movimientos forzados.

3º—Una tendencia a las caídas bruscas siempre hacia el mismo lado.

4º—Una ceguera súbita con pérdida de la consciencia.

5º—Algunas veces convulsiones.

Este síndrome suele observarse en el curso de tumores, de abscesos y de hemorragias del cerebelo, lo mismo que en las diferentes afecciones de este órgano.

La hemiplegia cerebelosa comprende fenómenos de disimetría, de asinergia, de lateropulsión, de adiadococinesia, de desequilibrio, es decir, trastornos de la función cerebelosa limitados a una mitad del cuerpo.

IV.—*Cerebro —Encefalitis letárgica y su naturaleza.*—Resumen de las principales observaciones que diferentes autores franceses hicieron en casos de encefalitis letárgica. Parece que esta enfermedad, nueva en Francia, es debida a un virus que tiene cierta predilección por los centros nerviosos, y particularmente por el mesocéfalo.

Enfermedad de Wilson.—Lesión del núcleo lenticular.—Esta lesión está caracterizada por temblores, movimientos atetoideos, un estado espasmódico con contracturas y clonus (sin parálisis verdadera y sin trastornos de la sensibilidad). Trastornos de la palabra, disfagia, trastornos mentales, que pueden llegar hasta la demencia, trastornos hepáticos y pigmentación de la córnea.

Estos trastornos se han relacionado con una degeneración bilateral del núcleo lenticular, aunque su patogenia es muy discutida, y Dejerine expresó sus dudas acerca del papel desempeñado por el núcleo lenticular en este síndrome.

Arreflexia tendinosa generalizada en los heridos del cráneo—A primera vista, pudiera pensarse que los reflejos hayan sido abolidos anteriormente a la herida, pero en los antecedentes de los pacientes no se encuentra ninguna causa que explique esta supresión de los reflejos.

Esta arreflexia, bastante frecuente, está latente y aislada, así que nada le hace sospechar. No hay ninguno de los signos que la acompañan habitualmente: dolores, anestesia, Romberg, hipotonía, parálisis, incoordinación motriz, etc.

La abolición de los reflejos es debida, probablemente, a la meningitis y a la alteración de las raíces posteriores o a la compresión producida por la hipertensión del líquido cerebro-espinal.—(F. R.).

Sífilis hereditaria y meiopragias. Por el doctor F. LEREBoullet. —*París Medical.*—El papel considerable de la heredosífilis en patología, se afirma cada día más. La infección por el treponema tiene en los últimos tiempos de la vida intrauterina y en las semanas que siguen al nacimiento los caracteres de una verdadera septicemia. Esta infección es singularmente difusa y penetrante, alcanzando la mayoría de los órganos y tejidos, aunque tiene cierta predilección por algunos de ellos, como el hígado, los riñones, los pulmones, y más tarde los huesos, los centros nerviosos y las glándulas endocrinas.

El proceso morboso está irregularmente repartido. En ciertos puntos, la nutrición de los tejidos está retrasada o suspendida. Los órganos formados en estas condiciones, mal irrigados, esclerosos en ciertas regiones, distróficos, aun en los casos en que parecen sanos, funcionan imperfectamente, reaccionan de una manera especial en el curso de una infección, u están en estado de *meiopagia*, según expresión de Potain. El papel de las meiopagias en heredosífilis es considerable, y en un magistral trabajo (*Archives des Maladies des Enfants*, julio 1919), el Profesor Hutinel acaba de estudiarlas.

Pasando revista a los principales aparatos, demuestra cómo la heredosífilis favorece la aparición de lesiones o de distrofias que a primera vista parecen independientes unas de otras.

Entre las lesiones del sistema nervioso provocadas por la heredosífilis, al lado de las meningitis y de las encefalopatías responsables de síndromes bien conocidos como las diplejias y el síndrome de Little, hace falta tener en cuenta las alteraciones menos profundas que producen una debilidad funcional, que se traduce por trastornos del desarrollo psíquico, por trastornos mentales, accidentes convulsivos, reacciones meníngeas frecuentes. La corea, si no es sifilítica, se desarrolla fácilmente sobre terreno heredosifilítico.

