

# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
<b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
<b>J. BLANC Y FORTACIN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>J. SANCHIS BANÚS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>J. SARABIA PARDÓ</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Del Hospital General de Madrid.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII.
<b>A. ESPINA Y CAPO</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.	<b>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
<b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospital.	Redactor Jurídico: <b>A. CORTEZO COLLANTES</b>	<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Del Hospital General.
Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.		

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.—*Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

**SUMARIO:** Sección científica: De sifilioterapia endovenosa, por Enrique Alvarez Sáinz de Aja.—Mastoiditis aguda y absceso extradural en la evolución de una supuración crónica del oído medio, por el Dr. D. Ignacio Fernández Seco.—Indicaciones de la radioterapia profunda, por el Dr. Julián Ratera.—Bibliografía.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Proposición del Sr. Codina, sobre impuestos varios para la lucha tuberculosa, presentada al Senado.—Apuntes históricos, por Enrique Merino Alvarez.—Asamblea de Colegios de Médicos de Salamanca, Cáceres y Badajoz: discurso pronunciado por D. Mario González de Segovia.—Sociedades científicas: Sociedad Ginecológica Española.—Sociedad Española de Higiene.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## DE SIFILIOterapia ENDOVENOSA

(CABOS SUELTOS)

POR

ENRIQUE ALVAREZ SÁINZ DE AJA

Médico de número del Hospital de San Juan de Dios.

I

### SIGNOS DE PUNCIÓN VENOSA BIEN HECHA

La aceptación y el éxito del tratamiento endovenoso estriba en su perfecta ejecución técnica y en la ausencia del dolor tanto como en la prontitud y seguridad de sus efectos.

Tengo por seguro que si las inyecciones endovenosas dolieran, su uso sería limitadísimo, del mismo modo que lo son, exclusivamente por el dolor que producen, las inyecciones de calomelanos, aun reconocido por todos ser la medicación mercurial de máxima eficacia.

De aquí todos los esfuerzos que se hacen para lograr el máximo de garantías de una buena punción venosa. Con el 606 y el 914 en uso abundantísimo se ha logrado por la mayoría de los médicos, y sobre todo por los especialistas, un gran dominio de esta técnica hoy corriente. Ahora, con el empleo del silversalvarsán como antes con el luargol, el electrargol, etc., se ha planteado un problema. El color de las soluciones de este novísimo salvarsán no permite comprobar fácilmente

el paso de la sangre á la jeringa, no hay coloración de contraste, y con ello se pierde el valor de este signo, quizás el más seguro y constante testimonio de una buena punción venosa.

Para obviar este inconveniente se han ideado múltiples jeringas á las que se añaden piezas de cristal, con ó sin fondo blanco, colocadas entre la aguja y la jeringuilla para poder ver claramente el color rojo de la sangre, garantía de que se está en vena y de que se puede inyectar perfectamente. Esta modificación logra su objeto, pero complica el instrumental que exige una construcción de agujas, jeringa y piezas intercalares muy justa y precisa, y con todo ello el precio es mucho mayor, el manejo mucho más difícil, y se aumentan así los inconvenientes de encontrar la vena, sobre todo en los casos de alguna dificultad.

Para evitar todo esto nos valemos de un dato ó señal de fácil observación y que permite las inyecciones de líquidos oscuros, como el silversalvarsán, con las mismas jeringas y agujas corrientes que se usan para el neosalvarsán y para las soluciones incoloras de cianuro de mercurio, etc. Para ello llenamos la jeringa con la solución á inyectar y enchufamos la aguja y puncionamos. Al entrar en vena, la presión sanguínea actúa sobre el aire que ocupa la luz y conducto de la aguja que es rechazado hacia la jeringa, y puede observarse cómo entra en ésta una burbuja de aire que se coloca en la parte superior de aquélla y es perfecta-

mente apreciable por el operador. La entrada de *esta burbuja de aire* se ve perfectamente, y tanto mejor cuanto más obscura es la solución á inyectar. Sólo requiere la precaución de enchufar la aguja y dejarla vacía, es decir, llena de aire para que el síntoma pueda producirse. Este es el dato que nos sirve de guía en nuestras inyecciones intravenosas de silversalvarsán. Para que tenga valor precisa que no se haga aspiración con el émbolo de la jeringa, pues si la aguja no ajusta bien al pitorro de aquélla puede entrar aire por entre la aguja y el pitorro y dar una falsa sensación, es decir, que la burbuja de aire debe entrar sola é impulsada no más que por la presión de la sangre en la vena. Este aire que queda en el cuerpo de la jeringa cuidaremos no inyectarle, pero aunque lo inyectemos no pasa nada, pues el fantasma de la embolia gaseosa se ha demostrado que es exagerado, y que cuando en una vena entran varias burbujas de aire no pasa absolutamente nada. Este síntoma ó dato se observa lo mismo empleando agujas gruesas que finas. Naturalmente, es más acentuado con aquéllas y sólo requiere que la aguja esté bien limpia y permeable, sin el menor obstáculo ú obstrucción. Para cargarla ya se sabe que basta con enchufar la aguja vacía y después no llenarla con el líquido á inyectar, sino que éste solo llene la jeringa y su pitorro exclusivamente.

Otro dato ya muy usado, sobre todo desde el empleo del silversalvarsán, pero que no es de todos conocido ni por todos aprovechado, consiste en usar jeringas de doble capacidad del volumen líquido á inyectar. Por ejemplo, usar jeringas de 10 centímetros cúbicos cuando la solución medicamentosa sólo es de 5 ó jeringas de 3 cuando sólo se van á inyectar 1 ó 2 c. c.

Procediendo así, se pincha, y cuando se supone ó ve que se está en vena, se aspira suavemente hasta llenar la total capacidad graduada de la jeringa, es decir, los 10, 5, 3 ó 2 centímetros cúbicos que tenga de capacidad y graduación marcada. Naturalmente que si esto puede hacerse, que si una jeringa á medio llenar se puede llenar del todo aspirando con el émbolo, de lo que se llena es de sangre y esta es la mejor señal de que se está dentro de la vena.

Para este método conviene usar agujas gruesas, de 8 ó 10 décimas de milímetro de calibre.

En los casos de gran tensión sanguínea y usando aguja gruesa, no hace falta aspirar con el émbolo; la sangre sola entra en la jeringa por su propia presión y determina *la retropulsión del émbolo*.

Esta es la verdadera manera de dar el máximo valor á este síntoma de la retropulsión del émbolo, es decir, usando aguja gruesa para que se produzca el fenómeno espontáneamente y sin necesidad de que nosotros tengamos que aspirar, pues haciéndolo así puede entrar aire, si la jeringa no es buena y sus piezas no ajustan bien, bien por detrás entre émbolo y cuerpo de bomba, bien por delante entre aguja y pitorro de la jeringa, y en ambos casos perjudica á la claridad del fenómeno.

Esperamos que sea de utilidad grande para quien no la conozca esta guía en inyecciones intravenosas;

con estos dos síntomas que pueden usarse y comprobarse á la par se tendrá la más fija y segura garantía de acierto.

El síntoma de *la burbuja de aire* es el primero en observarse. El de *la retropulsión del émbolo* lo es á continuación y no hace más que garantir y reforzar el significado del anterior.

## II

### EL SHOCK Ó ANHELO POSTCIANÚRICO

Cuando hemos usado el cianuro de mercurio en inyecciones intravenosas hemos anotado bastantes veces, cómo á los pocos segundos de puesta la inyección, el enfermo nota un pequeño ahogo, una sensación de falta de aire que rápidamente cede en cuanto el paciente hace dos ó tres profundas inspiraciones. Este fenómeno ha sido ya publicado é interpretado; llamado por unos *shock cianúrico*, atribuido por otros á acción sobre el bulbo (Morales, de Chile). Yo no puedo dar una hipótesis acerca del por qué del fenómeno; pero desde luego afirmo que no puede ser por acción sobre el bulbo porque no hay tiempo material en los segundos que transcurren entre la inyección y la presentación del fenómeno para que la sangre con el cianuro llegue hasta aquél, y más bien lo atribuyo al paso ó acción del cianuro sobre la circulación pulmonar. Contribuiría á la mayor verosimilitud de esta suposición el que el fenómeno se exterioriza exclusivamente en dificultad de respiración, y en la fugacidad del mismo.

Nuestra contribución á este pequeño asunto se ha de reducir á indicar que este anhelo, shock ó como quiera llamársele, que se presenta segundos después de recibir el enfermo el cianuro en la sangre, es debido al cianuro y no al mercurio, pues aparte de no observarse en las inyecciones intravenosas de otros preparados mercuriales, yo lo he observado también con el cianuro de oro y potasio, medicamento del que he puesto gran número de inyecciones, en enfermos de lupus eritematoso sobre todo. Conste, pues, que el factor cianuro es el determinante de este fenómeno que afortunadamente no tiene importancia alguna ni merece el nombre de accidente y pasa en unos segundos sólo con ordenar al cliente que respire profundamente dos ó tres veces, y si publico esto, es para conocimiento general, pues únicamente cuando se ignora es cuando puede preocupar al médico haciéndole creer en embolias ú otros hechos parecidos.

Al enfermo que por primera vez le sucede, también le asusta: pero las cosas no pasan de ahí ni de ese primer día, máxime si el médico le advierte de lo que se trata y de que pasará en seguida. En esto, como en todo, si el enfermo ve y se entera de que el médico está al tanto de lo que sucede, y le ve tranquilo además, la situación está resuelta.

Por eso es por lo que queremos divulgar este pequeño hecho para que los médicos que inyecten cianuro estén enterados de lo que puede pasar y de lo que es el *shock ó anhelo cianúrico*.

## III

ACCIDENTES POCO FRECUENTES EN LAS INYECCIONES  
INTRAVENOSAS

Después de miles de inyecciones y no deteniéndonos á referir las más frecuentes ocurrencias, de no penetrar bien en la vena, de que el líquido á inyectar se derrame fuera de la misma originando la formación de un foco inflamatorio de consecuencias más ó menos graves, indicaremos tan sólo aquellos acontecimientos que por su rareza merecen ser señalados, unos de nuestra práctica profesional y otros de la ajena.

De los casos más notables es el del Sr. Fernández de la Portilla, que durante una inyección en la que hubo que introducir la totalidad de la aguja para alcanzar la luz del vaso, se rompió aquélla quedando dentro de la vena en su mayor parte y dando lugar á una serie de interesantes incidentes hasta lograr la extracción del cuerpo extraño.

Cuando esto sucede parece la técnica más recomendable suspender la inyección, colocar un tubo de goma por encima del sitio en que la aguja quedó para evitar que ésta pueda ser arrastrada por la corriente sanguínea y en el acto proceder á la extracción del cuerpo extraño antes de que pueda cambiar de sitio, y guiándonos por el propio túnel intracutáneo por el que la aguja penetró y en el que quizás todavía se encuentra.

Hay que tener en cuenta que en estos casos la aguja no queda sino en una pequeña parte dentro de la vena y que la mayor porción queda en los tejidos, colocada sobre los mismos que la sujetan, fijan é impiden su progresión.

Otro de los accidentes que por nuestra parte hemos tenido que lamentar dos veces ha sido la de efectuar la punción de la arteria en vez de la vena que se busca. Cuando esto sucede se nota inmediatamente porque la presión de la sangre hace que ésta penetre tumultosamente en el interior de la jeringa y rechace con fuerza el émbolo hacia atrás.

Aparte de que este hecho y el color rojo claro de la sangre demuestran en seguida de lo que se trata, cuando en estos casos se suelta el tubo de goma que comprime el brazo, se observa como la entrada de la sangre en la jeringa se hace aún con mucha mayor fuerza y cantidad, que es precisamente lo contrario de lo que se observa en la punción venosa.

De las dos ocasiones en que observé este fenómeno, una fué pretendiendo extraer sangre para una reacción Wassermann, y en ella no tuve que hacer nada sino una vez llena la jeringa sacarla y efectuar una compresión primero á dedo y luego con vendaje durante veinticuatro horas, con lo que el accidente no tuvo otras consecuencias.

La otra vez se trataba de efectuar una inyección de neosalvarsán y me bastó con retirar la aguja y no poner la inyección, ejecutando la compresión antes indicada.

Este incidente no tiene la importancia que en un principio parece debía de tener, y á condición de no usar agujas muy gruesas y de efectuar la compresión indicada, nada revela en lo sucesivo que una arteria ha sido herida.

Actualmente ya podemos decir más de esta cues-

tion, sobre todo desde que la vía arterial ha sido elegida por algunos autores para hacer directamente y á propósito las inyecciones de los salvarsanes en vasos, no como la humeral, sino aun más importante, como las carótidas.

Estas técnicas han demostrado la perfecta inocuidad de la punción arterial y de las inyecciones de salvarsanes por esta vía, y, por lo tanto, si en alguna otra ocasión sucede este accidente sin buscarlo, no habría inconveniente en hacer la inyección del salvarsán en la arteria, efectuar después la compresión de rigor y así se habría dado por terminado todo. Conste, pues, que desde luego, sin buscarlo nunca, cuando se efectúe una punción arterial, basta con saber este dato para no perder la serenidad, en la seguridad de que al enfermo no le sucederá absolutamente nada.

En otro caso, también de mi práctica profesional, y con ocasión de una inyección intravenosa herí y aun inyecté parte del líquido sobre ó dentro del nervio mediano, habiéndose producido una neuritis del mismo cuyos síntomas, tanto motores como sensitivos, duraron muchos meses sin llegarse á un completo restablecimiento de la sensibilidad. Este sí que es un verdadero accidente de consecuencias más duraderas y graves que los anteriores y para cuya evitación tendremos que esforzarnos siempre. Yo aquí lo menciono para que no quede nada en el tintero y para referir francamente tanto lo favorable como lo adverso que voy viendo en mis enfermos.

Finalmente, hay, no un accidente, pero sí una circunstancia que muy á menudo se presenta en nuestra labor diaria, y es el de enfermos que no tienen vena para la inyección por encontrarse éstas trombosadas por efecto de inyecciones anteriores. En bastantes de estos sujetos la trombosis sólo existe desde los sitios de las punciones hacia arriba y queda alguna pequeña porción de vena accesible llena de sangre líquida desde los puntos trombosados hacia abajo. En estos enfermos y antes de recurrir á las inyecciones intramusculares he efectuado en más de una ocasión la punción en estos trozos de vena permeable y la inyección en los mismos, de salvarsán, en sentido retrógrado, es decir, con la punta de la aguja dirigida hacia la mano é inyectando la solución medicamentosa á contra corriente. Recomendando este método de inyecciones retrógradas para los casos que se encuentren en las condiciones que he indicado, porque con ello el medicamento actúa del mismo modo que en los casos de inyecciones directas, porque en las venas no se produce perjuicio absolutamente alguno y porque el enfermo se beneficia, no sólo de la medicación, sino de las ventajas de una inyección indolora, como son las intravenosas.

## IV

## DEL ABUSO DE LAS INYECCIONES INTRAVENOSAS

Aprovecho la ocasión de hablar de este asunto para hacer constar mi protesta contra el abuso de las inyecciones intravenosas que se viene haciendo aplicándolas sistemáticamente en todo tratamiento de sífilis y no sólo para las medicaciones arsenicales, en las que las juzgo casi siempre indicadas, sino también para todas las de tratamiento mercurial.

Sobre todo en el tratamiento abortivo hay muchos que estiman como de máxima garantía la ejecución de la terapéutica endovenosa, y eso no es cierto, pues medicaciones mercuriales intramusculares con calomelanos y aún con aceite gris pueden realizar desde luego más intensamente y siempre sin castigar tanto con inyecciones á las venas, el efecto terapéutico de la curación radical de la enfermedad. Todavía transijo y me parece una tendencia aceptable la de aquellos que para evitar á los enfermos los dolores de las inyecciones intramusculares han buscado y hecho la inyección de los preparados mercuriales y arsenicales mezclados en una sola inyección, en un mismo momento y con un solo pinchazo (Linser, etc.). Esto tiene su justificación y su explicación y según parece no tiene inconvenientes desagradables. Además no aumenta el número de pinchazos que se hacen en las venas más que ligeramente.

Por el contrario, los que emplean el cianuro de mercurio á todo pasto y para todos los tratamientos acaban por destrozar y por inutilizar todas las venas disponibles y colocan los enfermos en situación muy desagradable y comprometida para el porvenir, pues si en un momento dado clientes de los así tratados necesitan de urgencia y de modo ineludible una inyección intravenosa, no se les podrá poner por haberse gastado las venas disponibles á tontas y á locas en épocas de la enfermedad en las que para nada hacía falta una terapéutica endovenosa.

En apoyo de lo dicho bastará decir que en las curas corrientes el número de inyecciones intravenosas de arsenicales suele ser de 7 á 10 ó á lo sumo de 12 ó 14, para referir el caso más exagerado, mientras que en una cura mixta arsenical y mercurial efectuada toda por vía venosa y para lograr con ella iguales efectos curativos, se precisan unas cuarenta inyecciones. Fácilmente se comprenderá la enormidad que representa el cuadruplicar el número de pinchazos á las venas y por ello sería de desear que se cesase en el abuso impremeditado que de esta inestimable forma de medicación viene haciéndose.

