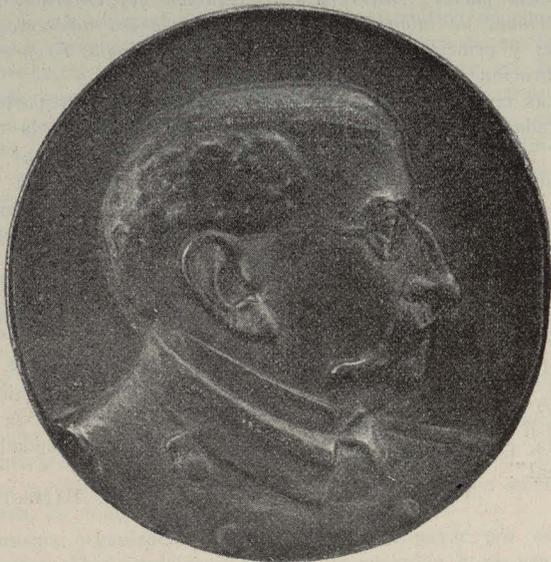


NOTICIAS

HOMENAJE AL DR. CARDENAL.—Se ha celebrado el homenaje dedicado por los médicos catalanes al doctor Salvador CARDENAL en ocasión de celebrar sus bodas de oro con la Cirugía. Consistió en colocar en uno de los pabellones de



Medalla conmemorativa de las nupcias de oro del Dr. Salvador Cardenal

Cirugía del Hospital de San Pablo, una placa conmemorativa y en entregar al doctor CARDENAL una medalla de oro, adquirida por suscripción entre sus colegas. El acto se vió realizado por la asistencia de las Autoridades y de numerosos médicos, hospitales y establecimientos de beneficencia.



Lápida conmemorativa colocada en uno de los pabellones de Cirugía del Hospital de San Pablo

Aparte del acto magno celebrado en el Hospital de San Pablo, tuvieron lugar otros en la Real Academia de Medicina, en la Facultad de Medicina, en el Hospital del Sagrado Corazón y en la Casa provincial de Caridad.

ARS MEDICA, que en su primer número ya se inclinó ante el Maestro, rinde nuevamente al doctor CARDENAL el testimonio de su consideración y aprecio.

NUEVOS ACADÉMICOS.—Ha sido elegido académico de la Real de Madrid, el conocido e ilustre odontólogo doctor Florestán AGUILAR.

Ha sido recibido académico en la Real de Barcelona el doctor Jesús M.^o BELLIDO.

HUÉSPEDES ILUSTRES.—Han visitado Barcelona, dando Conferencias en la Facultad de Medicina y en la Academia de Ciencias Médicas, los doctores LARDENNOIS y VILLARET de la Facultad de Medicina de París, quienes han venido a colaborar en el curso de Patología digestiva organizado y dirigido por el doctor GALLART MONÉS, y el doctor M. FAURE, del Instituto Internacional de Antropología y antiguo interno de la Clínica de enfermedades nerviosas de la Facultad de Medicina de París.

MOVIMIENTO DE PROFESORES.—Ha sido jubilado, por haber alcanzado la edad reglamentaria, el Profesor de Patología y Clínica Médica de la Universidad Central, doctor Arturo REDONDO.

En la Facultad de Medicina de París acaba de nombrarse al Profesor Henri ROGER, actual titular de Patología experimental, para ocupar la Cátedra de Fisiología, vacante por jubilación del Profesor RICHET.

Asimismo el Profesor de Bacteriología Fernand BEZANÇON ha sido designado para ocupar la Cátedra de Clínica Médica que ha venido desempeñando, hasta su reciente jubilación, el Profesor CHAUFFARD.

CURSILLO DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA.—Tendrá lugar en el Hospital de la Santa Cruz y correrá a cargo del doctor NOGUER MORÉ, Jefe por oposición del servicio de la especialidad del Hospital y Dispensario. Las lecciones, que comenzarán el sábado 9 de enero de 1926 y continuarán los siguientes martes y sábados, serán los que van a continuación:

Exploración de un enfermo de dermo-sifilografía. Orientación diagnóstica y terapéutica.

Clínica especial y diagnóstico general de las ulceraciones del pene.

Diagnóstico de las eflorescencias cutáneas que pueden confundirse con las sífilis cutáneas.