En el aparato respiratorio, la heredosífilis parece orientar las lesiones hacia la esclerosis. Las dilataciones bronquiales se encuentran sobre todo en sujetos heredosifilíticos, y las secuelas esclerosas de las pleuresías serofibrinosas son particularmente frecuentes en ellos. Las mediastinitis, aunque frecuentemente causadas por las tuberculosis, son generalmente el resultado de la asociación de la sífilis y de la tuberculosis. En el hígado y el riñón ocurre lo mismo respecto al papel que desempeña el treponema en la preparación del terreno morbo-so. Nada más frecuente que la influencia de la heredosífilis en las nefritis infantiles que aparecen bajo la influencia de infecciones banales, pero están condicionadas por la heredosífilis que ha hecho más vulnerable el riñón; frecuentemente existe una desproporción manifiesta entre la importancia de la albuminuria y la benignidad de los trastornos funcionales.

El papel de las glándulas endocrinas en las distrofias de la niñez es considerable, sobre todo en las distrofias óseas. Las alteraciones del tiroides, de la hipófisis y de las supra-renales son frecuentes en los heredosifilíticos, y tiene una importancia primordial en la producción de las distrofias. La acción de la heredosífilis es muy compleja en estos casos, y no se observa solamente en los hijos de los sifilíticos, sino aun en los descendientes de éstos.

La sífilis interviene de una manera no dudosa en la producción del raquitismo, haciendo los huesos más vulnerables y facilitando así la acción de la toxi-infección intestinal. Hasta cuando el raquitismo no es directamente sifilítico, muchas veces hay que culpar a la heredosífilis que prepara el terreno; particularmente ocurre esto en el raquitismo tardío. Lo mismo sucede en un gran número de anemias que se observan en niños de diferentes edades.

Aunque buen número de estas lesiones no retrocederán jamás y otras no suspenderán su evolución progresiva, frecuentemente un tratamiento específico precoz será útil y eficaz. Conocer la influencia de la heredosífilis en las meiotopías es despistar más precozmente la verdadera causa de ellas, y por consiguiente, poder combatirla con mayores probabilidades de éxito.—F. R.

“Los Progresos de la Clínica”, Madrid, 1920.

Parasitología.—*Papel patógeno del tricocéfalo.*—El doctor M. Montoya publica en la *Revista Clínica de Medellín* un notable estudio y propone un medicamento, con las siguientes conclusiones:

1ª El tricocéfalo, lejos de ser inofensivo, es, por el contrario, uno de los más terribles parásitos.

2ª Es el parásito que más estragos causa entre nosotros en los niños.

3ª En los niños es más frecuente que el anquilostoma, tanto en las ciudades como en las poblaciones y campos.

4ª Es el agente de la mayor parte de las enteritis disenteriformes crónicas en los niños, y de la anemia que acompaña a éstas o que se presenta acompañada de trastornos digestivos atenuados.

5ª En los adultos es menos frecuente que el anquilostoma, especialmente en los campos. Pero con frecuencia se encuentran asociados ambos parásitos, lo cual explica que individuos tratados repetidas veces por el timol y arrojando gran número de anquilostomas, no se benefician nada, o casi nada del tratamiento timolado.

6ª Puede producir fenómenos nerviosos considerables: parálisis, afasia, ataques epileptiformes, etc.

7ª Desempeña un papel transcendental en la patogenia de la fiebre tifoidea, apendicitis, etc.

8ª Sería de vital importancia el que se emprendieran investigaciones concienzudas a este respecto por aquellos que entre nosotros están en capacidad de hacerlo. Quizá así se elucidara el problema de la endemia y epidemias tíficas de que somos víctimas y la alarmante frecuencia de apendicitis, falsas o verdaderas, que se presentan.