No nos detenemos en más detalles porque ello nos llevaría muy lejos y no es cosa de hablar aquí de cuáles son las indicaciones de la vía endovenosa en caso de medicación mercurial para el tratamiento de la sífilis; pero sí desde luego afirmo que desde la introducción de los salvarsanes los momentos en que puede ser precisa é insustituible una inyección intravenosa mercurial se han reducido considerablemente en número.

### Mastoiditis aguda y absceso extradural en la evolución de una supuración crónica del oído medio.

CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO CLÍNICO

POR EL

DR. D. IGNACIO FERNÁNDEZ SECO

Otorrinolaringólogo.

En la evolución de las supuraciones auriculares, es frecuente observar que en un momento cualquiera y

con una frecuencia muy variable, según los casos, aparecen complicaciones endocraneales muy graves, debidas á un conjunto de circunstancias que, á su modo, facilitan el acceso al interior del cráneo, de los gérmenes microbianos acantonados primitivamente en las cavidades del oído medio.

Esta penetración tiene lugar en unos casos á través del hueso macroscópicamente sano, por los canaliculos intraóseos y las venillas del diploe; y en otros á favor de una laguna ósea preexistente á la enfermedad ó solución de continuidad de la pared cuando la osteitis alcanza las paredes del ático y del antro.

La infección en su marcha del foco auricular al endocráneo recorre una serie de etapas sucesivas, de las cuales corresponde la primera á la cara externa de la duramadre. Su paso á este nivel unas veces es transitorio ó permanece en esta etapa por tiempo indefinido estacionada.

En este caso la duramadre reacciona, se irrita, aumenta de espesor, y merced á la laxitud del tejido celular que rodea exteriormente esta membrana, se produce una infiltración purulenta que la despega de la superficie ósea en una extensión variable, formándose entonces lo que se denomina *paquimeningitis externa supurada ó absceso extradural*, ó sea una colección purulenta situada entre la duramadre y la tabla interna del cráneo. Esta lesión tiene un gran interés práctico, pues si bien evoluciona de una manera latente, reconocida y operada á tiempo, termina casi siempre por la curación deteniéndose en su marcha de esta forma la infección intracraneal.

Tienen una particular predisposición á los efectos de esta complicación, las otorreas acompañadas de colesteatoma. Virchow deduce de sus autopsias que la cuarta parte de todas las afecciones endocraneales otíticas partieron de colesteatomas en el oído. También nos harán temer el desarrollo de un absceso endocraneal las supuraciones fétidas que huelen como á necrosis ósea; las que se acompañan de la formación de granulaciones polipoideas; las que transcurren en brotes agudos y subagudos con largas intermitencias, y, finalmente, todas las otorreas que tienen colocado el punto por donde desagua el pus en las condiciones menos favorables para su evacuación.

El carácter agudo ó crónico de la supuración tiene también una gran importancia en la etiología de estos accidentes, en su naturaleza y hasta en el asiento de los mismos. Así vemos que la tromboflebitis y el absceso encefálico son raros en el curso de las otitis agudas, exigiendo para su desarrollo que haya lesiones de la pared ósea, como ocurre en los viejos focos otorreicos, y en cambio, la leptomeningitis y el absceso extradural se observan con una frecuencia mucho más grande en los casos agudos y, sobre todo, en la evolución de las supuraciones crónicas *recalentadas*. Estas diferencias tienen fácil explicación porque los focos crónicos, al ponerse en contacto con la meninge dura, se prestan á la formación de adherencias entre la cara profunda de esta membrana y la píamadre, transmitiéndose directamente los gérmenes infecciosos al parénquima cerebral

sin que puedan difundirse en la cavidad aracnoidea.

La mayoría de las estadísticas concuerdan en que el absceso extradural aparece con mucha más frecuencia en el curso de las supuraciones agudas que en las crónicas, y así Grüner en un trabajo publicado sobre este punto dice: que si bien en estos últimos años la abertura mastoidea se ha practicado en su clínica de Halle en número tres veces mayor por otorreas crónicas que en las otitis supuradas agudas, la cifra de abscesos extradurales descubiertos en los casos de esta última categoría fué de doce, contra ocho observados en los crónicos.

Habiendo tenido recientemente ocasión de operar con feliz resultado un enfermo con absceso extradural, cuyas circunstancias se prestaban á hacer algunas reflexiones sobre este capítulo tan interesante de las complicaciones otógenas, en el cual tenemos problemas como el del diagnóstico que continúan como siempre llenos de dificultades, me ha parecido que toda contribución clínica en este sentido podría ser instructiva y por eso me he decidido á publicarla.

*Observación.*—Angel Puados, de veinte años, jornalero, vecino de Madrid, padece desde la infancia una supuración en el oído izquierdo consecutiva al sarampión. A temporadas se hacía escasa y mal oliente, presentándosele dolores en el oído que algunas veces iban acompañados de tumefacciones retroauriculares. En otras ocasiones el pus salía mezclado con sangre. A la aplicación de remedios antiflogísticos locales, solían ceder fácilmente estas molestias; mas en época muy reciente, sin que sepa á qué causa atribuirlo, le aparece un nuevo cortejo de manifestaciones análogas á las descritas, que en un principio creyeron se habían conjurado, pues á juzgar por lo que después sucedió, el alivio no fué nada más que en apariencia. Sin llegar á encontrarse bien de las molestias del oído, la supuración se cortó por completo, reaparecen los dolores ocasionándole fuertes cefalalgias, que llegan en su intensidad por la noche hasta impedirle conciliar el sueño. Comenzó á deganarse, sentía escalofríos al anochecer y se apoderaba de él un malestar general tan considerable que llegó á pensar en que se pondría loco de continuar en tal estado.

El 25 de Octubre del pasado año lo veo por primera vez, que me lo enviaba su médico de cabecera.

El aspecto contraído de su cara, triste y de color terroso, expresaba bien claramente la gravedad del proceso y los sufrimientos que le produce. Aqueja intensa cefalalgia, sobre todo en las zonas parietomastoidea y occipital del lado homólogo al oído enfermo, que dice le es imposible aguantar más.

Por inspección no se observa en ellas ninguna anormalidad, pero al intentar tocarle hace ademán de retirarse. Le recomiendo se deje tocar con el dedo, y al comprimir en el sitio correspondiente al antro rehuye la cabeza profiriendo un grito de dolor. En cualquier punto que se comprima de las regiones mastoidea, parietal y occipital, acusa la misma sensación dolorosa, de manera que se hace difícil precisar cuál sea la zona en la que la sensibilidad está más exaltada.

El examen otoscópico nos muestra la caja llena de fungosidades exuberantes recubiertas en algunos puntos de pus caseificado y escamas epidérmicas, sangrando al explorarlas con el estilete. La membrana timpánica ha sido destruída en su totalidad y la audición está muy disminuída.

Haciéndome el cargo de que debía ser operado en cuanto nos fuera posible, le aconsejé fuera al Instituto Rubio donde ingresó el 27 del mismo mes.

En los días que transcurrieron hasta el en que fué operado, la región mastoidea se puso tumefacta, percibiéndose indicios de fluctuación que después se hicieron bien manifiestos, revelándonos la existencia de una colección subperióstica. La inspección del conducto permitía ver la caída de su pared postero-superior, y los dolores se hicieron tan insoportables que hubo necesidad de ponerle varias inyecciones de morfina á fin de que se tranquilizara y dejase dormir á los demás enfermos, que con sus agudos quejidos no podían descansar.

El pulso era lento, y no obstante la excitación que le dominaba en las distintas veces que le tomé, no conté más de 60 á 65 pulsaciones.

El diagnóstico que formulamos fué: otitis media supurada crónica fungosa, mastoiditis aguda y complicación endocraneal, inclinándonos á que la lesión en el interior de esta cavidad fuera tal vez un absceso perisinusal.

Los motivos que he tenido para emitir este juicio, fundamentándolos y avalorándolos debidamente, se expondrán más adelante; básteme por el momento indicar que el estado del enfermo, como se deducirá de lo expuesto, era grave y la indicación operatoria se imponía con carácter de urgencia.

El 29 de Octubre, ó sea á las cuarenta y ocho horas de ingresar en la sala, bajo anestesia general clorofórmica, procedimos á la operación. Practico la incisión postauricular hasta el hueso, evacuándose el pus que contenía el absceso subperióstico, con olor muy fétido y coloración amarillo-verdosa. El aspecto de los tejidos blandos seccionados, parecía de corteza de tocino.

Escoplo extensamente la apófisis que se nos muestra dura, ebúrnea, descubriendo en estas maniobras el seno lateral, sorprendiéndome no encontrar pus en sus inmediaciones aunque le denudé en bastante extensión.

Descubro el antro á gran profundidad, que está lleno de fungosidades y masas de colesteatoma caseificado, todo lo cual extraigo con la cucharilla. Exploro con un estilete las paredes de esta cavidad no percibiendo en ellas alteración de ninguna clase. Continúo resecaando la pared externa del aditus, dispuesto á realizar un verdadero vaciamiento petro-mastoideo á lo Swartze, observando que por efecto de los golpes aparecían gotitas de pus en el campo operatorio. Fija nuestra atención en este hecho, bien pronto me apercibo de que este pus salía por los intersticios de la bóveda antral. Doy en ella unos golpes de gubia y á medida que sacaba pequeñas virutas del hueso, las gotitas salían con más rapidez, hasta que perforada por completo, hace irrupción en el antro una oleada de pus tan mal oliente y del

mismo color que el del absceso subperióstico-mastoideo, cuya cantidad aproximadamente sería como la cabida de una cucharada grande.

Continúo descubriendo el aditus y el ático en los que se encuentran acumulaciones de colesteatoma envueltos por atmósfera de fungosidades. Legramos éstas y extraigo el yunque. El martillo no se encontró; sin duda habría desaparecido por efecto de la osteitis destructiva que causan en estos huesecillos los procesos supurados de larga fecha.

Volvemos en el curso de nuestra intervención sobre el tegmen timpano-antral, resecaéndole con la pinzaguía en una extensión poco mayor que la de una moneda de peseta. La porción de duramadre que se ve á través de esta ventana ósea, tiene aspecto aterciopelado y coloración rojo-oscuro. Con una cucharilla manejada suavemente, la limpio de toda la capa de finísimas granulaciones, no observando por lo demás nada de particular en ella.

Ejecutamos la autoplastia del conducto, según la técnica de Siebenmann, y después de un minucioso examen de toda la brecha operatoria se riega abundantemente con agua oxigenada, se rellena de gasa iodo-fórmica toda la cavidad y aplicamos el apósito adecuado. Ante la sospecha de que tuviéramos necesidad de una más amplia intervención, dejé la incisión retroauricular completamente abierta.

La operación transcurrió sin incidentes de ningún género.

*Curso post-operatorio.*—Los efectos beneficiosos de la operación se dejaron sentir inmediatamente, pues apenas se disiparon los efectos del cloroformo quedó completamente tranquilo, pasando aquella noche y los días sucesivos sin volver á tener la más leve molestia. Lo único que hubo de notable los días más inmediatos á la operación, fué la lentitud del pulso, que oscilaba entre 50 y 60 pulsaciones, á pesar de unas décimas de fiebre que tuvo las cuarenta y ocho horas primeras. Al cabo de este tiempo se levantó la primera cura, ofreciéndonos la cavidad un aspecto excelente.

Desde el tercer día se quedó apirético, mostró deseos de tomar alimentos á lo cual fui accediendo prudentemente, y practicándosele todos los días la cura correspondiente, pronto nos dimos cuenta de que las pulsaciones habían tornado á su cifra normal.

Alejados todos los temores de que no había lugar á ninguna otra intervención, á los nueve días de operado, en vista del satisfactorio estado en que se encontraba, procedí á cerrar la herida post-auricular mediante algunos puntos de sutura, de los cuales hubo posteriormente que quitar uno, y aproveché la pequeña abertura para hacerle las curas por ella, á la vez que por el conducto. La reparación de la brecha operatoria se ha hecho con mucha lentitud, viéndome precisado varias veces á legrar mamelones exuberantes y granulaciones de mal aspecto que retrasaban la cutificación. A los cuatro meses le he podido dar el alta, pero como á todos los operados de trepanación, que terminan el tratamiento efectuándoles las curas por la incisión retroauricular, le queda una pequeña perforación que

pienso ocluirla con cualquiera de las operaciones plásticas ideadas por Pasow, Alexander y Laurens con este objeto.

*Consideraciones.*—Reflexionando sobre los hechos más interesantes de la presente historia clínica, llaman nuestra atención en primer término las tumefacciones dolorosas post-auriculares que le aparecían de vez en cuando, coincidiendo siempre con una notable disminución ó desaparición del flujo auricular. En el curso de una antigua otorrea, estos episodios son reveladores de una retención séptica en los espacios mastoideos, y clínicamente se traducen por los síntomas que corresponden á las mastoiditis agudas.

El mecanismo de estos accidentes es muy sencillo. Los individuos con otorreas abandonadas ó mal tratadas en los que el flujo purulento se evacuaba fácilmente, á consecuencia del considerable desarrollo de las fungosidades, ó por acumulación de masas de colesteatoma, llega á obstruirse el estrecho conducto del *aditus ad antrum*, dificultándose cada vez más la salida del pus al exterior, hasta quedar retenido en la mastoide cuando la obstrucción es completa.

Más no formaríamos un concepto acabado del mecanismo patogénico de la mastoiditis, si subordináramos la aparición de este proceso únicamente á los fenómenos mecánicos. Está ya hoy fuera de duda que el grado de virulencia microbiana juega un papel muy principal en la difusión más ó menos completa y rápida de la infección á los espacios mastoideos. Así vemos, que una supuración de virulencia atenuada ocasiona una protesta mastoidea moderada: pero si la virulencia del pus es considerable, seguramente la protesta será rápida y enérgica. La Terapéutica viene también en apoyo de estas teorías, pues es frecuente que los medios anti-flogísticos locales (fomentos, cataplasmas, etc.), continuamente aplicados, vuelvan las cosas á su estado natural, y otras veces fracasan y el proceso inflamatorio sigue adelante, como lo acabamos de ver en el joven objeto de esta historia. Aquí, las dificultades al restablecimiento del flujo purulento, estaban representadas por una acumulación colesteatomatosa, que en unión de las fungosidades de la mucosa de revestimiento, obstruía completamente el *aditus*, de modo que al encontrarse el pus en una cavidad cerrada, se ofrecían las más abonadas circunstancias para que los gérmenes exaltaran la virulencia y sobreviniese un desbordamiento extramastoideo.

La conformación de la apófisis mastoidea en el caso descrito, ofrecía las mejores condiciones para que la infección pasara al endocráneo. Se recordará que al escoplarla encontramos una mastoide muy dura, ebúrnea, y estos tipos de apófisis con antros situados profundamente bajo una capa de hueso compacto, muy lejos de creer que constituyen un medio de protección para la cavidad craneana, dado que el trabajo de hiperostosis despertado por la reacción ósea defensiva en los procesos supurados antiguos del oído, no tiene lugar al nivel de la delgada laminilla ósea que forma la bóveda timpano-antral, en caso de obstrucción del *aditus*, el pus, separado por un enorme espesor de tejido compacto de

la cara externa del hueso, la cual hace extremadamente laboriosa su marcha en este sentido, tiene, por el contrario, mucha más facilidad para hacer irrupción bajo la duramadre de la fosa cerebral media al nivel del lóbulo esfenoidal.

Teniendo presente que el tegmen tímpano-antral macroscópicamente lo encontramos íntegro; la invasión del endocráneo tuvo necesariamente que efectuarse por los capilares intraóseos ó por las venas del diploe, y este mismo mecanismo explica, á mi juicio, la formación del absceso subperióstico mastoideo; pues las lesiones de osteitis difusa que se invocan para explicar esta coincidencia en otros casos, en verdad que nosotros no las advertimos en ninguna de las paredes del foco auricular.

Los antecedentes del enfermo, juntamente con el cuadro que en el momento de reconocerle nos ofrecía: inflamación de la zona retro-auricular, dolores intensos que desde este punto se irradiaban á todo el hemisferio homólogo, exacerbándose á la presión, y caída de la pared posterosuperior del conducto auditivo, evidencian la participación que la mastoide tenía en el proceso, no solamente en lo que afecta á los fenómenos agudos del momento actual, sino en los ocurridos durante el transcurso de la supuración del oído, según nos lo han demostrado los repetidos episodios de retenciones sépticas en el interior de sus cavidades, que se revelaban clínicamente por el dolor y la tumefacción de dicha apófisis.

De donde se infiere que la mastoiditis aguda que ahora sufre este joven, no debe considerarse sino como una reagudización de las lesiones crónicas que desde antigua fecha padecía en los diferentes compartimientos del oído medio.