Clínica especial y diagnóstico de las ulceraciones de la lengua y en general de la cavidad bucal.

Clínica especial y diagnóstico de las producciones morbosas, cutáneas y mucosas, de la región génito-ano-perineal en la mujer.

Clínica especial y diagnóstico de las producciones morbosas, ganglionares, venéreas de la región inguino-cruro-femoral. Orientación terapéutica.

Clínica especial y orientación terapéutica de los procesos leucoplásicos. Diagnóstico de las falsas placas mucosas.

Clínica especial y orientación terapéutica de los procesos ulcerosos de las piernas.

Diagnóstico general y criterio terapéutico de las enfermedades paravenéreas.

Profilaxis y terapéutica general de la sífilis en el 1926.

La heredo-sífilis larvada. Los signos de probabilidad de la heredo-lues. La diátesis sífilítica.

Clínica y diagnóstico general de las alopecias.

La Radiumterapia de los procesos cancerosos de la piel y mucosas. Criterios clínico y terapéutico modernos. Demostración práctica de las diversas técnicas regionales.

Las inscripciones a este cursillo deben hacerse en la Depositaria de la Administración del Hospital.

REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA

Sobre la ineficacia y perjuicios del uso del aceite alcanforado.
Orlando CURTI.

El autor manifiesta en una breve exposición clínica concebida en términos contundentes su criterio personal sobre esta debatida cuestión.

En estos últimos años el valor terapéutico del aceite alcanforado y su aparente inocuidad han sido largamente discutidos, si bien el punto esencial de la discusión parecía casi exclusivamente concretado a las características físico-químicas del vehículo aceitoso. En el artículo que motiva esta referencia, en cambio, su autor admite como hecho fuera de duda la ineficacia

terapéutica del alcanfor como tónico cardíaco y la posibilidad incluso de que se produzcan efectos nocivos bien distintos a los que se quieren obtener.

En apoyo de su afirmación el autor aduce sus estudios y experiencias personales sobre el mecanismo de acción de los vehículos oleaginosos en terapéutica y sus comprobaciones clínicas experimentales sobre el alcanfor natural extraído del "laurus camfora".

Los resultados discretamente estimulantes que el médico cree atribuir al alcanfor son debidos según el autor al elemento aceitoso, equiparándose esta acción a la que LOEPER había señalado tras las inyecciones de aceite de sésamo o de olivas lavado al alcohol y esterilizado sin la adición de cuerpo alguno, las cuales producían una sensación de evidente bienestar en los enfermos tratados.

Aun así y todo importa señalar la acción desesperadamente lenta del aceite.

Por este mecanismo se explicaría la acción eufórica del aceite alcanforado en la neumonía.

Por otra parte, al alcanfor no es posible atribuirle acción alguna tónica cardíaca; su única utilidad sería como antiséptico. Ya en 1923, HEATHCOTE había observado la acción depresiva del alcanfor sobre el miocardio aislado de la rana.

Únicamente se observaba un aumento de la tensión arterial a altas dosis tetanizantes y de consiguiente tóxicas.

Estos experimentos fueron comprobados por diversos autores con idénticos resultados hasta llegar a NAKAZAWA, quien llega a la conclusión de que el alcanfor no sólo no eleva la tensión arterial, ni refuerza el sístole, sino que además es un depresor de la excitabilidad y de la conducción en el corazón aislado de la rana, y que es menester elevar las dosis hasta la intoxicación para ejercer un estímulo efectivo sobre el automatismo ventricular.

Tampoco carece de importancia la acción hepatotóxica del alcanfor que ha sido bien comprobada por SABATINI quien observó los graves inconvenientes del uso del aceite alcanforado en cirugía biliar y hepática.

Sabido es que el alcanfor se elimina por el pulmón, el riñón y el hígado bajo forma de ácidos canfoglurínico y uramido-canfoglucósico. En los casos de insuficiencia hepática que acompaña siempre a los procesos tóxico-infecciosos graves, en la hiposistolía y en la asistolía, es muy probable que la administración del alcanfor contribuya a aumentar la insuficiencia emunctoria general y de un modo particular la hepatorenal.

