

EL SIGLO MEDICO

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 P. ARIAS CARVAJAL De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	J. GÓMEZ OCAÑA Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.	P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.	F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNÁNDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.			

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: Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo, por el Dr. B. Castresana. — La lepra en España, por el Dr. Hernández Sampelayo. — Psiquiatría peruana, por el Dr. César Juarros. — Cosas del siglo pasado: ¿Es conveniente que los médicos formen parte de los cuerpos gubernativos y legisladores?—Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Curiosidades médico-históricas: La visión de Andrés Laguna, por José María Albiñana Sanz. — Necrología: Antonio Lecha Marzo, por el Dr. Sanchis Banús. — Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo. — Sociedad Española de Higiene. — Conferencias del hospital de la Princesa.—Protección Médica.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo

POR EL

DR. B. CASTRESANA

Jeje facultativo del Instituto Oftálmico Nacional.
Profesor de Oftalmología. Agregado de la Facultad de Medicina.

El problema del estrabismo en España es uno de los capítulos de nuestra especialidad que menos ha progresado en la última década del siglo que corremos. La falta de cultura en las masas populares creyendo de buena fe incurable su enfermedad, la resistencia constante para dejarse intervenir quirúrgicamente, el escaso perfeccionamiento de la técnica operatoria y el no poder asegurar al enfermo el éxito seguro y definitivo después de la intervención, son los factores que más poderosamente han contribuido al escaso desarrollo y poca intensidad, que tiene el estudio de la corrección estrábrica en nuestra patria.

En España existen multitud de enfermos estrábricos; pero sólo se presentan en nuestras clínicas escaso número de ellos, con la pretensión de que centremos bien sus ojos y les demos vista en el ojo que desvían, sin practicarles operación alguna.

Las intervenciones quirúrgicas en los enfermos estrábricos eran escasísimas hace diez años, aun en clínicas numerosas, como la mía. Algunos colegas

que me honraban presenciando mis operaciones, al manifestarme deseo de ver operar un estrabismo, tenía que decirles: Los enfermos estrábricos no se dejan operar en España, no por *prejuicio religioso*, como opinaba un ilustre colega extranjero, sino porque creen que su enfermedad no tiene remedio.

En cierta ocasión aconsejaba á una muchacha de diez y ocho años se dejase operar un estrabismo interno pronunciadísimo que padecía. Después de exponerle varios razonamientos de índole estética y funcional, cuando creí haberla convencido, me contestó que el *bizquear* los ojos, era una *gracia especial* que no estaba dispuesta á corregir. Como se ve, la incultura en el público resistiéndose sistemáticamente al tratamiento operatorio ha sido, es y será en el porvenir, la causa precisamente primordial de que no se haya hecho en nuestra nación un estudio acabado y perfecto de un punto tan importante como es el de las desviaciones oculares.

Hay que confesar, sin embargo, que la reacción ha sido tan favorable para nosotros, por el éxito alcanzado con el procedimiento quirúrgico que practicamos en la actualidad, que en estos últimos años el material clínico humano ha sido más abundante, dilatándose mucho el campo de nuestra experimentación.

Los mismos operados de estrabismo, al ver co-

rregida su desviación ocular, que no solamente les afeaba, sino que también era en mil circunstancias motivo de burla y de molestias en las distintas manifestaciones de su vida social, han sido los más entusiastas propagandistas, aconsejando á otros individuos que padecían igual defecto se dejen intervenir quirúrgicamente.

La desviación manifiesta de la línea visual en uno de los ojos, ó la falta de paralelismo de los ejes visuales, es el defecto ocular que recibe el nombre de estrabismo. Este puede ser paralítico ó concomitante, siendo considerado el último como el verdadero estrabismo, porque sin haber parálisis de ningún músculo, no coinciden las dos líneas visuales en el mismo objeto. De otra parte, en esta variedad estrábica, las desviaciones primarias y secundarias son iguales, y no existe la diplopia, porque generalmente la visión imperfecta que el enfermo tiene en uno de sus ojos constantemente, hace que se acostumbre á eliminar la imagen borrosa del ojo estrábico.

El estrabismo concomitante, que á simple vista parece monocular, porque se manifiesta aparentemente por la desviación de uno de los ojos, que es precisamente el que tiene menor agudeza visual, es, sin embargo, bilateral siempre, y el ojo desviado representa, según la opinión de Terrien, la suma de la desviación de ambos ojos. El estrabismo alternante y la igualdad de la desviación primaria y secundaria, nos prueba la existencia de la bilateralidad de la afección, y á la vez nos demuestra que los dos globos oculares están afectados igualmente, sin que exista parálisis muscular de ningún género.

Al comentar este punto del estrabismo el doctor Ribas Valero, uno de nuestros ilustres colegas que más trabajos ha publicado sobre las desviaciones estrábicas, emite la opinión de Parinaud y dice: «La causa única, tanto del estrabismo convergente como del divergente, es una lesión de convergencia, conservándose íntegra la función de dirección, es decir, una alteración del aparato de la visión binocular, tanto de su parte sensitiva como de su parte motora, y de consiguiente de las conexiones nerviosas que las unen, por donde normalmente se transmiten los reflejos. A estas alteraciones primitivas se agregan posteriormente otras secundarias que las modifican y alteran, y cambiando su naturaleza producen retracciones fibrotendinosas». De donde se deduce que para el citado autor francés, el estrabismo consiste en un vicio de desarrollo del aparato de la visión binocular, que afectará á la parte sensitiva y motora á la vez, y que ha de impedir se realice la convergencia de los dos ojos sobre el objeto que miramos. No debe admitirse, por lo tanto, un trastorno muscular orgánico, por

que la conservación de los movimientos asociados de dirección, la existencia del estrabismo alternante, la normalidad del campo de mirada cuando se inicia la afección, prueban todo lo contrario.

El consignar la bilateralidad del estrabismo nos es indispensable si hemos de razonar el tratamiento que empleamos para su curación y nos justifica también nuestra intervención quirúrgica á la vez en los dos ojos, estando en este punto compenetrados con los grandes clínicos Pannas y Landolt, que aconsejaban corregir siempre bilateralmente el estrabismo, puesto que el desequilibrio ocular afecta á los dos ojos.

El estrabismo tiene también su tratamiento médico, habiendo sido Javal uno de sus más fervientes partidarios, pero la oclusión de un ojo por largo tiempo, el uso de la atropina, de los vidrios correctores del defecto de refracción, y los ejercicios ortópticos que ocupan un lugar muy importante con relación al tratamiento quirúrgico en los primeros años de iniciarse el estrabismo, deben sustituirse por la intervención operatoria si no produce su aplicación el efecto apetecido.