9ª El único tratamiento eficaz para hacer expulsar los tricocéfalos del organismo y traer, como consecuencia, la curación de los trastornos por él producidos, es el jugo de híguerón, administrado a dosis convenientes y según reglas precisas.

10. Teniendo en cuenta que, según autores muy respetables, la apendicitis es, con mucha frecuencia, de origen verminoso y, aún más, que la sola presencia de parásitos en el ciego, o en el apéndice, puede simularla, por lo cual lógicamente, prescriben en estos casos el tratamiento antihelmíntico y reservan la intervención para los casos en que esté exclusivamente indicada, deberíamos, usando de un justo eclecticismo y haciendo caso omiso del exclusivismo intervencionista, aplicar dicho tratamiento en los casos en que, de acuerdo con un recto criterio, se halle indicado.

Otro tanto puede decirse al principio de la fiebre tifoidea, según las ideas de Guiart, de que, al presentarse una enteritis febril cualquiera, sin perder tiempo en averiguar si se trata o no del bacilo de Eberth, se den antihelmínticos, para desembarazar cuanto antes el tubo digestivo de estos agentes de inoculación; y

11. Se prestaría un servicio inestimable a la Humanidad si se hiciera una activa propaganda para hacer conocer en todas partes el valor del jugo de híguerón como *único agente verdaderamente activo contra el tricocéfalo*.

Para poder realizar esto de un modo científico y extender los beneficios del medicamento a los lugares donde no existe el árbol, sería menester hacer que individuos competentes examinaran el árbol,

desde el punto de vista de sus diversas especies, clasificando éstas según la mayor o menor actividad de su jugo, etc.; idear los medios para que éste pudiera conservarse largo tiempo sin alterarse ni perder nada de sus propiedades; y, sobre todo, tratar de aislar el principio activo del jugo.

El día en que esto se consiga, la ciencia médica se habrá enriquecido con un agente poco o nada inferior a la emetina y a otros medicamentos modernos que han salvado y salvarán innumerables vidas.

(*Revista de Higiene y de Epidemiología.*)

NOTICIAS

El Congreso Mexicano del Niño que debía efectuarse en el mes de septiembre venidero ha sido aplazado para el principio del entrante año de 1921.

—Bastante lucida resultó la velada que la Rectoría de la Universidad, la Dirección de la Facultad, la Academia de Medicina, la Asociación Médica y otras agrupaciones de carácter científico celebraron para honrar la memoria del doctor Eduardo Licéaga.

—El Consejo Superior de Salubridad colocó, en días pasados en su salón de sesiones el retrato del mismo distinguido higienista a quien nos referimos en el párrafo anterior, habiendo resultado muy solemne la ceremonia.

—Ha quedado constituida la Sociedad Mexicana de Biología en la que figuran los señores doctores Parra, Izquierdo, Cervera, Pérez Amador, Alonso, Perrín y Castillo Nájera, como socios fundadores; es presidente el doctor F. Ocaranza, profesor de Fisiología en la Facultad, tesorero el doctor Eliseo Ramírez, profesor libre de Patología quirúrgica y secretario el profesor Isaac Ochoterena, catedrático de Histología en la Escuela Médico-Militar.

—Según refiere la revista *Nuevo Mundo* próximamente vendrá a América una embajada científica española encabezada por los señores don Sebastián Recasens, ilustre médico, y don Florestán Aguilar, dentista de S. M. don Alfonso XIII, quienes se proponen dar a conocer en las repúblicas hispano-americanas los adelantos conseguidos en las ciencias médicas en España, entablar relaciones entre los profesionales de la Madre Patria y los de la Argentina, Chile, México y otras naciones de este continente y, por último hacer una invitación cordial para que los facultativos de habla castellana concurran al Congreso Médico que ha de reunirse en Sevilla. Los caballeros men-