Apoyándose en estos experimentos y otros de carácter personal, el autor cree poder plantear las siguientes conclusiones prácticas:

- 1.^a El alcanfor es un hipotensor.
 - 2.^a Transforma la hemoglobina en metahemoglobina.
 - 3.^a Es un dilatador de los vasos coronarios del animal en experiencia. Esta propiedad que puede tener un alto valor terapéutico en ciertas ocasiones, se manifiesta más intensamente usando el alcanfor sintético por vía endovenosa.
 - 4.^a Disminuye la excitabilidad y conductibilidad cardíacas.
 - 5.^a Es hepatotóxico.
- Estimamos nosotros un tanto exagerados los efectos perniciosos que el autor atribuye al alcanfor no comprobados, por otra parte, en el terreno de la clínica a las dosis aceptadas como terapéuticas.

Fácilmente nos inclinamos, en cambio, a compartir su criterio francamente escéptico en apreciar las virtudes cardiotónicas del alcanfor, en cuya general estima existe ciertamente un innegable tanto por efecto de inercia y rutina terapéuticas. (*La Semana Médica*, núm. 25. Junio de 1925).

L. TRIAS DE BES.

CIRUGÍA

El drenaje duodenal transvateriano por tubo perdido en la coledocotomía. Pierre DUVAL y RICHARD.

Después de exponer los autores todas las tentativas que se han hecho a fin de disminuir a un grado mínimo y de suprimir el drenaje externo de las vías biliares en la coledocotomía a causa de las complicaciones técnicas y trastornos fisiológicos que provoca, justifican las ventajas que en la sustitución del drenaje externo por el interno en sus diversos procedimientos especialmente por el de tubo perdido transvateriano,

obtuvieron WALSER WIESENTREU en 1923, SCHRAMM en 1924 y ellos mismos en el propio año, exponiendo una nueva estadística de 10 casos observados después de Mayo de 1924.

En la dificultad de drenar a través de la papila, que hizo necesaria una duodenectomía en los primeros casos, han ideado un tubo de drenaje que merced a un mandril metálico se mantiene rígido y que tiene en su extremidad una oliva metálica fenestrada para facilitar la dilatación papilar.

La técnica es la siguiente: Practicada la colecistectomía y la ligadura del conducto cístico, hacen una coledocotomía vertical sub-duodenal.

El cateterismo de las vías biliares es practicado por sondas uretrales y la papila progresivamente distendida hasta el calibre número 20. El drenaje hecho con una sonda Nélaton calibres 12, 14, 16 o 18, es introducida por la incisión de la coledocotomía. La mano derecha, por palpación sobre duodeno comprueba la llegada de la extremidad olivar en la papila, apreciándose perfectamente que la oliva penetra poco a poco en el duodeno y atrayendo consigo el tubo de drenaje. La palpación a través del duodeno permite seguir perfectamente el arco que hace sobre la oliva y después sobre el tubo la semicircunferencia superior de la papila. Se retira el mandril. La extremidad rígida del tubo es dirigida hasta la 2.^a o 3.^a porción del duodeno.

En el momento de la extracción del mandril es preferible sostener la oliva con la mano derecha a través de la pared abdominal para evitar que el tubo sea retirado con el mandril.

Se corta luego la extremidad superior del tubo a la longitud conveniente para poder remontarle hacia el conducto hepático. Sutura total del colédoco. Peritonización tan perfecta como posible del fondo vesicular y del muñón cístico.

El ideal sería no drenar, pero esta supresión de todo drenaje por gasa y por tubo depende únicamente de las condiciones en las cuales ha podido ser hecha la colecistectomía y del estado del fondo vesicular. Desgraciadamente el hígado rezuma a menudo sangre y bilis y la peritonización no tiene aquella perfección que permita por sí sola suprimir todo drenaje.

En los 10 casos, solo han seguido la técnica ideal una sola vez, pero en los otros han podido quitar el drenaje subhepático a los tres o cuatro días es decir, más pronto que con el drenaje externo.

Una muerte acusan entre los casos presentados debida a una neumonía lobular al principio de una epidemia de gripe que hubo en la clínica.