Esto no quiere decir que el tratamiento quirúrgico pueda curar por sí solo un estrábico, porque lo único que hace es corregirle su estrabismo aparente, sin intervenir en las funciones de asociación visual, susceptibles de modificar por los medios ópticos que indicábamos anteriormente.

Claro está que no todos los estrabismos son curables, entendiendo por éstos aquellos á quienes se pueda devolver la visión binocular, pero todos se puede decir que son corregibles, es decir, que mediante la intervención quirúrgica podemos suprimirles el estrabismo aparente, y el enfermo queda muy satisfecho desde el momento que le hemos hecho una buena corrección estética, que haga desaparecer su defecto, aun cuando no consiga la visión binocular que nunca tuvo.

Nosotros hemos de procurar la curación verdadera del estrabismo mediante el tratamiento quirúrgico y óptico consecutivo; pero si fuera imposible conseguir la visión binocular, nos conformaremos con haber mejorado la estética facial del enfermo, que tiene capital importancia, sobre todo cuando se trata del sexo femenino.

En el siglo XVIII es cuando parece germinó la idea de poner remedio quirúrgico á la desviación estrábica, relatando Eschenbach, que un inglés llamado Taylor curaba el estrabismo, plegando la conjuntiva con unos hilos de seda, pero no está probado que seccionase el músculo, como opinan algunos autores. La primitiva idea de curación del estrabismo partió de Taylor, pero indudablemente el tratamiento que aplicó fué muy incompleto.

Es preciso que transcurra casi un siglo, hasta el año 1838, para que se hable de nuevo de la operación del estrabismo por Stromeyer, quien hizo una descripción detallada de la técnica operatoria, seccionando el músculo. Pero Stromeyer realizó sus experiencias en el cadáver, siendo Paulín en 1839 el primero que practicó la operación en el ser viviente. Casi al mismo tiempo Dieffenbach seccionaba el músculo en su porción posterior, realizando, por lo tanto, una miotomía, hasta que Guérin en 1840 hizo la tenotomía, que vino á sustituir aquella, gracias á los trabajos de Bonet de Lion.

Los resultados obtenidos con la miotomía y la tenotomía desanimaron á los operadores. La primera producía un estrabismo paralítico, y la segunda á la larga el estrabismo en sentido contrario. Diez años más tarde, Jules Guérin ideó el avance muscular para contrarrestar los estrabismos producidos por la miotomía y tenotomía mal reglada por aquel entonces.

En los años 1860 al 62 es cuando Graefe Critchett, Agnew, Cunier, Lucien, Boyer y Bachm, se ocuparon de estudiar con detalle el avanzamiento muscular, perfeccionaron la técnica operatoria, y sustituyeron el avance simple por el avance con resección parcial del tendón.

Más tarde, el año 1883, Wecker ideó el plegado del músculo y practicó el avance capsular, método que aun en la actualidad es seguido por ilustres colegas españoles y extranjeros. En 1890 Perinaud sustituye la tenotomía por los desbridamientos capsulares amplos, y Lagleyzé propone dos años más tarde el acortamiento muscular. Por último, Landolt en 1894 dice que el avance muscular aumenta la energía del músculo y aconseja se practique el avance bilateral.

En realidad, los distintos procedimientos quirúrgicos propuestos para corregir el estrabismo se pueden reunir en dos grandes grupos: En el primero, pueden congregarse los métodos que tienen por objeto disminuir la tracción ejercida por el recto interno, externo, o su cápsula, según que el estrabismo sea convergente ó divergente. Entre estos consignaremos la tenotomía y los desbridamientos de Perinaud. En el segundo, incluiremos aquellas intervenciones quirúrgicas que tienden á aumentar la tracción ejercida por el recto externo y su cápsula, cuando se trata del estrabismo interno, ó viceversa, si la desviación estrábica es externa. Este resultado se pretende conseguir mediante el acortamiento y los avanzamientos musculares y capsulares.

Al estudiar cada una de las operaciones propuestas en los dos grupos precedentes, no hemos de exponer su técnica operatoria, descrita en las

obras y monografías de nuestra especialidad que tratan del estrabismo: me voy á limitar solamente á exponer sus resultados y consecuencias fisiológicas, después de haber pasado algún tiempo de la intervención.

Modificada y reglada por Benet de Lion la técnica de la tenotomía, que practicó primero Stromeyer y después Dieffenbach, se puede decir que ha sido la operación que más frecuentemente se ha practicado contra el estrabismo, á pesar de tener, á mi juicio, más inconvenientes que ventajas.

Es indudable que la tenotomía produce, inmediatamente después de practicada, un enderezamiento del globo ocular desviado, pero en general el enderezamiento no persiste en los días sucesivos, pudiendo algunas veces desaparecer por completo. Sólo en casos muy especiales y en tenotomías muy amplias se ha conseguido alguna vez una corrección de 10 á 12°. Si no hemos suturado la membrana conjuntival, la carúncula lagrimal se hunde, debido á que la conjuntiva del ángulo interno adherida á los tejidos profundos, es arrastrada por el músculo retractado. Se presenta también una exoftalmía postoperatoria que si es bastante acentuada produce una deformidad muy desagradable, que si bien podemos corregir con una cantoplastia del ojo del lado opuesto, no deja de ser una complicación digna de tenerse en cuenta.

Los inconvenientes lejanos de la tenotomía son todavía más graves. Lo más frecuente es que la visión binocular no se restablezca después de la operación, y que sobrevenga el relajamiento espontáneo de la convergencia, dando lugar á un estrabismo externo de un efecto más desagradable que la desviación ocular interna que tenía el enfermo, afectado de estrabismo convergente.

Por otra parte, la tenotomía del recto interno produce un retroceso en la inserción del tendón muscular, que dará origen á una insuficiencia del músculo, y, por consiguiente, de la misma convergencia. No obstante, la tenotomía prudente practicada en el niño que tenga buena agudeza visual del ojo desviado puede en algún caso muy raro determinar el enderezamiento del globo ocular, establecer la visión binocular y conseguir la verdadera cura del estrabismo; pero estos casos son excepcionales.

Lo que ocurre generalmente es que, si bien al principio el enderezamiento es bastante aceptable, á medida que el niño crece sin que se restablezca la visión binocular, de una parte el relajamiento espontáneo de la convergencia y de otra el efecto de la tenotomía, hace que se presente un estrabismo secundario externo que anula por completo la corrección estética que conseguimos en la niñez.

El campo de mirada de los operados de tenotomía se observará que se encuentra disminuido en la adducción del globo ocular, y, en cambio, no se encuentra aumentado en la abducción. Es verdad que el ojo operado presenta un enderezamiento en los movimientos correspondientes á la esfera de acción del músculo tenotomizado, pero es un enderezamiento aparente, realmente débil, al querer seguir á su congénere, no tardando en presentarse la falsa proyección y la desarmonía entre las excursiones del globo ocular.