Expuestos los razonamientos para la interpretación del mecanismo patogénico de la mastoiditis y los motivos por los cuales se ha formado la colección purulenta subdural, veamos ahora los fenómenos que pueden conducirnos á diagnosticar esta complicación.

Sabido es que uno de los rasgos más notables de la fisonomía clínica del absceso extradural, es la habitual insidiosidad de su desarrollo. Conozco algunos casos en los cuales no fué sospechada su existencia por síntomas de ninguna clase, lo cual en verdad no tiene nada de particular si tenemos presente la tolerancia especial de la duramadre para toda clase de procesos que se originan lentamente en su contacto.

De modo que, por regla general, el absceso extradural permanece latente, ó todo lo más se manifiesta por cefalalgia unilateral. Cuando la colección purulenta alcanza dimensiones considerables, ocasiona signos de compresión como la lentitud del pulso, y si ocupa la vecindad de regiones motrices, puede revelarse por parálisis cruzadas y hasta por afasia sensorial si asienta en el lado izquierdo.

Como se ve, esta complicación intracraneal es casi imposible de diagnosticar antes de la intervención quirúrgica; por esto si descartamos el cuadro clínico propio de la mastoiditis, ¿qué valor tienen para formular un juicio lo más acertado posible, de la existencia de

un absceso extradural, los demás síntomas que presentaba el enfermo?

La expresión de abatimiento unida al color terroso de la cara, aunque es frecuente observarlos en este género de complicaciones endocraneanas, no es peculiar de ellas, por cuanto las vemos en cualquier infección de tipo crónico que se acompañe de intensos dolores. Su interpretación, pues, no debe avalorarse nada más que en este sentido, si bien hay que convenir en que no es corriente observar enfermos con lesiones circunscritas á las cavidades del oído medio, en esta actitud. Por ello conceptuamos que aunque poco significativo, es un elemento de juicio en favor de una complicación séptica intracraneana, en este caso.

La cefalalgia que acusaba, partiendo del foco auricular para irradiarse por las regiones parietal y occipital, puede constituir un signo de presunción que deberá recordarse en el momento de la operación para indagar la posible existencia de algún trayecto fistuloso que nos lleve al endocráneo; pero no podemos considerarlo como una ley para el caso ni mucho menos, pues el dolor con localizaciones hemisferianas diversas es un fenómeno muy general en las lesiones ático-mastoideas, cuando existen productos sépticos retenidos ó fungosidades que realizan compresiones en determinados territorios nerviosos que pueden irradiarse á cualquiera de las zonas limitantes. Sería muy esencial desde este punto de vista, que el paciente pudiera diferenciar el dolor gravativo profundo ocasionado por la existencia de un producto patológico extradural, con el dolor en cierto modo neurálgico producido por las lesiones ático-mastoideas; pero esta diferenciación subjetiva es un tanto ilusoria en la mayor parte de los casos.

En opinión de algunos clínicos tiene mucho más valor la comprobación de una viva sensibilidad más allá de la zona auricular, hecho que en nuestro enfermo tenía lugar hasta en los tegumentos que recubren las zonas temporal y parietooccipital, pues se recordará que le molestaba el más leve contacto, y la compresión en cualquier punto de dichas zonas determinaba un dolor tan intenso que le hacía gritar.

Finalmente, nos queda otro síntoma, el retardo del pulso, que para el diagnóstico de esta complicación es bastante significativo. Contadas repetidas veces las pulsaciones oscilaban alrededor de 60 por minuto; mas hay que tener en cuenta la excitación nerviosa que le dominaba, lo cual había de influir para que dicha cifra estuviera aumentada, pues en los días subsiguientes á la operación, completamente tranquilo, no contamos más de 56; de modo que la lentitud del pulso era evidente. Esta lentitud es efecto de una compresión cerebral y nos revela la presencia de una colección patológica extradural.

La exclusión de otras complicaciones meningoencefálicas, una vez que faltaban los accesos febriles, los vómitos, las alteraciones sensitivomotoras, conservándose íntegras sus facultades intelectuales, era otra razón más que teníamos para sospechar que dentro del capítulo de las complicaciones otógenas, la única que

con tan escasos síntomas podía presentarse era la paquimeningitis externa supurada ó absceso extradural.

Más difícil aún que el diagnóstico de esta complicación, resultaba designar su asiento antes de la intervención, pues si bien una localización determinada hacia la fosa cerebral media ó á la cerebelosa, es bastante fiel basándose en la dirección de la zona dolorosa, que en un caso es temporoparietal, y en el otro es occipito-mastoides, aquí era tan viva la sensibilidad de todas estas regiones, que no había manera de saber si en algún punto determinado acusaba más dolor que en otro cualquiera.

El absceso extradural se localiza principalmente en tres puntos, que son: encima del *tegmen timpani* (absceso epitimpánico); entre las mastoides y el seno lateral (absceso perisinusal), y en la cara posterior de la porción petrosa del temporal (absceso retropetroso); mas teniendo en cuenta las relaciones de vecindad tan estrecha que guardan por regla general las lesiones intracraneanas con el foco extracraneano, cuando nos sea dable determinar *el sitio de la supuración primaria* en el oído, tendremos la base más importante para deducir su asiento en el interior de la cavidad craneal. Por desgracia hemos de confesar que aun cuando es muy importante conocer el punto de una supuración del oído, ya que del mismo depende el asiento de la colección purulenta en el endocráneo, resulta sumamente difícil determinarlo *a priori* cuando la supuración es tan extensa que están interesadas todas las cavidades tímpanomastoideas.

Las lesiones que se encuentran una vez abiertos todos los compartimientos del oído medio, son positivamente más aclaratorias con respecto á la formación y asiento del absceso y varían notablemente según que la supuración primaria que le ocasionó sea aguda ó crónica.

Así tenemos, por ejemplo, casos en que el hueso se muestra destruido por los progresos de la osteitis, y la colección purulenta extradural comunica con el foco auricular por una perforación de la pared ósea que deja al descubierto la duramadre ó por un trayecto fistuloso más ó menos estrecho y oculto por las fungosidades; y existen otros (por lo general agudos) en que no hay comunicación entre los dos focos, y las lesiones son tan ligeras ó inapreciables que no constituyen puntos de orientación; de modo, que si el pus no se ve brotar por alguna anfractuosidad de las paredes de la cavidad, como ocurrió en mi operado, nos exponemos á dar por terminada la operación, sin que la evacuación del absceso haya tenido lugar.

De todas maneras, si tuviéramos la convicción de que existe un foco intracraneano, aunque la inspección de las paredes profundas del antro y del ático no nos haya permitido descubrir en ellas fistulas ni denudación de la duramadre, nuestro deber en estas circunstancias es, según indica Bergmann, ampliar la brecha ósea hasta por encima del conducto auditivo de manera que se pueda inspeccionar, levantando la duramadre que recubre el borde superior del peñasco, la cara anterior y la posterior de este hueso, es decir, la

fosa cerebral media y la posterior, descubriendo la colección purulenta que ocupase cualquiera de ellas.

Una vez evacuado el absceso y el foco extradural bien desinfectado, daremos por terminada nuestra intervención en esta primera sesión, y solamente estaremos autorizados para franquear el límite de la duramadre, en presencia de manifestaciones intracraneanas alarmantes, no habiéndose encontrado entre el hueso y la duramadre la colección sospechada, ó si evacuada ésta, los accidentes no mostrasen tendencia á mejorar.

En la operación realizada á mi enfermo tuve muy presente estas reglas de conducta, y por más que no me quedaba satisfecho de haber extirpado todas las lesiones, ante la duda de que tal vez fuera necesaria una más amplia intervención, me limité á dejar completamente abierta la incisión post-auricular, no atreviéndome en aquel momento á traspasar los límites de la duramadre. Por fortuna no hubo que hacer nada más, pues el enfermo cada día se encontraba mejor, y entonces procedí á cerrarle la herida.

Para terminar, voy á decir dos palabras sobre la conducta terapéutica que debe aconsejarse en los enfermos otorreicos. Guiados los médicos en una buena parte, y el vulgo en general, por un criterio completamente erróneo en lo que respecta á los portadores de una supuración auricular, no le prestan todá la atención que en realidad merecen, y bien sea con el pretexto de que «es bueno dejarla correr porque si se corta puede resultar por otro sitio peor», ó ya manteniendo una limpieza ilusoria y que así lo vayan pasando sin tenerse que someter á una operación que siempre repugna al enfermo porque su ignorancia no les permite ver cómo gracias á ella puede ponerse á cubierto de complicaciones graves, es lo cierto que se preocupan muy poco de lo que constituye un positivo peligro para su vida cuando no se la atiende debidamente.

No es posible sustentar un criterio que por excesivamente conservador puede resultar imprudente en algunos casos. En presencia de individuos con viejas otorreas, en los cuales se hayan observado alguna vez inflamaciones y dolores de la región mastoidea, reveladores con toda seguridad de mastoiditis latentes que después de bien aplicados los tratamientos médicos durante algunos meses hayan fracasado, se impone, á mi juicio, la indicación de abrir ampliamente las cavidades del oído medio, una vez que la operación ejecutada en estas condiciones resulta muy benigna.

Nadie debe ignorar que todo enfermo portador de un foco supurativo intramastoideo se encuentra, por este hecho, bajo la amenaza de un peligro vital, siendo posible la aparición de complicaciones intracraneanas, con ó sin signos previos de retención purulenta, y por tanto, son justificables de una intervención quirúrgica que les evita las molestias y graves contingencias á que están expuestos por conservar á todo trance su flujo purulento auricular.

Madrid, Abril, 1921.

## INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA PROFUNDA

POR EL

DR. JULIÁN RATERA

La aparición de los rayos Roentgen ha determinado una verdadera revolución en el campo de la Medicina, hasta tal punto, que son muy pocas las ramas de ella en la que no han aportado grandes y constantes beneficios.

Aplicados al principio de su descubrimiento al diagnóstico y á la exploración de enfermedades internas, han ido recibiendo en el transcurso del tiempo poco á poco aplicaciones médicas, habiendo llegado á tomar tal importancia en este sentido en los últimos años, que el empleo diagnóstico de los mismos, con ser cada día más importante, por los continuos perfeccionamientos de que ha sido objeto la técnica radiológica, ha quedado relegado á segundo término ante la importancia de las curaciones que con ellos se consiguen.

De una aplicación de los rayos Roentgen en la curación de determinadas enfermedades internas y en verdad ginecológicas, es de la que nos ocuparemos en el presente trabajo, toda vez que el término radioterapia profunda ó tiefentherapie de los alemanes se aplica casi exclusivamente al empleo terapéutico de los rayos Roentgen en el tratamiento de dichas enfermedades.

A fin de poder razonar con perfecto conocimiento de causa y de un modo científico las indicaciones de la radioterapia profunda, tema palpitante de actualidad, por la enorme importancia que ha adquirido en estos últimos tiempos, es necesario hacer un ligero examen retrospectivo de los orígenes del método, fundado principalmente en las acciones biológicas que los rayos Roentgen producen sobre las células de los órganos reproductores y en los perfeccionamientos que ha ido alcanzando progresivamente la técnica, en virtud de los cuales ha ido siendo cada vez mayor el número de indicaciones y menor el de contraindicaciones de estos tratamientos.

*Acciones fisiológicas de los rayos Roentgen.*—La aplicación de los rayos Roentgen sobre las enfermedades que radican en el aparato genital es una consecuencia del descubrimiento hecho en 1903 por el profesor doctor Albers-Schönberg de la acción de los rayos sobre las glándulas germinales masculinas de los animales. Albers-Schönberg y Faber han expuesto conejos y cobayos machos á la acción de los rayos Roentgen durante muchas sesiones, no excediendo el tiempo de duración de ellas de quince á veinticinco minutos, y aunque estos animales fueron después guardados en cajas durante muchos meses, perdieron su facultad fecundante, aunque conservaron el apetito sexual y la facultad de copulación. Además, macroscópicamente los testículos se habían atrofiado é histológicamente se vió que las células que tapizaban los conductos seminíferos habían desaparecido en parte y los que quedaban estaban atacados de degeneración mucosa, no apreciándose el menor signo de espermatogénesis y habiendo una ausencia completa de espermatozoides en las vesículas seminales.

Esta acción fué confirmada poco tiempo después por Philipp, Brown y Osgood en el hombre, habiendo hecho Brown una comunicación á la Academia de Medicina de Nueva York relativa á la comprobación de hechos análogos en el hombre, reconociendo un origen profesional.

En 1905 comenzaron las investigaciones en animales femeninos, por Halberstätter, Bergonié, Tribondeau y Recamier, habiendo instituido el primero una serie de experiencias que han consistido en someter cierto número de conejos á la acción de los rayos Roentgen, no exponiendo sino un solo lado del vientre y protegiendo la otra mitad del vientre por placas de plomo; después de un número variable de sesiones (cuya duración era de media hora), se extirpaban los dos ovarios y se comparaban. De este modo comprobó Halberstätter que en los ovarios irradiados los folículos de Graaf desaparecían, siendo mucho menos numerosos ya diez días después del comienzo de las irradiaciones y desapareciendo completamente á los quince días, y en animales que han sido expuestos á la acción de los rayos con intervalos bastante largos y en los cuales faltaban los folículos de Graaf, se comprobó todavía la presencia de folículos y óvulos primordiales, por lo cual podían formarse en sus ovarios ulteriormente otros folículos de Graaf. Por el contrario, en los casos en que el tratamiento había sido más intenso, los folículos y los óvulos primordiales mismos estaban ó completamente destruidos ó eran muy raros y atacados de degeneración. Este autor insistió ya sobre el hecho de que los ovarios poseen una sensibilidad para los rayos Roentgen mayor que la de la piel.

Los hallazgos de Halberstätter fueron confirmados en 1906 por Specht, quien halló también al lado de la desaparición del folículo de Graaf y degeneración del folículo primordial, lesiones del parénquima intersticial del ovario. En el mismo sentido fueron hechas, en 1906, investigaciones por Krause, Ziegler, Lengfellner, Fränkel y otros, con análogos resultados que las anteriores.

Las investigaciones de Zaretzky en 1905 son muy interesantes. Este autor halló que los ovarios de los conejos son muy sensibles contra los rayos Roentgen, destruyéndose primero los folículos maduros y los próximos á madurar, después los folículos primordiales y, finalmente, el tejido intersticial y cree que manteniendo la dosis dentro de ciertos límites es posible una regeneración del folículo en el que se inicia la atrofia; más allá de este límite se llega á una atrofia permanente del ovario irradiado y del cuerpo uterino correspondiente; por lo tanto, tiene como posible llevar á los ovarios por una dosificación adecuada á una atrofia temporal ó permanente.

Estos resultados concuerdan en un todo con las investigaciones de los ya citados autores Bergonié, Tribondeau y Recamier, pues si bien estos investigadores en sus primeros experimentos sólo hallaron en el ovario de los conejos alteraciones caracterizadas por la destrucción del folículo primordial y la degeneración del folículo de Graaf, sin hallar alteraciones de estructura del tejido intersticial, sin embargo, irradiando en

1907 conejos laparotomizados con los ovarios puestos al descubierto, hallaron entonces, además de una completa destrucción de todos los folículos, una atrofia del tejido intersticial.

En este mismo año de 1907 fueron hechas investigaciones histológicas en ovarios femeninos humanos, primero por Vera-Rosen, el cual halló en un ovario irradiado por Rossier, sólo una disminución de folículos primarios, sin que fuesen demostrables alteraciones de estructura. Faber, en 1910, halló también en un ovario irradiado los folículos notablemente menos numerosos y la mayoría de éstos atacados de degeneración, pero al lado de esto halló todavía folículos completamente intactos; igualmente comprobó la existencia de numerosas hemorragias en la capa cortical.

Las investigaciones de Reifferscheidt, que comenzaron en 1911, tomaron origen en los resultados negativos de Roulier, el cual, si bien halló graves destrucciones en conejos, vió en las perras los ovarios completamente sanos, á pesar de haber suministrado grandes cantidades de rayos, algunos de los cuales hasta llegaron á matar á los animales por las lesiones cutáneas que provocaron, por lo cual dedujo que en grandes mamíferos los ovarios se hallan muy alejados para poder ser influídos por las irradiaciones Roentgen.

Reifferscheidt experimentó primero en el ratón blanco, que se muestra muy apto para ésto, y en el conejo, comprobando con las intensas dosis que dió, enormes destrucciones del tejido ovárico, caracterizadas por la desaparición de parte de los folículos y la degeneración de los que persistían, siendo especialmente interesante el hecho de que ya pocas horas (tres horas) después de las irradiaciones fueron demostrables microscópicamente evidentes manifestaciones de degeneración de los ovarios.