Un enfermo operado por la técnica ideada por los autores, se levantó el décimo día con la pared completamente cicatrizada. De los 4 enfremos drenados 4 días, 2 se fueron a su casa el 15.^o y 21.^o días enteramente cicatrizados; otro a los 18 días y el último a los 32 sin rezumamiento externo de bilis, otros 3 enfermos presentaron un ligero derramamiento biliar externo durante unos 20 días. Por fin al restante se le produjo un rezumamiento probablemente duodenal; al 4.^o día; al 28.^o empezó una disminución progresiva hasta la completa cesación al 33.^o

Tres de los operados no perdieron su peso regular, los demás habían perdido, a su salida, 2, 4 y 5 kilos.

Ninguno presentó trastorno alguno debido a la presencia del tubo. Fué evacuado a los 44 días en uno de ellos y en otro está todavía, en el séptimo mes, en su emplazamiento. De los demás ya porque no han sido nuevamente inspeccionados, ya porque no han notado la expulsión del tubo, ya porque la radiografía da resultado negativo, no tenemos el menor indicio.

Indicaciones. Es prudente reservarlo para los casos asépticos o ligerament sépticos. El estado de la pared tiene también gran importancia. En su última observación, hallaron una condensación del colédoco y la coledocitis parietal fué seguramente una de las causas de la fístula biliar externa que se produjo.

Una de las mejores indicaciones está en las estenosis incompletas colédoco parietales o extrínsecas.

Contraindicaciones. Una de ellas es la estenosis sub-warteriana del duodeno. En su última observación durante la penetración del tubo en el duodeno notaron que por la extremidad superior del mismo remontaba un líquido claro. Pocos días después de la ablación del drenaje externo se declaró la fístula antedicha.

En un caso reciente, advertido por radiografía y en ausencia de cálculo de colédoco, practicaron la colecistectomía con duodenoyunostemía con perfecto resultado.

Acaban los autores preconizando este método por suprimir muchos inconvenientes del drenaje externo al mismo tiempo que proporciona una cura más rápida y segura indicada pre-

ferentemente en las estenosis incompletas de la vía principal y de resultados inmediatos y tardíos altamente satisfactorios. (*Journal de chirurgie*, Agosto 1925).

SALARICI TORRENS.

ORTOPEDIA

Etiología del pié varus-equino-paralítico-congénito. KRAFFERT.

En la estadística y trabajo de BESSEL-HAGEN, dice KRAFFERT, se habla de las tres cuartas partes de pies zambos, tratados como deformidades congénitas típicas, y sólo en tanto por ciento reducido como pies paralítico-congénitos, a pesar de su frecuencia.

Al sentir de DREHMANN, se trata de contracturas miógenas o artrógenas que conducen a un varus del pié y en determinadas circunstancias a un pié varus-equino.

En la etiología, dice el autor, hay que considerar las deformidades o malformaciones de columna vertebral así como del sistema nervioso central, desde la espina bífida oculta, al mielo-meningocele y requisquisis completa.

El autor, apoyándose en los trabajos anatómicos patológicos de HAHN, opina que gran parte de los pies varo-equinos, hay que referirlos a la existencia de una espina bífida confirmando PINK el 25 % y KRAMER hasta el 40 %. RECELINGHAUSEN, KLEBS, ROEREN, etc., han observado en las soluciones de continuidad de la columna vertebral, procesos degenerativos de los cordones laterales y posteriores de la médula, acarreado trastornos de sensibilidad, tróficos y motores del sistema central, así como del periférico.

Si como consecuencia, dice KRAFFERT, se explica el varus-equino-congénito típico, más todavía nos explicaría el paralítico-congénito cuando el grupo muscular estuviese interesado; además estos grupos musculares parecen poseer una especial disposición a la parálisis y paresia en las lesiones musculares.

Otro momento etiológico, sería al decir de VULPIVS, la poliomiélitis anterior aguda desarrolla en la vida intra-uterina; en el primer Congreso de la Sociedad Alemana de Ortopedia, presentó seis casos.

Otro factor interesante por su rareza, es la aplasia muscular congénita localizada en uno o varios músculos; describe el autor un caso ingresado en la clínica, como varus-equino-congénito y que dada su gravedad por el estado general del paciente y por el fracaso de la reducción manual dejó de intervenir temporalmente; al cabo de un año se presentó otra vez el enfermo (de corta edad) con un cuadro clínico completamente distinto reaccionando los músculos de la pierna con excepción del Ex. largo de los dedos.

Esta aplasia muscular concuerda con un origen central; sobre si se trata de un vicio de formación primera, o de un paro en el desarrollo, poco puede decirse.