La visión binocular no se puede, por lo tanto, restablecer, puesto que falta la armonía indispensable en los movimientos de lateralidad y convergencia de los dos ojos. Si la doble imagen generalmente no aparece, es porque existe una ambliopía en el ojo tenotomizado, con neutralización de la imagen percibida. Aunque hayamos conseguido mejorar la agudeza visual del ojo operado, y goce de una visión suficiente, veremos que no es posible se realice la visión binocular, porque entonces aparecerá una diplopia cruzada en el campo de acción del músculo tenotomizado, y como la amplitud de la convergencia se disminuye por haber debilitado el recto interno, la diplopia se presentará en cuanto el enfermo quiera hacer uso de la visión próxima. Por eso dice Landolt que el efecto de la tenotomía separando el músculo recto interno del globo ocular es el mismo que el de una paresia, puesto que da lugar á una insuficiencia de convergencia, «y, sin embargo, el nombre sólo de convergencia decía que no era preciso tomar, sino añadir; no debilitar, sino más bien reforzar».

El efecto de la tenotomía en el estrabismo divergente, se traduce también por un enderezamiento del ojo desviado; pero como en el estrabismo divergente las desviaciones son muy pronunciadas, el enderezamiento que se consigue tenotomizando es generalmente muy insuficiente. Como persiste la divergencia, cuando el enfermo quiere hacer uso de su visión próxima, se presenta la diplopia cruzada, que será homónima si mira el operado de lejos, pareciéndonos entonces que su bizqueza es interna.

Se comprende que así suceda; porque si el estrabismo divergente resulta de la debilidad de inervación del recto interno, y hemos tenotomizado el recto externo paresiándole, no podrá contraerse lo suficiente en la visión lejana para relajar la convergencia y tendrá necesariamente que presentarse un estrabismo convergente con diplopia homónima como decíamos anteriormente. Charles Giraud sintetiza su opinión diciendo: «Para tener derecho á tenotomizar el músculo recto externo de un ojo cuya visión es suficiente, haría falta que este ojo presentase un gran exceso de divergencia activa».

Onfray se expresa en estos términos: «La tenotomía es una operación peligrosa, cuyo resultado no puede ser absolutamente previsto, y la tenotomía del recto externo es una operación casi siempre inútil y frecuentemente perjudicial». Por último, Parinaud emite su parecer en esta especie de corolario: «A medida que se adquiere experiencia, á medida sobre todo que se persigue en el tratamiento del estrabismo, no solamente el enderezamiento de los ojos, sino el restablecimiento de la visión binocular, tropieza uno con más y más inconvenientes del reculamiento muscular.»

Cuenta Paul Charles Giraud, que habiéndose encontrado un día su maestro Rochon Duvigneaud con el célebre anatómico Farabouf le dijo éste en tono sarcástico: «Se cortan todavía los músculos en Oftalmología».

En los Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos del mes de Junio pasado, el profesor Landolt, al hablar de los efectos de la tenotomía, dice que produce la desviación del ojo en dirección opuesta, la limitación de la excursión y la falsa proyección en dirección de la acción del músculo. Al tenotomizar los rectos internos en el estrabismo convergente concomitante, se crea una insuficiencia de convergencia que se opone al restablecimiento de la visión binocular, además del efecto antiestético resultante de la retracción de la carúncula. Si por el contrario tenotomizamos los rectos externos en el estrabismo divergente, producirá por igual causa los mismos efectos perjudiciales. Estos hechos, dice Landolt, son la condenación de la tenotomía.

Esta intervención resultaría todavía más perturbadora, á mi juicio, practicándola como intervención única en el ojo que no se desvía, según aconseja Battremieux, el cual corrige indirectamente todo el estrabismo operando sobre el ojo sano, en lugar de limitarse á corregir en este ojo la mitad ó poco más y el resto en el ojo desviado. Este procedimiento produce en un estrabismo convergente, que es la variedad donde emplea su método una abducción del ojo fijador igual á la adducción ó convergencia estrábica. De este modo, cuando fije en primera posición con el ojo operado, tendrá que efectuar un movimiento igual al grado de desviación corregida, y en virtud de la inervación recuperada por el ojo fijador, para trasladarse desde el sitio donde fué llevado por la tenotomía, hasta colocarse en primera posición, el ojo desviado que permanecía indiferente en su posición anormal, se enderezará por sinergia hasta que alcance la primera posición. Este procedimiento no ha sido practicado más que por su autor.

De otra parte, el efecto corrector de la tenoto-

mía no se interpreta de igual modo por los diversos autores que se han ocupado de esta cuestión. Las dos hipótesis que más partidarios han tenido, son la de Parinaud y la de Motais. Para el primero, la tenotomía remedia un trastorno de inervación y obra debilitando el músculo que retrocede de su inserción. Esta debilidad, esta insuficiencia muscular, se podría explicar por la disminución de extensión, á consecuencia del enroscamiento del músculo. En cambio, el segundo fundamenta su opinión en el papel importantísimo que juegan las aletas ligamentosas de la cápsula de Tenon, que se prolongan hasta el borde orbitario correspondiente donde tienen su inserción.

Estas aletas, supone el profesor Motais, que limitan la contracción de los músculos, porque son susceptibles de alargarse en cierta medida cuando practicamos la tenotomía. En virtud de este alargamiento, la aleta dispondrá, por consiguiente, de una porción menor susceptible á ceder en la contracción muscular. El músculo tendrá que luchar desde el principio de su contracción, con una tensión mayor de la aleta ligamentosa, fácilmente compresible, por haber retrocedido el tendón, al separarse de la membrana esclerótica. Esto nos explicaría la disminución en la excursión del ojo, y la debilidad ó insuficiencia del músculo tenotomizado.

El Dr. Lagleyze no acepta la hipótesis de Motais, porque fundamenta sus experiencias en disección de animales muertos, es decir, en las peores condiciones para resolver un problema de dinámica muscular, y además, porque dice que el dibujo presentado por Motais para sus explicaciones no coincide con los casos, porque la figura debería representar en iguales condiciones estáticas de sus músculos, la posición del estrabismo y la de su corrección, para observar el estado del músculo y de su aleta ligamentosa, antes y después de la operación.

No hemos nosotros de seguir las disquisiciones científicas que hace tan sabio profesor con respecto á la interpretación de los esquemas indicados, puesto que no es de nuestra incumbencia en este momento; sólo daremos á conocer sintéticamente su opinión, que al fin y al cabo, es una hipótesis más en el campo de la ciencia.