Sin embargo, recientemente Walther Müller, partiendo de las investigaciones que hizo sobre el curso de las alteraciones del núcleo, que aparecen en el tejido linfático después de irradiación Roentgen, dirigió su atención á las alteraciones precoces que aparecen en ovarios irradiados y sobre las que ha informado Reifferscheidt, irradiando á este fin conejos, conejos de Indias y ratones, con rayos del radio y rayos Roentgen, en parte directamente y en parte á través de las cubiertas del vientre, y ha comprobado estas alteraciones; pero al realizar análogas investigaciones en los ovarios no irradiados, halló completamente las mismas manifestaciones de degeneración en el epitelio folicular; degeneración nuclear, picnosis y aplanamiento del epitelio folicular, con tal regularidad que no pareció posible atribuir las alteraciones observadas, en los ovarios irradiados, á un proceso patológico, sino que más bien deben de interpretarse como un proceso completamente normal, el cual probablemente está en conexión con los fenómenos que ocurren en el ovario durante la maduración del folículo.

Cuanto á los fenómenos tardíos de degeneración, está el autor en un todo de acuerdo con la interpretación que les ha dado Reifferscheidt.

Este último autor halló iguales manifestaciones de

degeneración, no solamente en animales de gran talla (monos y perros), sino también en el hombre. En los primeros hasta no fueron necesarias grandes dosis para provocar los fenómenos de degeneración, siendo suficientes 6, 7, 8 y 16 x para hacerles aparecer.

Por último, en irradiaciones que hizo en mujeres cuya edad osciló entre treinta y cinco y cincuenta y dos años, y que recibieron dosis que variaron entre  $\frac{1}{3}$  y tres dosis de eritema, halló manifestaciones de degeneración en el folículo, epitelio folicular y óvulos, y además pequeñas hemorragias en los capilares, generalmente en la capa cortical, vertidas á menudo entre las células del estroma y á veces también tan abundantes que se halló un evidente destrozo del tejido en el sitio de la hemorragia; estas lesiones vasculares, que también Fränkel las ha hallado en los ovarios, las considera Reifferscheidt como una lesión Roentgen específica; las otras lesiones no vasculares de los ovarios humanos han sido confirmadas por Runge, Meyer y Eymer.

Detallando los resultados de las investigaciones histológicas de Reifferscheidt en los ovarios de mujeres irradiadas por él, refiere este autor que en los raros folículos que se encontraron, se halló todavía el epitelio folicular regularmente conservado, pero en lugar del óvulo se halló solamente un cilindro hialino ó el óvulo libre, nadando en el folículo, rodeado todavía de epitelios foliculares aislados; generalmente se hallaron también los óvulos en degeneración y sólo raramente con vesícula germinal todavía reconocible y mancha pigmentaria.

A resultados análogos le condujeron á Foveau de Courmelles los exámenes histológicos de los ovarios, sometidos á la acción de los rayos Roentgen, comprobando este autor la existencia de un gran número de vacuolas redondas, netamente delimitadas, que parecen desprovistas de revestimiento epitelial y que presentan en su centro una masa homogénea, que se colorea de una manera difusa por la eosina y donde se distingue á veces restos de núcleo. Estas vacuolas, que según Foveau de Courmelles puede ser que correspondan á folículos degenerados, se encuentran igualmente en los ovarios no rmales, pero solamente en pequeño número, mientras que bajo la influencia de la exposición á los rayos Roentgen se hacen muy abundantes.

Cuanto á los cuerpos amarillos, Reifferscheidt como Foveau de Courmelles, les han hallado extraordinariamente resistentes contra la acción de los rayos Roentgen, y sólo muy poco á poco caen también en degeneración, de lo cual se deduce, según Reifferscheidt, el importantísimo hecho de que con la irradiación Roentgen, aun con una completa destrucción del folículo y abolición total de la ovulación, quede conservada, sin embargo, la secreción interna largo tiempo, lo que es de gran interés para el empleo clínico de los rayos Roentgen.

Con motivo de estas investigaciones se tuvo ocasión de emplear los rayos Roentgen en afecciones del útero ú ovarios cuya curación se halla unida á la atrofia de éste, tales como las metrorragias de la edad crítica y los miomas, que son influídos favorablemente por la aparición de la menopausia.

Las primeras ó hemorragias climatéricas fueron designadas ya en 1910 por Albers-Schönberg (actas del Congreso Roentgen alemán, 1910, tomo VI), como del verdadero dominio de la radioterapia, necesitándose en estos casos sólo un impulso para concluir de llevar el ovario á la atrofia senil.

En 1910, igualmente, demostró Fränkel una acción sobre el útero, considerada como probable para el útero miomatoso por Albers-Schönberg y confirmada más tarde por Graefenberg y R. Meyer, en 1912.

Respecto de la prioridad de la nueva terapia y según los datos expuestos por Eymer en su extensa monografía, la primera irradiación de un mioma fué hecha por Deutsch, en Abril de 1902, publicando este autor sus investigaciones el 17 de Septiembre de 1904. La primera publicación sobre miomoterapia procede de William James Marton y apareció en 25 de Julio de 1903 en el *New York med. Record*, habiendo realizado la irradiación por primera vez el 4 de Agosto de 1902. La primera comunicación de Foveau de Courmelles apareció el 11 de Enero de 1904, en las comunicaciones del Instituto de Francia. Siguen después diferentes autores, cuyos trabajos se glosarán brevemente en esta comunicación, tales como Laquerrière y Delherm, Manfredo Fränkel, Schmidt, Gauss, Schultz, Haenisch, Bergonié y Speder, Alban Köhler, hasta que ya en 1909 aparecieron las numerosas comunicaciones de Gauss, de la Universidad de Freiburg, comenzando por esta época á participar los ginecólogos especialistas de estos trabajos, apareciendo entre otros, diferentes trabajos de Döderlein y como autor de la monografía antes mencionada, Eymer, confirmando todos ellos de un modo casi unánime los resultados obtenidos por los roentgenólogos.

También en España se han hecho trabajos en este sentido, mereciendo citarse entre los roentgenólogos que en primer lugar se han ocupado de esta interesante cuestión, los doctores C. Calatayud y J. y S. Ratera, cuyos trabajos han aparecido en 1913 y 1915, los del primero, y en 1914 y 1915 los de los segundos, después de los cuales han sido escritos trabajos por diferentes ginecólogos.

Después de haber visto cuál es la acción de los rayos Roentgen sobre los ovarios, veamos ahora qué acción tienen sobre las células del fibroma, así como sobre sus elementos vasculares. Este estudio completa el conocimiento de la acción de los rayos Roentgen en la esfera genital de la mujer (ovarios y matriz), y permite obtener importantes deducciones para el establecimiento de las indicaciones y contraindicaciones.

Al principio de la roentgenterapia de los fibromas, se creyó casi exclusivamente en una acción ovárica y secundariamente en una reducción del fibroma, toda vez que el ovario es un verdadero centro de los reflejos hemorrágicos y tiene bajo su dependencia la circulación uterina, disminuyendo los tumores tan pronto como la actividad ovárica está disminuída también. Sin embargo, pronto se vió que independientemente

de esta acción, hay otra, indiscutible, sobre los elementos del fibroma, tumores esencialmente vasculares, y por lo tanto muy sensibles á los rayos Roentgen por la acción tan marcada que en general tienen estas radiaciones sobre el elemento vascular y en particular en estos casos, por tratarse de vasos que tienen un marcado carácter embrionario.

Por otra parte, también sobre las células del fibroma hay una acción incontestable, cosa puesta completamente fuera de duda por las observaciones y experiencias de varios autores, en las que por las particularísimas condiciones en que fueron hechas, quedó para ellos fuera de duda esta acción directa sobre las células del fibroma. Además, hay otro hecho, que todo roentgenólogo algo experimentado ha tenido ocasión de comprobar, y es el siguiente: todo fibroma de crecimiento rápido es más sensible frente á la acción de los rayos Roentgen que los de marcha lenta, en los cuales la acción ó el efecto Roentgen también es mucho más lento en producirse, y como en general, los fibromas que se desarrollan en enfermas muy jóvenes, debido á la mayor intensidad que en esta edad tienen todas las funciones celulares, tienen un crecimiento más rápido, de ahí el que sean más radiosensibles que los de otras enfermas que tengan edad más avanzada, pero en los cuales los fibromas crezcan más lentamente. Por la misma razón son muy difíciles de curar los fibromas que recaen en personas jóvenes y que tienen un crecimiento lento, pues siendo de poca radiosensibilidad y teniendo en esa edad el ovario mucha actividad, es difícil llevarles á la curación, siendo en estos casos necesario poner en práctica todos los recursos que posea un buen radiólogo para conseguirla.

Además de todas estas consideraciones, la edad juvenil en que hay que tratar á algunas enfermas proporciona una demostración muy convincente de que si bien se ejerce una acción más ó menos intensa sobre el ovario, no es menor la ejercida sobre el fibroma, pues por la primera se produce una oligomenorrea, siendo muy difícil y no de aconsejar el intentar establecer la amenorrea, además de que aun cuando se presente ésta lo probable es que no sea duradera, sino transitoria. Pues bien, si, como se tiene como dogma, la curación en los casos de mioma implica el establecimiento de la amenorrea y en edades muy jóvenes sólo puede conseguirse la oligomenorrea, entonces, al ser imposible hacer desaparecer en absoluto la función ovárica y estando por lo tanto influido el fibroma por la actividad de los ovarios, esta actividad impediría su regresión y vemos que, generalmente, en los individuos jóvenes, al lado de la oligomenorrea se obtiene la reducción de los mismos tanto ó más rápidamente que en las personas de más edad, especialmente si en aquellas los fibromas son de crecimiento rápido.

En apoyo de esto citaré el caso de una señorita (miomas, caso núm. 77) que tenía *veintiún años de edad* y presentaba un fibromioma que ocupaba todo el vientre y sobrepasaba dos traveses de dedo por encima del ombligo, cuya existencia había sido apreciada dos años antes y que provocaba de vez en cuando ataques doloro-

sos intensísimos, pero sin tener metrorragias. Pues bien, en esta señorita el tratamiento comenzó el 3 de Octubre de 1916 y la oligomenorrea se alcanzó en Enero de 1918. Después y debido á una desgracia de familia, tuvo que suspender las sesiones durante dos meses, dándosele en Mayo y en Abril las sesiones complementarias que aconsejamos en todos los casos una vez obtenido el resultado deseado, después de lo cual se le dió de alta el 2 de Abril de 1918, perfectamente curada y con el fibroma sumamente reducido. La enferma quedó solo oligomenorreica.

(Se continuará.)

## Bibliografía.

MONOGRAFÍAS SOBRE LA GENERACIÓN EN EL HOMBRE (Monographien über die Zeugung beim Menschen), por el Dr. Hermann Rohleder, especialista en enfermedades sexuales, en Leipzig.

Las monografías del Dr. Rohleder constituyen siete fascículos cuyo contenido es el siguiente: I. La generación (normal, patológica, artificial) en el hombre; II. La generación entre consanguíneos; III. Trastornos funcionales de la generación por parte del varón; IV. Trastornos funcionales (libidinosos) de la generación por parte de la hembra; V. La cuestión de la generación en los hermafroditas, criptorquídeos, microrquídeos y castrados; VI. La generación artificial y la antropología (bastardamiento artificial del mono y del hombre); VII (Fascículo complementario). La generación artificial en el reino animal.

Los trabajos de gran número de psicópatas modernos y muy principalmente los de Freud han puesto de manifiesto la importancia tan considerable que tienen las funciones sexuales sobre el psiquismo del hombre y por medio de éste sobre todas las funciones y toda la actividad humana. De aquí que el estudio que el Dr. Rohleder hace en estas monografías despierte forzosamente un gran interés.

El primer fascículo contiene un estudio biológico de la generación en general, detallando las condiciones que requiere por parte de uno y otro sexo para llevarse á cabo la fecundación, el desarrollo del nuevo ser y, en resumen, la procreación. Constituye una introducción conveniente para la comprensión de la Patología, pues en los estudios médicos actuales, en todos los países no se estudian detenidamente estas cuestiones. Al mismo tiempo que se señalan las condiciones de los dos sexos para poder llevar á cabo la generación, se indican los efectos que dichas funciones de generación ejercen sobre los que están llamados á verificarlas. Termina indicando los fundamentos de la generación artificial. Basta decir de este fascículo que ya se ha publicado la segunda edición.

El segundo fascículo contiene un estudio científico y concienzudo acerca de la generación entre consanguíneos, asunto que seguramente se ha planteado alguna ó varias veces á todo médico práctico y al que éste debe poder dar una respuesta categórica y razonada. Los fascículos tercero y cuarto explican la causa y mecanismo de los trastornos de las funciones de la generación, deducidos del estudio que en el primer fascículo se hace.

Viene luego el fascículo quinto que es interesante tanto para el frenópata que muchas veces tiene que tratar trastornos psíquicos dependientes de alteraciones en la generación, como para el médico general que es el primero que asiste á estos enfermos. Son en efecto los hermafroditas, criptorquídeos y castrados individuos que ofrecen grados mayores

ó menores de impotencia. El fascículo aludido estudia principalmente los trastornos psíquicos que se producen en cada uno de estos casos y enseña al médico el grado de alivio ó de curación que puede proporcionar á los enfermos de los grupos tratados. Al ocuparse del hermafroditismo explica Rohleder las diferentes clases que se conocen y los fundamentos embriológicos de las mismas en tanto son conocidos.

Resulta también interesante para la resolución de cuestiones médico-legales.

Por fin, los dos fascículos últimos son curiosos desde el punto de vista de la conservación de la especie. Contienen un estudio antropológico y zoológico respectivamente acerca de la cuestión de la generación artificial. Por lo que se refiere á la especie humana, esta cuestión es aún rudimentaria; en cuanto á los animales, hay algunos como los peces en los que ya se ha sacado partido de ella y otros en los que da pie para buenas esperanzas.

Los fascículos están editados por Georg Thieme, Leipzig, Antonstrasse, 15, y la colección se expende para España y América latina al precio de 42 marcos en rústica y 55 encuadernado.

## Periódicos médicos.

### MEDICINA INTERNA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tres casos de espiroquetosis ictero-hemorrágica, por Oerringer y Deguignond.**—Dos de los casos evolucionaron con la forma típica de ictericias con recrudescencias febriles y el otro como ictericia infecciosa benigna. En los tres, el conjunto clínico fué suficientemente claro para hacer pensar en la espiroquetosis antes de que lo comprobara el laboratorio: trastornos nerviosos iniciales, ictericia febril de muy particular coloración, como de naranja, azafrán ó hasta de granada; hemorragias nasales y en la piel; hígado y bazo aumentados de volumen, y albuminuria y azoemia; tales fueron los síntomas. La evolución de la enfermedad fué sobre todo caracterizada por la falta frecuente de concordancia entre la coloración de la piel, de las heces fecales y de la orina; por la ausencia de modificaciones del estado general durante las recaídas; por la rápida mejoría del síndrome renal en oposición con la persistencia de la alteración hepática, y por la convalecencia, acompañada de astenia, demacración y subictericia. Las pruebas aportadas por el laboratorio fueron en los tres casos concluyentes: serodiagnóstico positivo desde los primeros días, mucho antes de la aparición de la espiroqueturia, que fué de duración muy variable (desde cuarenta y ocho horas á veintiséis días); inoculación al cobayo, positiva. La seroterapia intramuscular á altas dosis, hecha demasiado tarde y solamente en el momento de las recaídas, no pareció modificar el curso de la enfermedad. (*Le Bulletin Medical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

2. **Leucocitosis digestiva en el niño.**—Lesné y Langle han estudiado la leucocitosis consecutiva á la ingestión de leche en los niños de pecho y en los de dos á diez y seis años, normales ó enfermos, por el procedimiento preconizado para la investigación de la hemoclasia digestiva por Widal, Abrami y Jancovesco. Han sido practicados 95 análisis. Estos han demostrado que la curva de la leucocitosis, en la primera hora que sigue á la ingestión, varía según la edad y, sobre todo, según la cantidad de leche ingerida. En los niños criados con biberón, es frecuente observar una fase de leucopenia inicial con dosis que lleguen á 100 gramos ó pasen de ellos. En el niño criado al pecho la dosis límite es

más elevada; con dosis de 100 á 150 gramos se produce por lo general hiperleucocitosis inmediata. Parece que estos niños soportan mejor la leche materna que la albúmina heterogénea de la leche de vaca. En los casos patológicos, se produce leucopenia por dosis débiles (15 gramos), en particular en los atrépsicos é hipotróficos.

La crisis de hemoclasia se impide, sea por 0,10 centigramos de peptona, administrados al mismo tiempo que la leche, sea por una dosis de 20 gramos de sacarosa, dada en el biberón. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

3. **La azoemia, el coeficiente ó constante de Ambard y la tuberculosis pulmonar.**—Weil manifiesta que en el estudio de la azoemia y de la constante de Ambard en los tuberculosos pulmonares, hay que distinguir las formas fibrosas de las caseosas. En la tuberculosis fibrosa, la azoemia y el coeficiente de Ambard están frecuentemente exagerados por la coexistencia de cierto grado de esclerosis renal. En las formas caseosas, la azoemia y la constante de Ambard pueden estar normales, disminuidas ó exageradas, siendo esto último lo más frecuente. Su normalidad puede observarse también en tuberculosos avanzados. Su rebajamiento se encuentra en todos los grados de la enfermedad, pero principalmente en las formas avanzadas. Su exageración se presenta, sobre todo, en las formas evolutivas: durante los brotes la azoemia y la constante evolucionan de modo cíclico, como en el curso de las enfermedades infecciosas agudas. La elevación de la azoemia y de la constante pueden depender de una lesión renal; pero por lo general parecen de orden funcional: su descenso es debido á un proceso igualmente funcional de hipersecreción renal. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

4. **La obesidad infantil, por Mouriquand.**—Puede ser precoz (á veces se presenta ya en el feto, en especial cuando los progenitores, sobre todo la madre, son diabéticos) ó tardía. Mientras que la obesidad prepubertaria es casi fisiológica, la obesidad pubertaria está ligada á trastornos del aparato genital (una de sus variedades, el síndrome adiposo genital, revela trastornos endocrinianos poliglandulares).