El varus existía en la vida intrauterina, favorecido quizá por la limitación de espacio; el niño nació con pies varus-equino, que por su fuerte contractura daban la impresión del congénito típico; por las maniobras de corrección y tratamiento, la contractura en varus fué cediendo, dando lugar al verdadero tipo del paralítico-congénito. (*Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie*. XLIV-Band-3 Hent).

SOLER TEROL.

GINECOLOGÍA

Estadísticas de la Clínica ginecológica de Colonia sobre carcinoma uterino durante los años 1906 a 1925. HUBERT SCHOOG.

Cita el autor las estadísticas de WINTER sobre el porcentaje de inoperabilidad del Cáncer de útero, que ha aumentado a partir de la guerra europea (1911: 34'5 %; 1919: 76'3 %; 1920: 72'2 %) y las de HOFMEIER, de Wurzburg, v. FRANKE, de Bona, igualmente confirmativas.

Menciona a continuación las cifras globales sobre el carcinoma en el país de Sajonia que acusan una ligera disminución durante este lapso de tiempo, y una estadística prusiana que en 1914 era de 7'9 por 10.000 habitantes, en 1919 de 8'4 idem y en 1921 de 8'8 id.

Aporta los datos recogidos en la Policlínica de Colonia distinguiendo en los Cánceres del cuello:

a) Cifras absolutas de operabilidad e inoperabilidad: 19 cánceres en 1906 de ellos 15 inoperables; 59 id. en 1914 con 48 inoperables; 59 id. en 1923 con 44 inoperables, etc.

b) Tantos por ciento de operabilidad: 1906: 21 %; 1914: 10'8 %; 1923: 10'2 %, etc.

c) Cifras absolutas y relativas desde 1914 hasta el presente:

| | OPERABLE | | INOPERABLE | |
|-----------------------|----------|----------|------------|----------|
| | absoluta | relativa | absoluta | relativa |
| 1906 - 1914 | 68 | 33'4 | 150 | 66'6 |
| 1914 - 1918 | 31 | 17'6 | 142 | 82'4 |
| 1919 - 1925 | 56 | 65'4 | 158 | 73'5 |

De las cifras totales deduce:

Número de carcinomas historiados en la Clínica desde 1906 hasta 1924: 608.

Operabilidad media: 1906 - 1914: 7'55 3'03 (fluctuaciones medias anuales); 1914 - 1924: 8'10 3'70.

Promedio anual por 100 casos:

1906 - 1914: 32'75 operables y 67'25 inoperables

1914 - 1924: 24'55 " y 75'45 "

Número de carcinomas de cuello:

1906 - 1914 218

operados 68

Coficiente de probabilidad operatoria:

por caso 0'31

Por cada caso operable han acudido a la clínica:

1906 - 1914: 2'06 inoperables

1914 - 1924: 3'49 "

lo que traduce un equivalente absoluto de 69'44 % de inoperabilidad para los carcinomas uterinos a partir de la guerra europea. (*Zentralblatt für Gynaekologie*. 1915, núm. 27).

J. VANRELL.

OFTALMOLOGÍA

Tratamiento de las inflamaciones flictenulares del ojo. SHINICHI FUNAISHI.

Dice que las inflamaciones flictenulares no son debidas especialmente a la tuberculosis. Ha hecho diferentes experimentos sobre conejos y ha producido esta inflamación, inyectandoles pequeñas dosis de vacuna estafilocócica, o solución de caseína, o de hidroclorehidrato de tiramina, durante tres semanas. Es pues razonable hacer notar no son solamente los bacilos de Koch o la tuberculina los que producen esta afección.

Le han dado muy buenos resultandos las proteínas, sea cualquiera la causa de la enfermedad y recomienda especialmente las inyecciones de leche de vaca, con las que ha obtenido resultados maravillosos en casos graves. Según la edad del paciente, inyecta en los músculos glúteos, de 1 a 4 cc. de leche fresca y aséptica, hervida durante algunos minutos. La reacción que sufre el paciente es una ligera elevación de la temperatura, unas tres o cuatro horas después de la inyección. Estas se repiten cada tres o cuatro días siendo la reacción ocasionada por las mismas menor cada vez. (*American Journal of Ophthalmology*. Agosto 1925).

I. BARRAQUER.