En la tenotomía dice: «Lo primero que se produce es un enderezamiento del ojo. El músculo antagonista libre de la contractura del músculo tenotomizado, disminuye su longitud, por su propia tonicidad. Abierta la cápsula de tenon al practicar la intervención, permite que la elasticidad propia de la hoja periorbitaria de esta cápsula, se retracte sobre el borde orbitario correspondiente al lado operado, y el globo del ojo, una vez disminuídas las adherencias que le detenían en el sitio del ten-

dón cortado, se dirige hacia adelante, volviendo al mismo tiempo hacia el lado opuesto». El resultado, por lo tanto, después de la tenotomía será, que el músculo conserva sus dimensiones anteriores, obedece como antes al mismo influjo nervioso, no está debilitado, y tiene la misma contractilidad ó mayor que antes de la operación. En la tenotomía de un músculo el que se acorta es el antagonista,* en una cantidad proporcional correspondiente á la corrección del estrabismo, quedando el músculo tenotomizado con la misma longitud que antes de la intervención.

En vista de los inconvenientes que tiene la tenotomía, se la ha querido sustituir por otros procedimientos quirúrgicos, que respetando la inserción anterior del músculo no la debilite. Empecemos por los desbridamientos capsulares de Parinaud.

En el año 1890, Parinaud ideó su operación de los desbridamientos, que vino practicando hasta su muerte, como verdadero sustituto de la tenotomía. El ilustre oculista fundamentaba su intervención quirúrgica, en que la extensibilidad del músculo está sujeta por sus conexiones con la cápsula, cuyas suspensiones fibrosas podrían en los estrabismos antiguos presentar adherencias patológicas, que es preciso liberar para el enderezamiento del globo ocular.

El desbridamiento capsular de un músculo ha de ir acompañado siempre del avance del antagonista resultando la operación combinada, puesto que se interviene en los demás músculos á la vez.

Según el Dr. Parinaud, la operación combinada producirá un enderezamiento inmediato de 25° á 30° que yo no he podido comprobar. Es preciso tengamos una asepsia rigurosa y no traumaticemos mucho en la operación, porque nos puede venir una retracción inflamatoria secundaria, que neutralice por completo el efecto, que en un principio se consiguió con el acto quirúrgico. Este procedimiento tiene la ventaja de que no modifica la movilidad del globo ocular hacia su parte interna, y por lo tanto, no se opone al restablecimiento de la visión binocular, porque no hace más que librar al músculo de sus adherencias respetando su inserción anterior.

Sólo á título de curiosidad merece consignarse el alargamiento muscular de Landolt, puesto en vigor el año 1905. En este procedimiento como lo indica su nombre, el objeto es alargar el músculo encogido, ó mejor dicho acortarlo, respetando su inserción anterior.

En ocasiones, en vez de alargar el músculo se le secciona, y entonces nos encontramos con los graves inconvenientes de la miotomía de Dieffenbach, y así lo comprendió el mismo Landolt al limitar mucho sus indicaciones.

Julio G. Guérin en 1849 dió á conocer el nuevo procedimiento quirúrgico del avance muscular, con el que pretendía corregir el estrabismo secundario consecutivo á tenotomías desgraciadas. En 1872 Critchett modificó su técnica empleándole como tratamiento de las desviaciones oculares primitivas, y Wecker en 1883, en vez de separar el músculo de su inserción tendinosa, lo plegaba sencillamente, practicando un avanzamiento cápsulomuscular, asociado casi siempre á la tenotomía del músculo antagonista, que fué suprimida más tarde por Landolt.

Este ilustre colega, partidario entusiasta de los avanzamientos, desecha las tenotomías y no se contenta sólo con el aislamiento del tendón, sino que reseca la parte anterior del músculo, para llevarle más cerca del limbo esclerocorneal, constituyendo la operación del avanzamiento con resección muscular.

El procedimiento de Wecker se caracteriza por la plegadura del músculo y de su cápsula, respetando la inserción tendinosa de los rectos. El efecto correctivo que conseguimos con esta operación varía según la mayor ó menor extensión del plegamiento y según la combinemos ó no con la tenotomía. Si practicamos el procedimiento clásico de Wecker, avanzamiento con tenotomía del antagonista, la desviación estrábica se corregirá de 15 á 20°, porque el avance capsular aumenta la acción correctora de la separación muscular, pero en cambio, disminuye la adducción y la amplitud de la convergencia, factores que más tarde vendrán á perturbar la visión binocular.

Si hacemos caso omiso de la tenotomía, é intentamos corregir el estrabismo empleando el avance capsular bilateral; observaremos que no corrige más de 10 á 12°, pero no perturba la convergencia, y puede producir la curación verdadera de estrabismos muy poco pronunciados. La corrección que produce el avance capsular bilateral es, por lo tanto, muy limitada y se disminuye, porque al quitar los puntos de sutura desaparece la plegadura del músculo. La cápsula tenoniana no queda avanzada según parecen demostrar las operaciones hechas por Halt en los animales. Es posible, dice Parinaud, que los hilos de sutura determinen en el músculo y la cápsula una ligera retracción cicatricial. En suma, el inconveniente del avance cápsulomuscular es que no corrige más que las desviaciones estrábicas muy débiles. En mi humilde opinión, de iguales defectos adolece el acortamiento muscular de Lagleyze aun asociado á la tenotomía. Sólo corrige las desviaciones estrábicas pequeñas, si no se practican amplias tenotomías con todas sus consecuencias. Los estrabismos pronunciados aunque parecen corregirse después de la intervención, vuelven á re-

aparecer de nuevo con igual intensidad al cabo de cierto tiempo.

(Se continuará.)

LA LEPRO EN ESPAÑA

COMUNICACIÓN PRESENTADA AL CONGRESO DE MEDICINA

POR EL

DR. HERNÁNDEZ SAMPELAYO

CONCLUSIONES

1.^a En España puede considerarse que la lepra tiene dos orígenes: de una parte la lepra autóctona, introducida por las primeras inmigraciones históricas, y de otra parte, las corrientes emigratorias, especialmente en la región gallega hacia las repúblicas sudamericanas.

2.^a La lepra en España y en las regiones estudiadas por nosotros, debe considerarse como débilmente contagiosa.

3.^a En el estado actual de nuestros conocimientos no es posible negar en absoluto el valor de la herencia, propiamente dicha.

4.^a La lepra familiar es una modalidad muy frecuente en las regiones estudiadas por nosotros.

5.^a Aun siendo muy difícil su demostración, hay muchos motivos de índole epidemiológico y experimental que inducen á pensar en el valor del contagio mediato.

6.^a Es muy fácil demostrar distintas maneras de transmisión del bacilo.