Entre la obesidad infantil y la del adulto, existen positivas diferencias: en la primera, aunque dificultados también los movimientos, la inteligencia ordinariamente sigue intacta; los trastornos cardíacos son raros; hay rebajamiento de la proporción de urea urinaria, disminución de la cantidad del agua del organismo y eliminación imperfecta de los detritus.

El período peligroso de la obesidad infantil, es la pubertad; si en esta época se gana la partida, puede volver á presentarse entre los treinta y cinco y cuarenta años.

El tratamiento será ante todo profiláctico; la madre podrá amamantar al niño, pero evitando la superalimentación; se la tasarán las grasas y los hidratos de carbono. Al destete se restringirán éstos y el azúcar.

Durante la segunda infancia, se someterá al niño á un régimen severo, se le cambiará de medio (á orillas del mar, si no hay tuberculosis) y se le hará ejecutar ejercicios físicos, juiciosamente dosificados.

Si el origen endocriniano de la obesidad es manifiesto, se prescribirá la opoterapia tiroidiana ya sola, ya asociada (en las niñas) á la opoterapia hipofisaria y ovarina, según la fórmula siguiente:

Extracto tiroidiano.....	5 á 25 miligramos.
— hipofisario.....	0,10 centigramos.
— ovárico.....	0,15 —

Para un sello. Uno diario, durante quince días, suspendiendo su uso durante otros quince ó treinta días.

Se puede prescribir ioduro potásico (de 0,10 á 0,20), á períodos de diez días, separados por veinte de reposo.

En fin, si la causa es la hipofisis, se podrá recurrir á la descompresión, á la ablación quirúrgica ó á la radioterapia. (*Le Courrier Médical*, 17 de Abril de 1921).—L. P.

## DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Delirio de negación en un sifilítico considerado largo tiempo como paralítico general.**—Vallón y Parant refieren la observación de un sifilítico, que durante doce años fué considerado como paralítico general. Al principio, hiperlinfocitosis del líquido cefalorraquídeo, signo de Argilludoso, no había disartria. Después, alternativas de depresión con ideas hipocondríacas, caquexia, excitación con alucinaciones é ideas de grandeza y persecutorias. Más tarde, largo período de estabilización, atenuación de todos los síntomas y conservación de la inteligencia. En la actualidad el cuadro clínico es el de depresión melancólica con síndrome de Cotard. El líquido cefalorraquídeo es normal. (*La Presse Médicale*, 27 de Mayo de 1921).—L. P.

2. **Hepatismo oculto y sífilis.**—Galliot y Cerbay han investigado, por la prueba de la hemoclasia digestiva, si la insuficiencia hepática podía ser descubierta al comienzo de la infección sifilítica, y han establecido las siguientes conclusiones: la medicación arsenical parece ser la causa más frecuente de la insuficiencia hepática; en los sifilíticos de hígado afectado desde hace poco tiempo, la prueba de la hemoclasia es generalmente positiva; la infección sifilítica puede provocar desde el comienzo del período secundario, trastornos hepáticos, sobre los cuales puede influir favorablemente el tratamiento específico. (*Gazette des Hôpitaux*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

3. **Sifiloterapia novarsenical por pequeñas dosis repetidas y prolongadas.**—Sicard estudia las ventajas y los inconvenientes de los diversos tratamientos novarsenicales. Por pequeñas dosis repetidas y prolongadas, afirma que es posible instituir una medicación intensiva, reduciendo al minimum los peligros del neurotropismo y del shock. Insiste en la utilidad de las inyecciones premonitoras intravenosas de carbonato sódico para neutralizar la hemoclasia novarsenical. (*Le Bulletin Médical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

## NEUROLOGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Síndrome estriocerebelopiramidal.**—Sicard y Paraf dan cuenta de un enfermo que, tras una ictericia padecida tres meses antes, presenta los tres órdenes de síntomas siguientes: Síntomas de la serie estriada: voz gangosa, monótona, y á veces llanto espasmódico. Síntomas de la serie cerebelosa: agitación muscular con hipermetría, adiadococinesia y nistagmus. Síntomas de la serie piramidal: signo de Babinski á la derecha y transitoriamente clonus del pie.

Ningún signo evolutivo hace pensar en la encefalitis letárgica; ningún indicio de especificidad. Es de presumir que se trate de una lesión de origen vascular, de localización estriocerebelopiramidal, predominante á la izquierda. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

2. **Hemiplejía cerebral infantil con asociación de catarata congénita doble.**—Baboneix presenta un niño de nueve años, afecto de hemiplejía orgánica derecha de origen cerebral, con fenómenos de espasmodicidad, crisis convulsivas y retraso mental. A esta afección, advertida casi en seguida del nacimiento, se asocia una catarata congénita doble de tipo zonular. De las causas que hayan producido este

estado pueden ser invocadas: el embarazo penoso, el parto prolongado sin fórceps, y la sífilis (á pesar de la falta de antecedentes avariósicos y de que la reacción de B.-W. es negativa).

La asociación de la catarata á la diplegia ha sido señalada por Vogt; pero el autor no ha visto publicado ningún caso parecido al presente. (*Le Bulletin Medical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

**3. Hipoestesia de origen cortical localizada en la extremidad inferior y tics del pie consecutivos, por F. Rose.**—En la Academia de Neurología, de París, presenta el autor un hombre que, á consecuencia de una herida de la región retrorrolándica derecha que requirió la trepanación, padeció hemiplejia izquierda completa, de la cual subsisten aún reliquias en la extremidad inferior, habiendo síntomas piramidales y trastornos sensitivos: van en aumento éstos desde la raíz del miembro hasta el pie é interesan la sensibilidad superficial, pero más aún la sensibilidad profunda.

Durante la marcha, que no es espasmódica, ni parética, ni atáxica, el paciente comunica al pie numerosos movimientos como de esgrimidor. También durante la marcha, pero especialmente cuando el paciente está sentado ó echado, se observa que los movimientos de los dedos del pie son muy frecuentes.

Estos movimientos, empezados á ejecutar por el paciente con intención de observar la sensibilidad del pie, han venido poco á poco á hacerse automáticos, pero pueden ser suspendidos voluntariamente durante algunos minutos; actualmente tienen el carácter de tics, con el sentimiento de necesidad precedente y la satisfacción consecutiva habituales. (*Le Bulletin Medical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

**4. Hiperreflectividad cutánea hiperalgésica.**—Babinski y Jarkowski presentan un enfermo con síndrome de Brown-Séguar, en el que se aprecia el siguiente fenómeno el pellizcamiento de la piel del dorso del pie del lado de la lesión medular (lado que no está anestesiado, sino que presenta cierto grado de hiperalgesia) provoca una reacción del pie del otro lado; pero los movimientos así producidos difieren por su aspecto y por su rapidez de los reflejos de defensa ó automatismo medular.

Este fenómeno reflejo es debido á una reacción dolorosa (excitación de la zona hiperalgésica ó excitación más fuerte y penosa fuera de esta zona); su centro está situado más alto que el de los reflejos de defensa puramente medulares. La excitación refleja se hace eficaz precisamente en el lado donde la vía piramidal está libre.

Esta hiperreflectividad cutánea hiperalgésica debe ser tenida en cuenta como causa de error, por ejemplo, en casos de compresión de la medula, en los que se presentarían reacciones reflejas por encima de la lesión. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

**5. Diagnóstico del asiento y naturaleza de una variedad de tumores cerebrales (sammonas ó sarcomas angliolíticos) por la radiografía, por Souques.**—En un enfermo que presentaba síntomas de tumor cerebral, la radiografía reveló con claridad y precisión absolutas, no sólo el asiento, sino también la forma, el volumen y las relaciones del tumor. En las imágenes radiográficas la sombra proyectada era tan negra como la de la porción petrosa ó como la que daría un proyectil alojado en el cerebro. Se extirpó el tumor y el enfermo curó. El examen histológico demostró que se trataba de un sarcoma angliolítico. Los corpúsculos calcáreos del tumor, deteniendo las irradiaciones lumínicas, aparecen proyectados en la placa, dando imágenes sorprendentes.

Estos tumores son benignos, extirpables, y su ablación

produce la curación radical: la radiografía, evidenciando la configuración del tumor y sus relaciones, guía al cirujano, sirviendo también para reconocer la naturaleza sammomatosa del tumor; siempre que se sospeche la no existencia de tumor cerebral hay, pues, que radiografiar el cráneo. (*Gazette des Hôpitaux*, 23 de Abril de 1921.)—L. P.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**6. Un caso de corea curado con tratamiento mercurial.**—El Dr. Mauricio Helmann refiere la siguiente nota clínica:

Otilia G., argentina, once años de edad, domiciliada con sus padres en Piñeyro (Avellaneda).

*Antecedentes personales.*—Sin importancia.

*Antecedentes hereditarios.*—El padre falleció del corazón á los cincuenta años: ignoran si tuvo venéreas; no fué alcohólico.

La madre tuvo un aborto espontáneo; un hijo falleció del «mal de los siete días de edad»: otro murió de tres años, ignorando la causa; otro, de un año y medio, también desconoce la causa; tres fallecieron de meningitis aguda según diagnóstico de los distintos médicos que los atendieron. Dos hijos viven, además de la enferma que tratamos, y que tampoco son sanos. La madre fué reumática.

Tres hijos muertos de meningitis, otros tres en la primera infancia, un aborto espontáneo, madre reumática y los claros síntomas de heredolúes de la niña, ¿es preciso más para darle patente de luética?

*Enfermedad actual.*—En el mes de Febrero del año pasado, dice la madre; notó que el carácter de su hija sufrió una transformación alarmadora; se irritaba por la causa más fútil, lloraba y reía muchas veces sin causa justificada; cuando se le tomaba de los brazos, daba gritos por el dolor que decía sentir al tocársele, aun levemente; de noche, al acostarse, siempre estaba nerviosa, intranquila; dormíase para despertar á los pocos minutos, también con gritos y movimientos anormales de cabeza, pies y manos, asemejándose á una «loca».

A todas las preguntas que en esos momentos se le dirigían, contestaba con monosílabos.

Fué entonces que comenzó su vía-crucis, á recorrer consultorios y tomar múltiples medicamentos, «hasta las aguas servidas del Radiosol Vegetal ha tomado», añade, durante lo cual el mal de su hija aumentaba considerablemente.

Durante el día presentaba movimientos fugaces de los labios, de los párpados, manos, etc., y llegada la noche, hacía insoportable para la familia, pues no conciliaba más el sueño durante toda la noche, en que la dominaban los desordenados movimientos del cuerpo y gritos que impedían el reposo de todos los suyos.

Solamente cuando amanecía dormíase dos ó tres horas, tranquilamente, sin movimientos anormales y despertaba sosegada.

La niña movía bien diariamente su vientre, alimentábase dentro del régimen que los médicos le impusieron.

*Estado actual.*—Me limitaré a mencionar los síntomas patológicos que he podido observar.

*Facies.*—Demacrada, ojerosa, pálida.

*Piel.*—Pálida, con cicatrices acrómica anectordémicas, de forma y tamaño de una lenteja, diseminadas por el cuerpo.

*Sistema ganglionar.*—Micropoliadenopatía generalizada.

*Dientes.*—Mal implantados, varios de tipo hutchinsoniano.

*Paladar.*—Muy ojival.

Ligera asimetría craneofacial.

*Pupilas.*—Groseramente anisocórica y discoria.

*Sistema nervioso.*—Reflejos tendinosos muy exagerados.

*Sistema endocrino.*—Línea de Sergent positiva.

*Sensibilidad.*—Dolores á la palpación en distintos puntos del cuerpo.

Fuerza muscular muy disminuída.

En este caso encontramos una forma de corea con manifestaciones á predominio nocturno, fenómeno tampoco citado en las clásicas obras de neurología.

*Tratamiento.*—Lo inicié con fricciones mercuriales en forma intensiva.

Quince días fueron suficientes para estimularme en la prosecución de esta medicación, y para la madre una gran sorpresa, pues su hija, que en nueve meses *jamás* había podido dormirse de noche, ahora comienza á dormir cada vez más, y presentar una manifiesta disminución de sus movimientos anormales y de sus gritos, merced á ese misterioso y prodigioso hidrargirio.

Así seguí el tratamiento desde el mes de Octubre hasta la fecha, variando entre fricciones mercuriales, jarabe Gilbert y yoduros, teniendo hoy un éxito el modesto médico que subscribe, y que sonrío al ver obscurecido ante los ojos del enfermo, á neurólogos considerados lumbreras de la ciencia.

El éxito no me pertenece enteramente, es del gran maestro que ha sabido orientarnos por la buena senda, y á quien muchos médicos adeudamos el renombre adquirido en nuestro radio de acción. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 14 de Abril de 1921.)

## PEDIATRIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Sobre un caso de tuberculosis miliar aguda en la infancia.**—El Dr. Leopoldo K. Wimmer publica el siguiente interesante caso clínico:

Raúl H., once años, argentino. Criado á pecho sin trastornos de lactante y sin afecciones digestivas en su primera infancia, ni graves hasta la actualidad, á pesar de encontrarse predispuesto desde hace dos años á embarazos gástricos frecuentes pero pasajeros. Sarampión y coqueluche en los primeros años y ningún otro antecedente.

Padres sanos; no hay antecedentes de bebedor ni venéreas en el padre; no se registran abortos. Tiene el niño seis hermanos más, sanos; el menor de todos, presenta microdentismo, y un desarrollo físico más precario que el correspondiente á su edad. Hace nueve años que prestamos nuestros servicios profesionales á la familia, no habiendo tenido ocasión de intervenir en nada de importancia.

*Estado actual.*—Niño de talla normal; escaso pánsculo adiposo; dientes bien implantados; no hay estigmas. Temperamento inquieto y alegre; inteligencia y vivacidad superior al término medio normal. Es el penúltimo de los hermanos. Audición y visión normal; cuello, abdomen y extremidades normales; tórax poco desarrollado aunque no raquíptico, pero de forma infundibular, con huecos supra é infraclaviculares muy pronunciados. Habitualmente constipado; orina normal.

*Antecedentes de la afección actual.*—Desde hace ocho días nota la madre síntomas premonitores. Le llama la atención su desmedida inquietud y verborrea, caracterizándose ésta por hechos inusitados dentro de su carácter bondadoso y afable; habla con insistencia de acometer con cuchillo á alguna persona para luego él suicidarse con la misma arma usada; delirio de palabra en él sueño dentro de un terreno á tendencia criminal y que se acompaña de enuresis—otro síntoma nuevo.—Algunas tardes el ha notado fiebre, que no

ha sido medida; desarreglos digestivos caracterizados por estallidos bruscos y fugaces de diarrea y vómitos alimenticios. Enflaquecimiento notable á diario y desde hace cuatro ó cinco días le nota la madre que se fatiga aun con su misma desusual conversación. Este cortejo de síntomas decidieron por fin requerir nuestra presencia el día martes y constatamos el siguiente cuadro: Temperatura, 38; pulso, 140; disnea de 30 respiraciones; estado de inquietud y deseo continuo de hablar de su enfermedad y de hacer pedidos de alimentos ó agua—pues tenía bastante sed—que se trocaban en amenazas de palabra cuando no eran rápidamente satisfechos; lengua saburral y seca; vómitos á la menor ingestión; enflaquecimiento muy notable, dando una sensación de facies peritoneal; extremidades frías; orina color ámbar, con espuma persistente; red de ganglios esternomastoideos ó inguinales; vientre normal indoloro; hígado de borde inferior palpable, no duro; tonos cardíacos débiles y alejados; ningún ruido de apreciación importante en sus pulmones; murmullo vesicular, suave; respiración superficial en inspiraciones profundas, se oyen algunos rales de burbuja fina.

La lucidez exaltada; la taquicardia; *la gran disnea*; sus alucinaciones; su inquietud; su enfriamiento de extremidades acompañadas de ligera cianosis, indicaba un cuadro indudable de una toxemia muy grave.

Miércoles: apirético; disnea de 45; lengua seca y saburral; cianosis no muy intensa de labios y mayor en las extremidades; plastrón rojo violáceo en ambos pómulos; inquietud mayor, con estado angustioso; facies hundidas; no vomita; constipado.

No tose; pulso á 160 muy pequeño; respiración artificial; escasos rales finos.