7.^a Hasta que no se consigan medios prácticos de inoculación en los animales y de cultivo no se podrán demostrar los mecanismos del contagio.

8.^a Es muy posible que uno de los elementos de más valor en la adquisición de la enfermedad sea la receptividad, hereditaria ó adquirida, del organismo infectado.

9.^a El leproso con lesiones abiertas es siempre un grave foco de diseminación del bacilo.

10.^a Hay necesidad de hacer, por todos los medios de que se disponga, una estadística completa de la lepra en España.

11.^a En el estado actual de nuestros conocimientos, la única profilaxia eficaz es el aislamiento de todos los enfermos.

12.^a Procede, pues, con la mayor urgencia el establecimiento de leproserías en las regiones invadidas.

Aparte de esta ponencia ha presentado una comunicación á la Sección VIII, Dermatología, titulada «La lepra en Galicia», y otra á la Sección IV, Neurología, titulada «Aportación personal á la terapéutica intrarraquídea en la neurosífilis», por los Dres. Fernández Sanz y Sampelayo.

PSIQUIATRIA PERUANA

POR EL

DR. CESAR JUARROS

Resurge ahora, con ocasión del primer Congreso Nacional de Medicina, la idea del hispano-americanismo

médico bajo aspectos de posibilidad práctica que no tuvo jamás.

Este ansia de estrechar los lazos científicos entre las naciones de habla castellana es antigua. Constituye un ideal al que ningún español, europeo ó americano, puede considerarse extraño; pero para que resulte viable su realización se precisa, como condición fundamental, la de un más exacto conocimiento del progreso de las técnicas médicas en los países con los cuales se ha de integrar la ilusionadora ambición de una medicina hispano-americana autónoma.

Poco saben los médicos españoles del estado próspero de la ciencia americana, poco conocen también aquellos hermanos de raza de cómo nuestra medicina va avanzando y consolidando su personalidad dentro de la ciencia mundial.

Y por ello el primer paso necesario es intensificar el intercambio de publicaciones.

El último correo me ha traído unos cuantos folletos peruanos, que indican de qué modo los médicos de allá merecen ser conocidos de los nuestros. El Dr. Bambaren además de excelente psiquiatra es un buen amigo que me hizo este espléndido obsequio del cual creo deben participar los lectores de EL SIGLO MÉDICO. Cuanto más exacto y documentado sea el mutuo conocimiento, más hacedero resultará el ideal de una medicina ibero-americana.

HERMINIO VALDIZAN. — *La alienación mental entre los primitivos peruanos*. Lima, 1915. Tesis del doctorado.

Constituye esta tesis un folleto de 97 páginas del más alto interés. De los estudios emprendidos por el autor dedúcese que los primitivos peruanos conocieron ya el delirio febril y el delirio alcohólico. Les era asimismo familiar la coca y su acción estimulante y las propiedades estupefacientes del *Datura estramonium*.

Se presentó por entonces en el Perú una coreomanía epidémica que curaban las hechiceras. Y para desencanto de los *snobs* que creen haber inventado refinamientos sexuales, la leyenda y la cerámica demuestran que todos los refinamientos y aberraciones de este lado de los mares los conocían y practicaban lo mismo en la otra orilla. La sexualidad no es obra de los hombres sino su tirana, bueno será no olvidarlo. Como clasificación sólo admitían la distinción entre los trastornos psíquicos congénitos y los adquiridos, y por lo que a la terapéutica se refiere formaba su base la hechicería que algunas veces recurría a la balneación, la sangría y la trepanación.

MARIANO C. ALEGRE. — *Los delinquentes tatuados de la Penitenciaría nacional*. — Lima, 1917. Tesis para el grado de Bachiller.

88 páginas dedicadas a estudiar los tatuajes de los delinquentes de la Penitenciaría nacional. La etiología esencial, la más frecuente, es la imitación. La contemplación de otro tatuaje fué lo que decidió a la mayoría de los observados a tatuarse.

Los tatuajes son una peculiaridad de los delinquentes; con mucha menor frecuencia se encuentran entre

los que no lo son; de los estudiados por el autor, la mayoría estaban colocados en regiones visibles del cuerpo como el tronco ó las extremidades superiores; casi siempre encontró Mariano C. Alegre en los tatuados disminución de la sensibilidad cutánea.

En general, los tatuados no se muestran satisfechos de su tatuaje, ni aun siquiera resignados.

GUILLERMO FERNÁNDEZ DÁVILA. — *La simulación de las enfermedades*. — Lima, 1917, separado de *La Crónica Médica*.

Estudio de conjunto sobre varios aspectos del problema médico legal de la simulación y que por este mismo carácter resulta muy difícil de extraer.

Presenta de grato este trabajo no sólo el buen estilo castellano en que está escrito, sino lo muy claramente que demuestra las íntimas relaciones que el autor, ilustre médico militar peruano, mantiene con la vida española, pues hasta recuerda como ejemplo de simulación al grotesco protagonista del sainete madrileño «El pobre Valbuena».

Y prueba de como nuestro intercambio intelectual ha de ser intensificado, es el que este amorador de España al citar obras de médicos militares sobre simulación hace referencia de las francesas; pero no de la excelente del fallecido Slocker ni de la más modesta que lleva mi firma.

Seguramente ni un ejemplar de ellas llegó al Perú.

HONORIO F. DELGADO. — *La Psiquiatría psicológica*. — Lima 1919, tirada aparte de la *Revista de Psiquiatría y disciplinas conexas*.

Estudio lleno de documentación bibliográfica é inspirado en un criterio fundamentalmente personal, muy apoyado en los trabajos de Freud.

Para Delgado, en las enfermedades psicógenas hay una sustitución parcial ó total de los elementos aperceptivos por los del contenido de la subconciencia.

En el tratamiento recurre al psicoanálisis, citando extractos de observaciones personales. Destaca en el trabajo la abundante bibliografía. Los autores españoles no son citados.

Entusiasta de Freud y su escuela, demuestra Honorio F. Delgado poseer una recia personalidad clínica. Es más conocido en España que los otros psiquiatras peruanos aquí citados, por haber publicado varios trabajos en la *Revista de Criminología*, de Buenos Aires, que circula bastante entre nosotros.

* *

Aun no habiendo hecho sino un muy breve extracto, basta para que el lector pueda formarse idea del singular interés que debe despertar la Psiquiatría peruana, poco conocida todavía en España, tan poco como nuestras publicaciones lo son de aquellos compañeros.

Nos atrevemos a recomendar a los colegas nacionales el envío de sus publicaciones a fin de que en lo referente a nuestra especialidad pueda ser pronto un hecho el intercambio, germen de la futura medicina hispano-americana.

Cosas del siglo pasado.

¿Es conveniente que los médicos formen parte de los cuerpos gubernativos y legisladores?

Esta pregunta se hacía el Dr. S. Escolar el año 1854 en un notable artículo publicado en EL SIGLO MÉDICO.

Y afirmaba, basándose en sólidos argumentos, que no sólo es conveniente, sino que es además útil, justo y necesario.

«El conocimiento de la organización del hombre físico y moral, así en su esencia como en sus efectos, es indispensable para asegurar su bienestar, y tal conocimiento nadie le adquiere mejor que el que estudia este ser material y filosóficamente. ¿Cuántas leyes no encuentra el médico filósofo duras é inobservables porque se hallan en abierta oposición con las inclinaciones, hábitos y necesidades materiales del hombre? ¡Y cuántas otras no echa de menos que harían más perfecta su posible felicidad!»

En otro párrafo dice el articulista: «El médico es entre las diferentes clases del Estado uno de los que con más utilidad pueden y deben admitirse en la árdua y difícil tarea de legislar, ya por sus estudios especiales, ya también, y esto es preciso tenerlo muy en cuenta, porque la obligación diaria en que se encuentra en el ejercicio de su ministerio de buscar solución á cuestiones las más oscuras y complejas, el hábito adquirido en estas luchas intelectuales difíciles y espinosas, le hacen muy á propósito para comprender el valor y límites de una cuestión, examinarla bajo su verdadero punto de vista y encontrar su solución así en la teoría como en la práctica».

Y extiende el Dr. Escolar la utilidad de la Medicina á los trabajos de la Administración pública, diciendo: «La higiene pública, por ejemplo, es uno de los ramos más principales sometidos al cuidado de las municipalidades y del que mayores bienes reporta la sociedad; ¿cómo podría darse en él un paso acertado siquiera sin los ilustrados consejos de un médico? Los hospitales, los hospicios, las cárceles, los presidios, etc. ¿estarían tan mal acondicionados si los médicos tuvieran parte en su planteamiento y administración? Y si en los diversos cuerpos gubernativos ocupara la Medicina el preferente lugar que está llamada á ocupar, ¿permanecerían tan abandonados estos asilos de beneficencia y de expiación del crimen, que por lo general albergan la clase más necesitada de la sociedad y por lo mismo la más acreedora á las benéficas miradas de sus gobernantes?»

¿Presenciaríamos, entonces, el abandono y la miseria de estas y otras casas de socorro, al propio tiempo que se ostenta el lujo más fastuoso en establecimientos de pura diversión ó recreo y aun hasta de inmoralidad algunas veces? No; el médico, rodeado siempre del dolor y de la miseria al ejercer su noble profesión, adquiere de tal manera el hábito de dispensar el bien y procurar el consuelo á sus conciudadanos, que logra hacerse benéfico por costumbre, si ya no lo es por inclinación; por consiguiente, sería imposible que estando en su mano no corrigiera tales abusos.»

Otras muchas razones aducía el autor para demostrar su tesis, y aseguraba que mientras no hubiera en las Cortes, en los Ayuntamientos y en las Diputaciones provinciales verdaderos representantes de la clase médica, nuestras quejas serían desoídas y nuestras justas pretensiones desechadas; y animaba á los compañeros á la lucha con estas palabras:

«Trabajemos todos, unánimes, en cuantas elecciones se sucedan, no sólo de diputados á Cortes, sino también provinciales y aun de concejales; hagamos conocer á la socie-

dad lo que somos, lo que valemos, lo que podemos, y ella nos tendrá que respetar forzosamente».

Bellas palabras que á pesar de los años transcurridos desde que se escribieron, no han podido convertirse todavía en realidad práctica por nuestra apatía y por las menudas diferencias personales que nos separan.

Periódicos médicos.

NEUROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1 Nuevas investigaciones experimentales sobre la degeneración y regeneración de los nervios periféricos, por el profesor Luis Merzbachez.—Resume el autor los resultados concretos de sus primeros ensayos experimentales en las siguientes conclusiones:

1.^a Invaginando un nervio periférico cortado y nueva mente suturado con una vena llena de substancia cerebral triturada se inhibe una proliferación desordenada y abundante de fibras nerviosas degeneradas y en camino de proliferación; es decir, tal procedimiento parece indicado para dificultar la formación del neuroma, tejido tan molesto en el proceso cicatricial de los nervios.

2.^a La masa inyectada (substancia cerebral) tiene la tendencia á una pronta organización.

3.^a En las partes periféricas del nervio interrumpido en su continuidad anatómica y funcional, que, sujetado á la ley de Waller, debía infaliblemente sucumbir á una degeneración completa, encontramos en nuestra experiencia numerosos cilindros-ejes y vainas nerviosas intactas, es decir, escapadas á la degeneración.

4.^a Parece que las partes del nervio más cerca de substancia inyectada dentro de la luz venosa desarrollan una resistencia y vitalidad más enérgica que las alejadas de ella.

De todo lo que referimos nos es dado lógicamente deducir que nuestros experimentos indican un nuevo camino que hay que seguir para encontrar un medio para aumentar la resistencia vital del nervio aislado de su centro trófico y para habilitarlo á una resistencia antidegenerativa.

Estamos en los primeros ensayos. Nuevos estudios tendrán que demostrar si esta conservación de la vitalidad nerviosa es duradera y si también la regeneración se modifica en un sentido igualmente favorable. (*Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica*, Buenos Aires.)

2. El edema del cerebro en las enfermedades infecciosas, por el Dr. C. T. Sharpe.—Demuestra el autor que el edema del cerebro puede aparecer y aparece en el curso de las infecciones, aunque hasta ahora no se han publicado más que algunos casos y establece las siguientes conclusiones:

1.^a El edema del cerebro aparece en las enfermedades infecciosas.

2.^a Su presencia no es raro que enmascare los síntomas de la enfermedad á la cual es debido, y puede ser considerado como un tipo *per se*.

3.^a El envolvimiento primario puede ser el del sistema nervioso central.

4.^a Existe afinidad entre la presión cerebroespinal y la circulación cutánea, siendo directamente influenciada una por la otra.

5.^a La aparición de una marcada erupción cutánea en un caso que presenta síntomas de presión intracraneal, es presagio de pronóstico favorable. Estos enfermos recuperan la salud.

6.^a La punción lumbar está indicada en estos casos.