Jueves: Temperatura, 36; pulso incontable; *disnea mayor* (70); inquietud y angustia; escasa lucidez; incontinencia de orina. Durante las horas del día el cuadro empeora progresivamente; cae en coma; la disnea aumenta con sensación de angustia; á ello se unen bostezos ruidosos y frecuentes; y presa de una disnea incontable, fallece.

Tuve ocasión de verle en consulta con el Dr. Foley, estudioso médico del hospital de niños, coincidiendo en la apreciación del caso que se nos presentaba, que no podía encuadrar sino en la tuberculosis miliar aguda.

Sinonimias: Granulía sofocante; forma asfíxica de Andral; asfíxia tuberculosa aguda de Graves.

Afección de rara frecuencia y de una evolución muy breve (entre cinco días y tres semanas—raramente tan prolongada—) y siempre fatal en esta modalidad.

Los casos descritos en la literatura médica argentina y en los tratados clásicos de Pediatría; la falta absoluta de todo otro antecedente y de todo otro dato clínico que nos explicara el estado de franca toxemia; la brusquedad de aparición; la ausencia de todo factor intestinal; la gran disnea progresiva, esa disnea sin causa aparente auscultatoria, que se intensifica hasta la muerte como describe Hutinel; la micropoliadenopatía; el cambio de carácter; el enflaquecimiento rápido; la corta evolución; y repito, sobre todo la gran disnea; desde que es síntoma capital de la afección que nos ocupa, creemos no deja dudas respecto al diagnóstico.

Presentaba nuestro enfermito una diferencia clínica: la ausencia de temperatura constante y la forma insidiosa y francamente tóxica con que se iniciara la enfermedad. Porque generalmente, estos enfermos son vistos desde el principio, por sus altas temperaturas que hacen creer en tifus ó neumonías; más adelante, en vista del cuadro normal, se piensa en las tuberculosis neumónicas de Grancher ó masivas de Hannot, ó infecciosas de Grancher y Hutinel, y recién, cuando la gran disnea y la falta de signos auscultatorios

desconciertan, se piensa en la granulía y forma broncopulmonar (sea catarral cuando hay signos de catarro bronquial concomitantes) ó si no en la forma sofocante de nuestro caso. (*Semana Médica* de Buenos Aires, 9 de Abril de 1921.)

#### EN LENGUA EXTRANJERA

2. **La estenosis del píloro por hipertrofia muscular en los niños de pecho.**—Fredet ha operado 11 niños que padecían esta afección: dos veces practicó la pilorotomía longitudinal extramucosa, seguida de sutura transversal (operación de Freder), y en nueve casos recurrió á la gastroenterostomía. Murieron dos de los enfermos en que se hizo ésta, y fué seguida de éxito en un niño de trece días; Fredet la juzga preferible á la pilorotomía.

Los síntomas de estas estenosis consisten en vómitos, que no cortienen bilis, y en deposiciones escasas de carácter meconial.

Se trata de un tumor congénito, caracterizado por un espesamiento considerable de la capa muscular circular; ataca especialmente á los varones (10 de estos por una niña, en los casos de Fredet). (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

3. **Urobilina y estercobilina en el recién nacido y en el niño de pecho débil, por Brulé y Garban.**—Se admite que en el recién nacido existe estrecho paralelismo entre la aparición de la estercobilina en el intestino y de la urobilina en la orina

Empleando procedimientos de investigación muy delicados, han podido comprobar los autores que esta opinión es errónea.

En el recién nacido normal, las orinas emitidas antes de haber mamado son oscuras y densas; en ellas se reconoce fácilmente la presencia de la urobilina. Cuando el niño ha mamado ya, las orinas se hacen abundantes y su densidad disminuye: la urobilina, diluída en mayor cantidad de líquido, es más difícil de encontrar, pero manifestamente existe. Sigue descubriéndose urobilina en la orina en todo el período durante el cual las heces fecales contienen bilirubina, pero todavía no estercobilina.

Este período puede prolongarse durante varios meses en los niños débiles; la urobilina existe en pequeña cantidad en la orina de estos sujetos

No se trata de una urobilinuria ligada á fenómenos de hiperhemolisis, sino de una urobilinuria normal, que persiste cuando el niño tiene más edad: representa la denominada urobilinuria normal, que el mismo procedimiento de investigación permite descubrir así en los niños como en los adultos.

La presencia de la urobilina en la orina cuando todavía falta la estercobilina en el intestino es un nuevo hecho que se opone á la teoría entero-hepática de la urobilinuria. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921).—L. P.

#### TERAPEUTICA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Del empleo terapéutico del aluminato de cal.**—Arthaud señala la utilidad práctica del aluminato de cal. Es un absorbente y un astringente enérgico, por lo cual está indicado en las dishidrosis y diarreas. Su poder coagulante es grande, lo que le hace muy útil, administrando *intus et extra*, en todas las hemorragias, particularmente en las denominadas *en sabana*.

No es antiséptico en el sentido de ser microbicida; pero, juntamente con el tanino, merece figurar al lado de los cuerpos «aseptizantes».

Arthaud ha obtenido con este medicamento resultados

excelentes en las curas de las quemaduras (emulsión en el agua, dilución al 1 ó 2 por 100); en estos casos el aluminato, á juicio del autor, constituye el medicamento de elección. (*La Presse Médicale*, 27 de Abril de 1921).—L. P.

2. **De las inyecciones de leche en terapéutica ocular, por Jocqs.**—En Oftalmología, las inyecciones subcutáneas y subconjuntivales de leche esterilizada, están indicadas en todas las enfermedades inflamatorias é infecciosas. Producen una reacción con fiebre y agitación, que pueden ser peligrosas en ciertos casos, en los que el reposo del ojo es necesario. Se esterilizará la leche á 115°; las dosis inyectadas variarán, según la edad, de 1 á 5 c. c. La inyección se hará bastante separada de la córnea. (*La Presse Médicale*, 27 de Abril de 1921).—L. P.

3. **Gangrena de las extremidades en el curso de un tratamiento arsenical intravenoso.**—Oddo y Giraud han observado un caso de gangrena de las extremidades en un hombre joven, sin ninguna tara arterial apreciable, que había sido sometido al tratamiento clásico novarsenical intravenoso, á dosis de 0,15 y 0,45, con dosis global de 1,70 gramos. Fué precisa la amputación. Los autores incriminan como causante á la trombosis por precipitación coloidal. (*Le Bulletin Médical*, 23 de Abril de 1921).—L. P.

#### ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Lesiones de la mucosa uterina producidas por el radio, por Letulle y Tuiffier.**—En una enferma, cuando todavía no padecía cáncer, se hizo una aplicación del radio en el útero. Más tarde, por la extracción quirúrgica de éste, hubo ocasión de practicar su examen histológico. Se habían hecho antes varias aplicaciones de radio. Una aplicación reciente había determinado la producción de una escara ne-gruzca, con fragmentos flotantes en la cavidad uterina; otra aplicación que databa de dos meses había originado una verdadera falsa membrana fibrinosa que se hundía en el tejido uterino.

Las aplicaciones de radio en un útero no canceroso son peligrosas por dos conceptos: 1.º, porque las escaras producidas lesionan los vasos abiertos; 2.º, porque las escaras putrilaginosas contienen gérmenes piógenos, que hallan en los vasos abiertos la puerta de entrada ampliamente abierta. (*La Presse Médicale*, 30 de Abril de 1921).—L. P.

#### BIOLOGIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La investigación científica de la paternidad y las reacciones electrónicas, por Regnault.**—Relacionándola con una comunicación que sobre este asunto ha presentado á la Sociedad de Academia de Patología Comparada, comenta el autor el descubrimiento de Abram, que ha demostrado que las vibraciones electrónicas de una gota de sangre del hijo y las de una gota de sangre del padre tienen la misma velocidad, siendo simultáneas, y ha inventado asimismo un «oscilóforo» que permite determinar también la edad, la raza, el sexo, etc. (*Journal des Praticiens*, 2 de Abril de 1921).—L. P.

#### OFTALMOLOGIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El uso de ojos artificiales, por Coulomb.**—De sus observaciones deduce el autor que el uso continuo de los ojos artificiales de doble capa no ofrecen en la mayoría de los casos ningún inconveniente. La tolerancia es perfecta, aunque se deje colocado durante la noche y aunque no se haga la *toilette* ocular por la mañana ni por la noche. (*La Presse Médicale*, 30 de Abril de 1921).—L. P.

# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN PROFESIONAL

### PROGRAMA PROFESIONAL:

*La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorros.*

### Boletín de la semana.

La razón, si no es siempre la fuerza, es la base de la fuerza.

Nos sugiere este epígrafe el rumor que producen á nuestro alrededor voces de protesta, así como la lectura de escritos, las más veces publicados en periódicos no profesionales y con color, por tanto, de tendencia política, rumores y escritos que si tienen un fundamento de razón, le oscurecen ó atenúan al menos por los términos en que la expresan.

No nos cansaremos de decir que nuestros enemigos sacan gran partido de las faltas ó las torpezas que cometen algunos escritores de improvisada vehemencia, al hablar de asuntos que no han procurado estudiar con detenimiento y servirse de expresiones que no son completamente exactas en el tecnicismo especial que cada asunto impone.

Vaya un ejemplo: somos los primeros en decir que el impuesto de utilidades aplicado á los médicos y en la forma que se anunciaba, es oneroso é injusto; hemos sido los primeros en ofrecernos á la gestión en la prensa, en el Parlamento y en los trabajos individuales, para que la aplicación de semejante impuesto sea equitativa y no onerosa; pero no por esto hemos de aplaudir, y aun nos permitimos censurar el que se diga que esta *contribución ha sido impuesta á los médicos por el señor ministro de Hacienda*. Ni la contribución es obra del Ministro, sino Ley de las Cortes, sancionada por el Rey, como lo son todos los impuestos, ni se ha creado para los médicos solamente, sino que pesa sobre todas las rentas é industrias nacionales y sobre todas las profesiones liberales; es decir, que afectará á los médicos, como á los abogados, á los notarios, á los arquitectos, á los literatos, etc., etc. Que el impuesto aparece amenazar como excesivo, estamos de acuerdo; que la forma de aplicación que se anuncia es ofensiva y onerosa, también estamos de acuerdo; que debe procurarse la modificación de lo que por ser reglamentario depende de las facultades *discrecionales y regladas* del Ministro y del Poder ejecutivo, también es exacto y desde hace tiempo se viene trabajando en tal sentido con actividad y con celo. Pero no confundamos la energía con la violencia, ni equivoquemos el origen de los daños para producir efectos políticos con frases huecas y sonoras.

Nos sobra con nuestra razón, y si á ella añadi-

mos la perseverancia y la energía en la demanda y si acertamos á unirnos en ella con otras clases profesionales é interesadas en el pleito como la nuestra y más influyentes y fuertes que nosotros, obtendremos lo que nos proponemos sin pasar por ignorantes y desconocedores del estado legal en que vivimos.

Conste, pues, para evitar equívocos, que creemos excesivo el impuesto de utilidades en lo que hace referencia á la clase médica; que estimamos desacertada la forma de aplicación que se anuncia, por referirse á los ingresos *y no á las utilidades*; por amenazar con publicidades dañosas al ejercicio profesional y por varias otras razones que no son hoy del caso; pero que esto no debe confundirse con una acusación á elementos gubernativos que reciben de las Cortes un mandato, ni con exageraciones encaminadas á producir efectos políticos, de los cuales debemos procurar no aparecer como cómplices, si queremos que se nos escuche y que se responda á nuestra razón.

En este sentido hemos pensado y obrado siempre, y en el caso actual, sin necesidad de publicidades ostentosas, hemos trabajado con perseverancia y con el desinterés que significa el procedimiento de los médicos que por no ejercer ya no han de ser comprendidos en el impuesto y que sin embargo quieren aminorarle y atenuarle respecto á sus compañeros los que por su numerosa clientela y sus grandes rendimientos son los que sin duda serán los más perjudicados, lo mismo que á los que por sus modestos ingresos merecen un respeto mayor, y quizás una excepción proporcional.

DECIO CARLAN.

*Proposición del Sr. Codina, Senador por la Real Academia de Medicina, sobre impuestos varios para la lucha antituberculosa, presentada al Senado.*

#### AL SENADO

El hecho demostrado por las estadísticas de que en España existe una población tuberculosa que no bajará de 350.000, y que mueren anualmente de 35 á 40.000 tuberculosos; la escasez indudable con que contribuye á sostener la lucha antituberculosa el presupuesto actual con 250.000 pesetas; la enorme cifra de 1.400 millones de pesetas que representa para nuestro país la pérdida anual que ocasiona á la economía de nuestra nación la tuberculosis; la falta de una vacuna que de un modo eficaz y comprobado por la experiencia pudiera evitar esta enfermedad, como las vacunas que se emplean con éxito contra la viruela, fiebre tifoidea,

etcétera; la escasez de recursos, á falta de dicha vacuna, con que se cuenta para luchar actualmente contra dicha enfermedad (Dispensarios, Sanatorios, etc.); la necesidad de vigorizar esta lucha, aumentando la capacidad y eficacia de esta clase de recursos y retribuyendo á todo el personal médico, que sostiene esta lucha con fe y abnegación en las mismas trincheras donde está arraigada la enfermedad; la conveniencia de que la vigorización de esta lucha y la retribución del personal facultativo no graven en demasía el presupuesto del Estado, ni dependan de los azares y veleidades de una recaudación exclusivamente debida á la caridad y, á su vez, de que cada provincia pueda contar con recursos propios para dicha lucha, y se puedan de esta forma defender con vigor todas las regiones españolas con objeto de que la resultante de eficacia social sea una realidad para la patria común, el Senador que suscribe tiene el honor de someter á la aprobación de la Cámara la siguiente

## PROPOSICIÓN DE LEY

Artículo 1.º Se autoriza á las Juntas de Patronato de las instituciones antituberculosas de cada capital de provincia para la creación de un sello que se llamará «Para la lucha antituberculosa», y cuyo importe será de cinco pesetas.

Art. 2.º Cada fracción de mil pesetas que se venda en las joyerías, cada tonelada de bebidas alcohólicas que entre en la población, cada fracción de diez cubiertos de todo banquete y cada fracción de mil pesetas de toda cantidad que motive documento notarial en que medie entrega en metálico ó dé lugar al pago del impuesto de derechos reales, excepto los préstamos, contribuirá á sostener la lucha antituberculosa abonando el importe de uno de dichos sellos.

Art. 3.º Por los Ministerios respectivos se dictarán las órdenes oportunas para que en todas las capitales de provincia se aplique en la forma indicada dicho sello en las joyerías, estaciones de ferrocarril y fieltos, hoteles y notarías.

Palacio del Senado, 17 de Mayo de 1921.—José Codina Castellví.

## APUNTES HISTÓRICOS

D. JUAN PALAREA, «EL MÉDICO»

Pocas satisfacciones tendré en la vida, mayores que la que llevé al ver en un pueblo dedicada una de sus mejores plazas á un médico ilustre, aunque no por el ejercicio de su

profesión, sino por los éxitos alcanzados en los derroteros que, impuestos por las circunstancias y su ardiente amor á la patria, hubo de tomar en momentos en que todo español temblaba de ira ante el despojo que pretendían hacer las huestes napoleónicas de nuestra amada España.

Uno de los corazones que con más fuerza palpitaron ante los atropellos sin cuento que se estaban practicando, fué el de un médico titular de una villa que por su situación próxima á Madrid y en las inmediaciones de una carretera frecuentadísima por las tropas invasoras, cual es la de la corte á la imperial Toledo, se dió pronto cuenta del espíritu general de rebeldía que el 2 de Mayo significaba y de las grandes ansias de libertad que palpitaban por doquier, y sobre todo, en la masa general del pueblo, que odió tanto á los invasores como á los afrancesados que los amparaban.

Y como popular fué la protesta que se levantó, en el pueblo fué donde nacieron sus nombres más insignes, y entre los pocos que sin pertenecer á él descollaron, se encuentra nuestro compañero en profesión, que asustado ante los atropellos y desmanes que cometían sin razón las tropas aquellas, que tomaban el país como producto de una conquista, reunió á un puñado de valientes, y sirviéndole en un principio de base de operaciones la villa donde ejercía su profesión como titular, y amparado por las asperezas del cerro del Aguila (asiento de antiguo y derruido castillo que en la misma localidad existe), se dedicó á molestar y atacar sistemáticamente á cuantos destacamentos, convoyes, patrullas, etc., pasaban por las inmediaciones de su residencia.

Nacido en Murcia, de padres comerciantes, fué de joven destinado al sacerdocio y cursó los estudios precisos para tal fin en el seminario de San Fulgencio, sito en esta ciudad; pero ya próximas las órdenes, renuncia á seguir una carrera que hacía sin vocación y sí sólo por obedecer á sus mayores los cuales disgustados por su fracaso le obligaron á despachar en su comercio, hasta que ya cansado nuestro biografiado de la estrechez del ambiente en que se movía se le ve emprender nuevos derroteros marchando á Valencia á estudiar medicina en su Universidad, de allí pasa á Zaragoza con el mismo fin, y por último, se traslada á Madrid donde se le ve acabar sus estudios y donde prendado de su gracejo, uno de sus profesores le presenta en la tertulia del entonces príncipe de Asturias, luego Fernando VII, á quien gana pronto la voluntad alcanzando por su mediación la plaza de médico titular de Villaluenga de la Sagra donde se establece y fija su residencia.

Como Médico titular que soy de esta Villa he recibido de su Mayordomo de propios en este año la cantidad de cinco mil y ochocientos reales vellón. y P.<sup>a</sup> que conste doy este que firmo en Villaluenga  
veinta de Diciembre de 1807

Juan Palarea

Lon—5800—x.v.<sup>n</sup>

Vienen á poco de su instalación los luctuosos sucesos ocurridos en Madrid el día 2 de Mayo, y desde que en la Sagra tuvieron noticias de ellos andaban las gentes muy alborotadas, y si la indignación era grande, no lo era menos el temor de que los franceses apareciesen por allí, pues no había elementos para rechazarlos.

Las autoridades de los pueblos celebraban frecuentes reuniones, fórmanse en todos ellos juntas de defensa, y en Villaluenga, que no puede ni debe ser una excepción, también se constituye, entrando en ella, como es de rigor, el médico titular, que joven, con sangre moza, gran amor á su Rey y vibrando en sus oídos las frases del bando del alcalde de Móstoles, propone desde luego la resistencia, dispuesto á batirse con cuantos quieran acompañarle como leones si se presenta ocasión para ello.

No tarda en llegar el momento deseado al conocerse el paso de un convoy que atravesará el pueblo de noche; se reúnen los decididos y á las órdenes del joven médico salen á las afueras del pueblo á esperarle, se sitúan estratégicamente y al verle llegar le atacan con denuedo, poniendo á los que en él iban en vergonzosa fuga; la suerte estaba echada, el médico se había convertido en guerrillero.

Comenzadas las acciones ya no es posible detenerse y durante los primeros meses de la lucha, *el Médico*, como por allí le decían, se concretó á molestar á los franceses, ya desde las ruinas del castillo del Aguila, ya alejándose hasta las riberas del Tajo, que corre á pocos kilómetros de aquél.

En el mes de Julio de 1809 aparece ya Palarea como comandante de partida, habiendo abandonado su profesión para combatir á los enemigos de la independencia española. Su guerrilla, formada por 11 hombres montados, aumenta en poco tiempo, y con tanta frecuencia y tanto denuedo hostiliza á las tropas francesas, que el 29 de Septiembre de este año el intrépido murciano obtiene el grado de alférez.

Imposible seguirle en la larga carrera de sus triunfos, pues se mueve constantemente y de una manera preferente en las provincias de Toledo y Madrid, llegando en su audacia y atrevimiento hasta el Paseo de las Delicias de la corte del Rey José.

Conforme sus éxitos aumentan, sus grados también suben y se le ve en Abril de 1810 nombrado comandante de la guerrilla llamada *Corsarios terrestres*; en 30 de Septiembre asciende á teniente coronel de Milicias, y de tal modo honra sus insignias y tan apreciados eran su valor, su constancia y sus conocimientos militares, que hallándose en la provincia de Avila, recibió la siguiente carta:

«Tengo la satisfacción de presentar á V. S. ese sable que acabo de recibir de orden de S. A. R. el Príncipe Regente de Inglaterra é Irlanda.

»S. A. R. le presenta á V. S. como una prueba de su admiración por el valor y constancia con que está V. S. peleando en favor de la libertad é independencia de su país.

»Al remitir á V. S. esta demostración de aprecio de Su Alteza Real, le pido que reciba mis más sinceros deseos por la conservación de sus días para que pueda emplear esa arma en honor y ventaja de su Patria.

»Cuartel general de Flores de Avila, 25 de Julio de 1812.  
»—*Lord Wellington*, duque de Ciudad Rodrigo.»

Continuó la guerra; Palarea ascendió á coronel de Milicias en el mes de Septiembre de 1814 y en el mismo año solicitó de Fernando VII, el empleo de brigadier, que le fué inmediatamente concedido. Pero como el relato, aunque somero, de las hazafías y accidentada vida de este hombre notable alargaría considerablemente las dimensiones de este artículo, dejaremos de hablar del general de la guerra civil que midió sus armas nada menos que con Cabrera, derrotándolo

en Molina y en Chiva; del héroe del 7 de Julio en Madrid; del jefe político y militar de Málaga; del conspirador, afortunado cómplice del malaventurado León, contra Espartero; del emigrado de Londres y de Argel; del bizarro campeón, en fin, cuyo retrato figura con honor en el Museo Militar de París, entre los primeros capitanes de húsares del mundo.

Tales son, descritos á grandes rasgos, los hechos más notables de la historia militar de D. Juan Palarea, *el Médico*, uno de los más famosos y entendidos guerrilleros de la campaña de la independencia española.

ENRIQUE MERINO ALVAREZ

25 Mayo de 1921.

### Asamblea de Colegios de Médicos de Salamanca, Cáceres y Badajoz.

DISCURSO PRONUNCIADO EN LA SESIÓN DE CLAUSURA  
POR EL PRESIDENTE DEL COLEGIO DE BADAJOZ

D. MARIO GONZALEZ DE SEGOVIA

Queridos compañeros:

Perdonadme que comience hablándoos de mí. Pocas veces ó ninguna, á pesar de hallarme ya en el ocaso de mi vida, me he encontrado en situación tan difícil como en la que me hallo en estos momentos.

Si yo viniera solo con mi modesta representación personal, creedme, este acto no constituiría para mí, grave preocupación.

Pero vengo aquí por azares de la vida social y ocupo este elevado sitio porque ostento, aunque inmerecidamente, la representación de la clase médica de la provincia de Badajoz, y esta circunstancia me obliga á corresponder dignamente á vuestra atención; á colocarme á la altura de los elevados propósitos de los médicos de Cáceres y á demostrar con hechos que nuestro agradecimiento no se halla en un plano inferior á aquel en que se encuentra vuestra generosa iniciativa, al invitarnos á confundirnos con vosotros en estrecho y apretado abrazo, como buenos hermanos profesionales que respiramos el mismo ambiente de un saludable y patriótico regionalismo.

Y hago esta manifestación de sinceridad para que nadie pueda dudar de que he aceptado conscientemente el honor que me habéis dispensado al invitarme para dar esta conferencia, á pesar de que no cuento, para satisfacer vuestros anhelos, más que con una firme voluntad de no cansaros y la experiencia de una larga vida profesional de la que, no sé si por fortuna ó por desgracia, conozco prácticamente casi todos sus aspectos.

Y no he vacilado en aceptar esa distinción, no obstante tan escaso bagaje, porque abrigaba y abrigo el firme convencimiento de que vuestra fraternal benevolencia no ha de abandonarme ni un solo momento en mi disertación.

Y no estiméis como un tópico de manida oratoria este recurso de apelar á vuestra benevolencia. No. Necesito de toda la que me podáis dispensar, porque inspirado en la sentencia platónica de que al amigo se le debe la verdad, y convencido de que la clase médica está muy necesitada de que se la hable en ese lenguaje, vengo dispuesto á decirlo tal como yo lo siento, como me la dicta mi conciencia.

Claro está, queridos compañeros, que no abrigo la pretensión de que sea yo el único poseedor de la verdad; no niego, no ya la posibilidad, sino la probabilidad de que mis

juicios estén fundamentados en el error; pero no vengo aquí ni á halagar pasiones, ni á despertar entusiasmos, ni á hacer prosélitos.

Vengo á exponeros leal, sincera y honradamente mi opinión respecto del camino que deben seguir las clases sanitarias para llegar á su redención, y acaso este juicio mío no marche al compás de esos himnos redentores que están sonando en vuestros oídos á diario, y que me temo estén calcados en el pentágono en que se inscribió un famoso himno que en época no remota precedió á aquel desastre de España en el que nuestra querida patria perdió sus últimas y más preciadas colonias.

Y no quiero decir con esto que rechace las actitudes de viril dignidad ante la injusticia que tan bien encuadran en la legendaria altivez castellana, que tanto me enamoran y tan bien sientan á profesiones tan serias como la nuestra; pero tampoco puedo admitir esas parodias de un terrorismo disfrazado, para cuya ejecución ni aun estamos capacitados, que nos llevarían al más espantoso de los ridículos, aunque otra cosa se haya pretendido demostrar en los modestos ensayos hasta ahora realizados.

Creo firmemente que tenemos, no el derecho, sino el deber de defendernos como clase social en esta encarnizada y horrenda lucha entre el capital y el trabajo en la que los intelectuales parece como si con el arma al brazo esperásemos á que vinieran á brindarnos el papel de víctimas.

Creo que hemos llegado al momento culminante, acaso más fugaz de lo que sospechamos, de unirnos en apretado haz, no sólo los médicos, sino los profesionales sanitarios, todos y, dejando á un lado el fervoroso culto que hemos venido rindiendo á la egolatría durante un siglo muy cumplido, ser todos para uno y uno para todos.

Creo firmemente que debemos pedir razonadamente, con aquella perseverante energía que deben llevar aparejada la rectitud y la justicia, cuantas demandas reclaman nuestra dignidad y nuestros intereses; pero no menos firmemente creo que llevamos perdida la partida si no ponemos por delante el alto interés social que nuestra demanda encierra.

Y fuerza es confesar, señores, que hasta ahora, poco ó nada ha hecho la colectividad en este sentido.

Ha llegado la hora de la confesión general, y si hemos hecho honradamente examen de conciencia, preciso es declarar que, hasta el momento presente, el médico en general se ha limitado al estudio de la enfermedad, en el que se han dado pasos gigantescos, y pertrechado con arma, al parecer tan poderosa; ha extendido su actuación no más allá que hasta conseguir clientela tan numerosa como ha podido, aun á expensas del crédito, de la reputación, de los intereses del compañero, con un fin desmedido de aumentarla más y más cada día, sin tener en cuenta múltiples y variados aspectos de esta loca carrera en la que se arriesga aquello mismo que tenemos empeño en realizar.

Hemos encerrado la Medicina en los estrechos moldes de la Terapéutica individual; y el cuidado de numerosos enfermos y el estudio de esa medicina individual han absorbido nuestro tiempo de tal suerte, que al vislumbrar una medicina social, al atisbar los dilatados horizontes que nos ofrecen los múltiples problemas sociales, para cuya solución ar-

mónica, pacífica y equitativa, hay que adentrarse forzosa-mente en la jurisdicción de la Medicina, hemos abandonado en medio del camino hasta el bagaje científico, sin protestar siquiera del abuso y del mal uso que han hecho de él los leguleyos que han pretendido erigirse en modernos redentores de la humanidad.

Dígalo si no ese absurdo principio de la jornada de ocho horas, elevado á precepto legal con absoluto desconocimiento de las leyes fisiológicas y psicológicas que debieran informar y regular éste y otros muchos aspectos que el problema de la producción y del trabajo ofrecen.

Y encerrados en aquellos límites, abandonados á la acción de un contagio moral que debió encontrar en nuestro organismo colectivo una poderosa corriente de inmunidad que estimulara las defensas de nuestra razón, venimos á formular peticiones tan egoístas como las de otras muchas clases sociales, cuando no necesitábamos apelar á este recurso, porque pidiendo para la Patria y para el prójimo pedíamos para nosotros.

No rechazo, no abomino de estas solemnidades colectivas á las que acudimos solícitos en demanda de nuestro propio bienestar y más aún á demostrar que nos unen lazos de sincero afecto, de mancomunidad de aspiraciones, de vivos deseos de seleccionarnos los que anteponeamos á todo la ética profesional en todos sus variados aspectos; no, y mil veces no.

Mi presencia en este sitio demuestra mi completa identificación con estos propósitos.

Pero esto no basta, es necesario ir más allá.

Si aspiramos al triunfo de nuestros ideales es forzoso laborar individual y colectivamente, en la ciudad como en la aldea, comenzando por abandonar rancias preocupaciones y antiguas prácticas, llevando al ánimo el propio convencimiento de que no es la mejor la más numerosa clientela, infiltrando en el espíritu del cliente que él es el primer interesado en que el médico vea los enfermos con los ojos de la inteligencia y no con los ojos de la cara, compartiendo las horas de trabajo entre la clínica, el gabinete y la acción social médica, labor de tan amplios y dilatados horizontes que es por sí sola bastante para elevar considerablemente el nivel de la colectividad ante la conciencia de la opinión pública.

La mortalidad y la morbilidad infantil con todas sus derivaciones; la lucha antituberculosa en sus variados aspectos y en sus diferentes modalidades; el carácter evitable de las enfermedades infecciosas; el poderoso elemento de defensa que respecto de algunas entraña la vacunación; la imperiosa necesidad de oponer serios obstáculos á la avasalladora marcha de las enfermedades venéreo-sifilíticas que nos amenazan con una evidente degeneración de la raza; la extensión de los focos palúdicos con tan graves riesgos para las energías del obrero del campo; la asfíctica atmósfera en que vive y se desarrolla una gran parte de nuestra juventud en la escuela, en el taller y en el escritorio, y otros tantos que pudiéramos enumerar, son problemas reservados hoy á un corto número de profesionales que, con la vocación de apóstoles, pretenden estérilmente llamar la atención de Autoridades, Corporaciones y particulares.

# PAPELES YHOMAR

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS  
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

Y es absolutamente preciso, es indispensable que la clase médica en general, adueñándose de estas cuestiones, dedique una parte de sus actividades á vulgarizar esos conocimientos demostrando con esta actuación que está perfectamente capacitada para ejercitar las funciones sociales directoras que han de colocarla en un nivel muy superior al en que hoy se encuentra.

Lo demás, como dijo Jesucristo, *se os dará por añadidura*.

Y no se nos arguya con que esa vulgarización de conocimientos científicos sólo puede ejercitarse en las grandes poblaciones.

Ya sé yo que en materia de Higiene, al contrario de lo que acaece en la Agricultura, para recoger un puñado hay que sembrar una fanega, pero si no sembráis la fanega no podéis aspirar á recoger el puñado.

No desconozco que la incultura de nuestros aldeanos no permite que se abran sus cerebros de par en par á la luz de la Higiene, aun siendo ésta de tanta potencia lumínica; que para lograr que penetre en ellos algún rayo de ese potente foco hay que destruir rancias preocupaciones, legítimas herederas del fatalismo árabe que aún perdura entre nosotros; mas ¿por ventura están vinculadas estas preocupaciones en el labriego ó en el proletario?... ¿Acaso no están cerrados á piedra y lodo algunos cerebros de los llamados intelectuales a las modernas conquistas de la Higiene, fundamentadas en los progresos de las ciencias físico químicas y naturales en este país donde las generaciones que se hallan ya en período de decadencia sólo recibieron una cultura literaria puramente teórica, con sistemático alejamiento de aquellas ciencias en las que sólo ahondaron un puñado de ilusos y entusiastas admiradores de las maravillas de la Naturaleza?...

De tal índole y tan poderosos son estos obstáculos para la actuación social del médico en la capital y en la aldea, que no puede acometerse con probabilidades de éxito sino contando con la virtud de la perseverancia y con el poderoso auxilio de la fe, cualidades verdaderamente apostólicas que deben caracterizar al médico de los tiempos presentes.

(Se continuará.)

## Sociedades Científicas.

### SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 16 DE MARZO DE 1921,  
BAJO LA PRESIDENCIA DEL DR. BECERRO DE BENGOA

Sigue la discusión del caso presentado en la sesión anterior por el Dr. Roe.

*Dr. Recasens (L.).*—La primera parte del caso le parece muy mal, pero no la discute. Respecto á la segunda, teóricamente no debía haberse hecho la histerectomía, sino caso de querer salvar el feto, se hubiere podido hacer una cesárea conservadora y no mutilante que es lo que se hizo. Respecto á la histerectomía en vaso cerrado, es verdad que la preconizó el padre del Dr. Recasens, pero para otros casos (cáncer de cuello, bolsa rota, etc.).

*Dr. Otaola.*—Sólo se refiere al acto quirúrgico que es el que observó, y afirma que la intervención que se hizo no era tan peligrosa, puesto que se tomaron toda clase de medidas, entre ellas el embadurnar perfectamente de iodo el brazo procedente del feto.

*Dr. Vital Aza.*—Únicamente quiero preguntar al doctor Roe que tan entusiasta es de la raquianestesia, el por qué no ha utilizado este medio para intentar la versión en este caso.

*Dr. Botella.*—Cree que el Dr. Roe debió hacer la cesárea al principio, en vista del tetanismo que dice existía ya. En las condiciones en que estaba quizá hubiera sido mejor una fístula á lo Sellheim.