7.ª Los baños de luz eléctrica, al favorecer al aumento de la circulación cutánea, son beneficiosos y preferibles á los baños calientes de 105 F. (40.5 C.) á 110 F. (43.3 C.), aunque los últimos producen también resultados favorables. (*The Journal*, Edición española, Marzo 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

3. Las manifestaciones nerviosas de la influenza, por C. Dragotti (*Il Policlinico*, 9-II-19).—La influenza ocupa un lugar importante entre las enfermedades infecciosas que con más frecuencia se acompañan de síntomas nerviosos graves. La afinidad de la toxina influenzal para el sistema nervioso sería semejante á la del tétanos, con la diferencia de que el agente microbiano mismo puede vivir y desarrollarse en el tejido del eje cerebroespinal.

Aunque nada se sabe concretamente del agente causal de la gripe, es interesante, sin embargo, recordar que Cantani ha obtenido fenómenos, sobre todo de sistema nervioso, después de sus inoculaciones experimentales con Pfeiffer.

Parece innegable la influencia del virus gripal sobre el sistema nervioso, bien directa ó bien haciéndole muy vulnerable á la acción de los agentes externos é internos. A veces las infecciones asociadas juegan un importante papel. La fiebre y el profundo trastorno metabólico, tienen un gran papel en la génesis del delirio toxiinfeccioso, aunque sería más exacto afirmar que desempeñan tan sólo el papel de causas coadyuvantes. La presencia de tales factores coadyuvantes no es ni mucho menos necesaria: es preciso considerar también la importancia de la herencia neuropática y de la virulencia del germen gripal.

Con respecto á la tara neuropática está completamente demostrado que la gripe puede revelar ó agravar enfermedades nerviosas latentes ó preexistentes y provocar síndromes nerviosos en individuos particularmente tarados por deficiencia orgánica congénita ó por infecciones é intoxicaciones crónicas.

Otras veces el predominio de las formas nerviosas depende exclusivamente del germen que adquirió la facultad de atacar principalmente al sistema nervioso.

Las manifestaciones nerviosas de la gripe no tienen carácter especial alguno, y sólo pueden ser diagnosticadas la mayor parte de las veces acudiendo al «posthoc» clásico.

Pero sin recurrir á trastornos nerviosos graves, todo el cuadro clínico de la gripe, aun la más benigna, está dominado por los signos clínicos de intoxicación del sistema nervioso, cuyos síntomas son los más constantes y los más peligrosos. Son éstos á saber: la cefalea, las neuralgias y la astenia.

La cefalea gravativa, en la región superciliar y la regla. Las neuralgias también son elementos sindrómicos muy constantes, aunque muchas veces tienen un carácter vago de dolor muscular, óseo ó articular. Otras veces, sin embargo, verdaderas neuralgias se producen (trigémico, intercostal, escapulo humeral y ciática). La astenia intensa, prolongada también es corriente, y en ninguna otra infección dura tanto ni es tan desproporcionada al estado febril. Los más variados trastornos en todos los aparatos pueden derivar de la astenia (gástrica, intestinal, cardíaca, etc.). El insomnio ó la somnolencia no son raros en los enfermos de gripe.

Junto á estos síntomas banales se presentan á veces otros que traducen una profunda intoxicación del sistema nervioso: vértigos, vómitos, trastornos de la visión, accesos asmáticos, poliuria, diarrea, arritmia y las formas sincopales.

Además de estos disturbios la influenza provoca una serie de síndromes morbosos aparte las formas neuróticas y psíquicas, de carácter inflamatorio ó hemorrágico, cuyas le-

siones pueden asentar en cerebro, bulbo, medula espinal y trayecto periférico.

Las complicaciones cerebrales pueden presentar varios tipos: son siempre encefalitis que diversos autores han descrito con localización, marcha y síndrome clínico diferente.

Las meningitis son muy frecuentemente secundarias á otitis, sinusitis ó pneumonías. El pioencefalón también ha sido observado. El síndrome meníngeo aparece con rapidez y desaparece también con la misma facilidad.

El estado hemofílico puede determinar la presentación de algunos focillos hemorrágicos cerebrales.

A propósito de encefalitis y de hemorragias en la gripe conviene recordar la discutida encefalitis letárgica, cuyo síndrome es ya conocido: tendencia invencible al sueño, estado infeccioso grave y parálisis de los músculos del ojo.

La oftalmoplejia puede sin embargo presentarse independientemente de la encefalitis letárgica: la parálisis de la acomodación es particularmente frecuente en la convalecencia de la gripe. Estas oftalmoplejias muy rebeldes, pueden acompañarse de trastornos de la palabra y de la deglución.

Las neuritis ópticas y las retinitis también han sido observadas frecuentemente. Son frecuentemente tóxicas, pero otras veces pueden deberse á neuritis retrobulbares de carácter hemorrágico. Las iridocoroiditis no son raras por trombosis de la arteria central.

Los trastornos bulbares son frequentísimos; entre ellos principalmente los vagoparalíticos (taquicardia, edema pulmonar). Otras veces, en cambio, la vagotonización ocasiona bradicardia. La arritmia, los síndromes anginoides, el espasmo laríngeo y diafragmático no son raros. Casos de parálisis bulbar progresiva se han registrado, y también algunos de miastenia grave, con síndrome bulbar inicial.

Los síndromes medulares gripales son muy variados: empezando por la raquialgia, se han descrito casos de mielitis de tipo diverso (sistematizados, difusos, progresivos), pero siempre de marcha aguda. El herpes zóster también se ha registrado.

Entre los trastornos en los nervios periféricos han sido ya descritos los más interesantes de las neuritis de los pares craneales. La polineuritis gripal no tiene más caracteres propios que su gravedad. En cuanto á las neuralgias ya se describieron.

Las neurosis (epilepsia, corea, histeria, neurastenia) pueden ser todas agravadas por la gripe. Trastornos del tipo Basedow ó al contrario de mixedema pueden producirse en relación con tiroiditis gripales.

Las psicosis de la influenza pueden ser: 1.º Psicosis del período febril. 2.º Psicosis de la convalecencia.

Las psicosis del período agudo son idénticas á las que acompañan otros estados febriles. Son eminentemente tóxicas. Revisten en general el tipo de la amencia.

Las psicosis de la convalecencia son la manía y la melancolía. Ciertos estados mentales (demencia precoz, locura maniacodepresiva) han sido provocados ó agravados por la infección gripal.

Lo mismo puede decirse de la parálisis general progresiva.—*Banús.*

SIFILOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento del chancro venéreo, por el Dr. Luis del Portillo.—Según la localización, el autor recomienda el siguiente tratamiento:

1.º Los chancros venéreos extragenitales, en general, pueden tratarse, en la mayor parte de los casos, por medio de la chancricina. En las regiones velludas, se desembara-

zará primero la región de pelos, utilizando para hacerlo únicamente las tijeras y no la navaja de afeitar, pues con ésta es muy expuesto á producir inoculaciones.