*Dr. Becerro.*—(Ocupa la presidencia el Dr. Villanueva.) No se practicó la histerectomía en este caso sólo por salvar la vida del feto, cosa que era totalmente secundaria, sino porque la embriotomía, que era la intervención que él creía indicada antes de reconocer á la enferma, era materialmente imposible de hacer, pues el cuello agarrotaba de tal manera á la presentación, que se hubiera rasgado el útero al intentar la embriotomía, peligro que existiría lo mismo, aunque se hubiera practicado la cesárea á lo Dhürson.

*Dr. Luque.*—Cree que lo procedente eran las incisiones de Dhürson y que practicadas éstas la embriotomía se hubiera podido practicar perfectamente.

Por lo avanzado de la hora el Dr. Roe queda en el uso de la palabra para la sesión próxima.

El secretario de actas, *Cospedal (hijo)*.

## SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Quedan ya pocas sesiones y hay aún muchos temas pendientes de discusión; por eso en la última celebrada el doctor Fernández-Caro tuvo que variar éstos y rogar á los oradores que limitaran en lo posible la extensión de sus discursos. La discusión del tema del nuevo Matadero, expuesto por el Dr. Mañueco, alcanzó gran altura con la intervención de persona tan autorizada como el Sr. García Izcara. El talento organizador y la actividad incansable demostrada por este ilustre higienista al frente de la Escuela de Veterinaria, se puso de relieve en la sesión última, é hizo entrever lo que una personalidad tan conocedora del asunto podría influir, si nuestras autoridades municipales toman su consejo como deben, en la organización de los servicios del nuevo Matadero. Es un asunto de tal importancia para la salud del pueblo de Madrid, que esto no se puede encomendar á los no especializados. Un Matadero en el que se han gastado más de doce millones de pesetas, merece que se medite mucho su organización. A edificios nuevos, organizaciones nuevas.

Piense en esto el Municipio, y el pueblo de Madrid se lo agradecerá y dará por bien empleado el dinero invertido.

Contribuyó á dar gran realce á la sesión la intervención del Sr. Fernández Sanz, que puso de manifiesto otro asunto de gran importancia, como es el gran número de asilados en nuestros manicomios, que deben su enfermedad (incurable, casi siempre) á la sífilis. Hizo notar la gran impor-

# FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

## ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO

Compuesto de ioduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE.

Literatura y muestras á su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Pola de Gordón (León).

tancia que tiene la profilaxia de las enfermedades venéreas (que hace muchos años persigue la Sociedad de Higiene), en a disminución del número de nuestros alienados. Y abogó por la conveniencia de intensificar la lucha antivenérea en nuestro país, que aun está en período de balbuceo. La intervención del Sr. Basquiana y el Sr. Redondo en temas higiénico-pedagógicos, fué también muy celebrada.

En la próxima sesión continuará el tema del nuevo Matadero, en el que hablarán los Sres. Permase y Mañueco.

### Sección oficial.

## MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

### Inspección General de Sanidad.

Vacante la plaza de mecánico-desinfectador con destino al Parque Sanitario Central del Instituto de Higiene de Alfonso XIII, por haber pasado el que la desempeñaba interinamente á ocupar la de mecánico-conservador del mismo Parque,

Esta Inspección general ha acordado convocar á concurso-oposición entre personas que acrediten haber prestado servicios á la Sanidad pública; debiendo advertirse que se considerarán como méritos relevantes el haber prestado servicios en epidemias, y como más preferentes, los que se hayan realizado en el mencionado Parque ú otras dependencias del Instituto.

Los concursantes deberán acreditar ser de nacionalidad española y presentar documentación que justifique su aptitud física, así como certificado de buena conducta.

Las instancias solicitando tomar parte en el concurso deberán presentarse antes del día 24 del corriente, entendiéndose que las que se presenten después de este día no serán admitidas.

Los ejercicios comenzarán el día 25 del actual, á la hora que al efecto se señale en el cartel de anuncios del referido Instituto; debiendo constituir el Tribunal D. Víctor María Cortezo, jefe de dicho Parque, como presidente, y como vocales, D. Victoriano Serannaño Lafuente, ayudante técnico del mismo, y D. Luis Lamas Ojea, ayudante de sección del Instituto de Alfonso XIII.

Lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 6 de Mayo de 1921.—El Inspector general, *Manuel M. Salazar*.—Señor director del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. (*Gaceta del 10 de Mayo.*)

## MINISTERIO DE INSTRUCCIÓN PÚBLICA

### REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: Por Real orden de 18 de Octubre de 1918 se dispuso que en lo sucesivo se amortizara toda Cátedra de Técnica anatómica que resultase vacante en las Facultades de Medicina, y que los dos cursos en que esa enseñanza se divide se acumulen á los dos catedráticos de Anatomía descriptiva y Embriología.

La Facultad de Medicina de la Universidad Central,

aceptando ese criterio, que juzga beneficioso á la enseñanza, propone que se amortice la Cátedra de Técnica anatómica, vacante por pase de su titular, D. Leonardo de la Peña, al desempeño de la Cátedra de Urología, y que los dos profesores encargados de las enseñanzas de Anatomía descriptiva turnen en cada uno de los dos cursos de Técnica anatómica que se les habrán de confiar por la acumulación.

La Cátedra de Anatomía descriptiva, primer curso, vacante en la misma Facultad por jubilación de D. Florencio de Castro, fué amortizada por Real orden de 21 de Febrero de 1919 y acumulada á D. Florencio Porpeta, titular del segundo curso de dicha asignatura.

Para cumplir, por tanto, lo dispuesto en la Real orden de 18 de Octubre de 1918 y deferir á la propuesta de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, es necesario dejar sin efecto la Real orden de 21 de Febrero de 1919 y disponer que la Cátedra vacante de Anatomía descriptiva y Embriología se anuncie para su provisión al turno correspondiente.

El último titular de esta Cátedra fué D. Florencio de Castro, que la obtuvo mediante permuta con el catedrático de Técnica anatómica D. Leonardo de la Peña.

Como las permutas no consumen turno, según dispone el art. 7.º del Real decreto de 30 de Abril de 1915, y como D. Leonardo de la Peña fué nombrado titular de Anatomía descriptiva en virtud de concurso, por Real orden de 15 de Marzo de 1915, corresponde—según lo dispuesto en el artículo 4.º del Real decreto últimamente citado—anunciar la Cátedra vacante referida al turno de oposición entre auxiliares.

En su virtud,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se deje sin efecto la Real orden de 21 de Febrero de 1919 en que se amortizó una Cátedra de Anatomía descriptiva y Embriología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, acumulándose al catedrático de la misma asignatura D. Florencio Porpeta.

2.º Que, en cumplimiento de lo dispuesto en la Real orden de 18 de Octubre de 1918, se amortice en la Facultad de Medicina antes mencionada la plaza de catedrático de Técnica anatómica, cuya enseñanza será acumulada á los catedráticos de Anatomía descriptiva, los cuales turnarán en dos cursos de Técnica anatómica, asignándoles por este servicio en concepto de gratificación 2.500 pesetas anuales á cada uno.

3.º Que la Cátedra de Anatomía descriptiva y Embriología vacante se anuncie al turno de oposición entre auxiliares, como le corresponde; y

4.º Que el tribunal que ha de juzgar dicha oposición se debe formar con arreglo á lo dispuesto en el Real decreto de 8 del actual, y por tanto, se constituirá de la siguiente forma:

Presidente: D. Santiago Ramón y Cajal, consejero de Instrucción Pública.

Vocales: D. Alejandro Planellas, catedrático de la Universidad de Barcelona.

D. Enrique Gómez Entralla, catedrático de la de Granada.

D. Ramón Cañadas Domenech, catedrático de la de Sevilla (Cádiz), y D. Daniel C. Mezquita, catedrático de la de Salamanca.

# TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno, bals. Peruriano, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas. La más reciente aplicación de la moderna química á las necesidades de la actual cirugía

Laboratorio: J. Ferret y Robet, Sitges (BARCELONA)

Suplentes: D. Jesús Bartrina Capella, catedrático de la Universidad de Valencia.

D. Manuel Serés é Ibars, catedrático de la de Sevilla.

D. Florencio Porpeta, catedrático de la de Madrid, y don Ramón López Prieto, catedrático de la de Valladolid.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 20 de Abril de 1921.—*Aparicio*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 23 de Abril.)

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 8 de Abril último,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar los siguientes Tribunales para juzgar las oposiciones á las cátedras que á continuación se citan:

Patología general con su clínica, de Madrid: presidente, D. Amalio Gimeno, consejero de Instrucción pública. Vocales: D. León Corral Maestre, catedrático de la Universidad de Valladolid; D. Roberto Novoa Santos, catedrático de la de Santiago; D. Santiago Ramón y Cajal, catedrático de la de Madrid, y D. Gustavo Pittaluga, catedrático de la de Madrid. Suplentes: D. Benito Arroyo, catedrático de la Universidad de Sevilla (Cádiz); D. Pedro Martínez de Torres, catedrático de la de Sevilla; D. Arturo Redondo, catedrático de la de Madrid, y D. León Cardenal, catedrático de la de Madrid.

Enfermedades de los oídos, nariz y laringe con su clínica, de Barcelona: presidente, D. Florencio Porpeta, consejero de Instrucción pública. Vocales: D. Federico Olóriz, catedrático de la Universidad de Granada; D. Ladislao R. Lozano, catedrático de la de Zaragoza; D. Juan Cisneros, catedrático de la de Madrid, y D. Joaquín Portela, catedrático de la de Sevilla (Cádiz). Suplentes: D. Modesto Cogollos, catedrático de la Universidad de Valencia; D. Octavio Garcial Burriel, catedrático de la de Zaragoza; D. Andrés Martínez Vargas y D. Joaquín Trías y Pujol, catedráticos de las de Barcelona.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 12 de Mayo de 1921.—*Aparicio*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 14 de Mayo.)

#### Subsecretaría.

Se halla vacante, en la Facultad de Medicina de la Universidad Central, la Cátedra de Anatomía descriptiva y Embriología, dotada con el sueldo anual de 6.000 pesetas, la cual ha de proveerse por oposición entre Auxiliares, según lo dispuesto en el Real decreto de 30 de Abril de 1915 y Real orden de esta fecha.

Los ejercicios se verificarán en Madrid en la forma prevenida en el Reglamento de 8 de Abril de 1910.

Para ser admitido á la oposición se requiere estar comprendido en el art. 15 del Real decreto citado ó reunir las condiciones á que se refieren las Reales órdenes de 21 de Octubre de 1919 y 8 de Noviembre de 1920.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio, por conducto de los jefes de los establecimientos en que presten sus servicios, en el improrrogable término de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en

la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del mencionado Reglamento.

El día que los opositores deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa de la asignatura, requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tablones de anuncios de los establecimientos docentes, lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 20 de Abril de 1921.—El subsecretario, *Romero* (*Gaceta* del 4 de Mayo).

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,2; ídem mínima, 699,3; temperatura máxima, 25°,0; ídem mínima, 12°,6; vientos dominantes, E. S. O.

Siguen presentándose afectos agudos de carácter gripal con localización en los órganos respiratorios; los reumatismos articulares y musculares son frecuentes, así como las exacerbaciones de los crónicos. Las infecciones intestinales no han aumentado ni en número ni en gravedad.

### Crónicas.

**El Congreso de Oporto y los médicos españoles.**—Como anunciábamos en uno de nuestros últimos *Boletines de la semana*, la clase médica española ha formado su programa para contribuir al Congreso de Oporto.

En efecto, en la Real Academia de Ciencia ha celebrado varias reuniones, bajo la presidencia del Dr. Recasens, la Junta española de la Sección de Medicina del Congreso de Oporto.

Se examinaron los trabajos en que ha de ocuparse dicha Sección, á la que los portugueses aportan una contribución científica verdaderamente formidable.

A cargo de los médicos españoles estará el discurso inaugural de las sesiones médicas, que ha escrito el catedrático de la Universidad de Barcelona, D. Augusto Pí Suñer.

Titula su trabajo «La glucemia y el hambre local», y en él estudia la influencia nerviosa sobre algunos fenómenos de nutrición.

También á cargo de dos españoles estarán las conferencias acordadas hasta ahora por la Sección médica; se han ofrecido á desarrollarlas D. Sebastián Recasens, que tratará de la «Dosificación de los rayos X en terapia profunda», y el profesor de la Universidad de Valencia, D. Juan Peset, que disertará acerca del «Mecanismo químico de las reacciones de inmunidad».

Con notas, ponencias ó Memorias muy interesantes, contribuyen, por parte de España, á la labor científica del grupo médico de la asamblea de Oporto, los Sres. Simonena, Pittaluga, Compaired, Lafora, Bellido, Torremocha, Sáinz de Aja, Navarro Fernández, Novoa Santos, Crende, Buendía, Olea, Sicilia, López Muelleles, Vega, Sánchez Covisa, Clemente Romeo y otros muchos que no citamos por no alargar considerablemente esta enumeración.

**Unión Sanitaria de Palencia.**—Previo cumplimiento de cuantos requisitos exige la ley de Asociaciones, ha quedado

**LA DIABETES** SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI  
Y SUS COMPLICACIONES que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui. Prim, 25, San Sebastián.

constituída la Unión de las clases sanitarias de la citada provincia.

Constituyen la referida Unión, los Colegios oficiales de médicos, farmacéuticos, veterinarios y practicantes.

La Junta directiva elegida en Asamblea general la componen los señores que se expresan:

*Presidente*, D. Rodrigo Fernández; *vocales*: 1.º, D. Julián López; 2.º, D. Fidel Ruiz de los Paños; 3.º, D. Anselmo Abad, y 4.º, D. Miguel Escudero; *tesorero*, D. Emilio Estébanez; *contador*, D. Amando Calvo; *secretario*, D. Cipriano de Castro; *vicesecretario*, D. Abilio Rodríguez.

**Palabras, palabras.**—En un periódico *político*, dice un redactor *técnico* que la gripe es una enfermedad evitable y añade luego una porción de frases acusadoras y melodramáticas. Entendemos que hubiera sido más barato el decir en dos renglones, pero clara y precisamente, cómo se evita la gripe y ahorrarse el resto de la retórica.

**Sanidad Militar.—Oposiciones.**—Por Real orden de 12 de Mayo último se convoca á oposiciones para cubrir 125 plazas de alféreces médicos alumnos de la Academia de Sanidad Militar, á los doctores ó licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten hasta el 26 de Agosto próximo, con sujeción á las bases y programa aprobado por Real orden circular de 29 de Marzo último.

Las instancias para la admisión en el concurso deben ser dirigidas al coronel médico director de dicha Academia, y harán en ellas los interesados declaración expresa de no hallarse procesado ni de haber sido expulsado de ningún establecimiento oficial de enseñanza.

**Buen ejemplo.**—El senador por la Universidad de Sevilla, D. Francisco Pallés, ha estado en Huelva para dar las gracias á los doctores que le votaron.

Entregó al director del Instituto 450 pesetas para que invierta dicha cantidad en la adquisición de material científico.

El Sr. Pallés viene dedicando á la adquisición de material para centros docentes las dietas que percibe como senador.

Los senadores por derecho propio que tienen que acreditar mayor renta deben seguir el ejemplo.

**Brigada sanitaria en Valladolid.**—Leemos en la prensa diaria que el inspector provincial de Sanidad de Valladolid trabaja activamente en la organización de una brigada sanitaria provincial que inaugurará sus funciones en el próximo mes de Septiembre en que se celebrará en aquella capital una Semana Medicosocial.

Son dignos de toda alabanza los esfuerzos que el referido señor inspector realiza.

**Conferencia del Dr. Dessauer.**—Invitado por el decano de la Facultad de Medicina, Dr. Recasens, llegará en breve á Madrid el roentgenólogo alemán profesor Dessauer, para dar tres conferencias relacionadas con la moderna radioterapia profunda.

**IMPORTANTISIMO ESTABLECIMIENTO** médico medicinal, muy acreditado y céntrico, se vende ó arrienda. Propio para ser explotado por uno ó varios médicos.

Razón: D. Pedro Calderó, Cortes, 550, ent.º, 2.ª, Barcelona.

**Oposiciones á Sanidad Militar y de la Armada.** Preparación completa por los Dres. R. Garelly y L. Muruzabal del cuerpo de Sanidad.

Informes: Dr. Garelly, Fernando el Santo, núm. 5. Madrid.

**La llamada ENCEFALITIS LETARGICA**, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan muy pocos ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

**ROGAMOS** encarecidamente que la correspondencia nos sea dirigida al Apartado 121.

**LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. GIRAL**

Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.), agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorio del doctor Giral.

### Tratamiento Curativo del Estreñimiento habitual con **PETROSINANA García Suárez.**

No es purgante, es un hidrocarburo líquido no asimilable, de efectos siempre seguros, lo mismo en niños que en adultos.

### ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

## Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

## SOLUCIÓN BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades bunsuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

**NIÑOS. — FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTICION, GRIPALES,** después del brote en las **ERUPTIVAS,** estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

### Quininfantina Delgado Ronco.

Papéles á base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO  
FARMACIA ROBERT - Leura 74  
BARCELONA

**GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE**



El papel de esta Revista está fabricado especialmente para  
EL SIGLO MÉDICO.

Sucesor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1.