2.º El chancro venéreo del frenillo debe tratarse incindiendo éste lo más pronto posible, porque en este sitio evoluciona siempre el proceso ulceroso hasta la completa destrucción de este repliegue. La incisión del frenillo, para evitar la hemorragia, se practicará con el termo ó con el galvanocauterio.

3.º El chancro venéreo del meato puede tratarse por el método general.

4.º El chancro venéreo subprepuicial, si se acompaña de gran inflamación de voluminoso edema del prepucio, se debe tratar por las irrigaciones muy calientes (á 40º ó 45º) y prolongadas cada doce horas, hechas si es necesario, con una cánula de doble corriente, seguidas de una cura permanente, algodones empapados en la solución de sulfato de cobre al 1 por 100. Si hay amenaza de flemón subprepuicial ó de gangrena, además de este mismo tratamiento, será conveniente aplicar al enfermo una inyección intravenosa de salvarsán, de 20 ó 30 centigramos, que se podrá repetir á los ocho días si no han cedido del todo los síntomas alarmantes con la primera.

5.º El chancro venéreo endouretral se tratará por medio de irrigaciones uretrales de agua boricada al 3 por 100 muy caliente (á 40º ó 45º), hechas con la cánula uretral de doble corriente, repitiendo las sesiones cada seis horas. En el intermedio, se aplicarán tópicos endouretrales de yodoformo y compresas calientes en el pene. Las bebidas alcalinas, suprimiendo la acidez de la orina, atenúan el dolor en la micción.

6.º El chancro venéreo del ano tiene algunas indicaciones particulares.

(*Revista Española de Urología y Dermatología*, Febrero de 1919.)

PEDIATRÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Notas clínicas acerca del paludismo en los niños, por el Dr. R. Gómez Ferrer.**—Estudia el autor con datos recogidos en su clínica particular todo lo relativo á las diferentes maneras de presentarse el paludismo en los niños, y opina que deben tenerse en cuenta las siguientes conclusiones:

1.ª Cualquier proceso febril de tipo intermitente en los niños, es sospechoso de paludismo si el niño vive en región palúdica: si ha residido con anterioridad en ella; si en la proximidad del niño y en estación cálida hay algún individuo que padezca ó haya padecido paludismo.

2.ª La sospecha no autoriza á la afirmación porque muchas infecciones febriles sin exceptuar la tifoidea pueden adoptar un tipo intermitente.

3.ª Todo síntoma ó síndrome que reaparezca con periodicidad en un individuo sometido á las condiciones de vida del caso primero puede ser palúdico, lo mismo si constituye el síndrome exclusivo del enfermo, que si es sobreañadido á otros síntomas debidos á diferente estado morbozo bien definido y diagnosticado.

4.ª La falta de hematozoarios de Laverán en las preparaciones obtenidas en un enfermo que clínicamente hemos considerado como sospechoso de paludismo, no basta para negar la realidad de éste en el enfermo.

5.ª La presencia de hematozoarios en un individuo aparentemente sano no permite considerarle como palúdico.

6.ª La fiebre continua ó remitente en individuos de zona

palúdica puede ser debida al hematozoario de Laverán. (*Archivos Españoles de Pediatría*, Madrid, Marzo de 1919.)

RADIOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1 **Biomecánica, cinemática y cinética de la columna vertebral, por el Dr. S. García Hurtado.**—Hace el autor un documentado estudio sobre esta materia, y entre los factores más importantes que determinan la escoliosis de la columna vertebral señala los siguientes:

A) Las paresias musculares que originan desigualdad en las tracciones y pérdida del equilibrio normal de la columna.

B) La rotación y desviación lateral de la columna, ocasionada por la causa anterior y por la gravedad.

C) La compresión de los pares medulares, á su paso por los agujeros de conjunción, en el lado de la concavidad, originando una serie de trastornos tan manifiestos, que esta sola perturbación ha dado motivo á la publicación de un libro en 1915 titulado *Osteopatías Mecánicas*, editado en Kirksville Missouri (E. U. A.), y escrito por F. Ashmore, en el cual se explican varios procesos no bien comprendidos hasta ahora y cuyos trabajos son completamente desconocidos en nuestro país.

D) Alteraciones circulatorias en la concavidad con disminución del calibre de los vasos y menor riego sanguíneo consiguiente, perturbándose la nutrición de estas regiones y aumentando paulatinamente la atrofia.

E) Acortamiento de los músculos de la concavidad, originado por la ley de biología, en virtud de la cual el órgano se acomoda á la función; es decir, que la longitud del músculo se regula á sí misma, según la necesidad que tiene que cumplir.

F) Disminución del tono muscular de los erectores del tronco, primero de la convexidad, después de la concavidad, según la región, por afección idiopática muscular primitiva, y después por sumarse á esta afección la atrofia por desuso.

G) Por último, la tendencia que tienen los organismos á restablecer el equilibrio, una vez que éste se pierde por alguna deformación. Esta tendencia, que se observa más frecuentemente en los vegetales, da lugar á lo que se ha llamado en el hombre curvas de compensación. (*Revista Española de Electrológica y Radiología Médicas*, Madrid, Septiembre, 1918.)

TOXICOLOGÍA

EN LA LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre la resistencia de la morfina y de la cocaína á la putrefacción, por el Dr. Luciano P. J. Palet.**—Del estudio de dos casos muy interesantes deduce el autor las siguientes conclusiones:

1.ª Que la morfina resiste muy bien á los procesos de la putrefacción, habiéndonos sido posible hallarla siete meses después en un caso de intoxicación crónica y dos años y medio después en un caso de intoxicación aguda.

2.ª Que nos ha sido factible comprobar la cocaína (ó productos de su transformación) en un caso de intoxicación crónica siete meses después de la muerte.

3.ª Que la coloración rojiza que adquieren las vísceras en el tratamiento sulfúrico del método Dragendorff, es un bueno y seguro indicio para demostrar la presencia de morfina *a priori* de toda otra investigación. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 13 de Marzo de 1919.)

EL SIGLO MÉDICO

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.

Nuevo é importante mitin sanitario.— Real decreto trascendental de autonomía universitaria.

El último mitin sanitario, celebrado en el Seminario de Madrid el domingo 18, merece calificarse, como lo hemos hecho, de más importante que los otros que forman la serie de propaganda patriótica y desinteresada que un grupo de hombres, que unen á su alta representación profesional y científica el convencimiento y la buena voluntad, vienen dando en diferentes poblaciones y con apelación á auditorios de significación diversa. Esta mayor importancia no estriba en que los discursos fuesen más ni menos elocuentes, ni el que los oradores (casi siempre los mismos) fueran más ni menos renombrados que otras veces; la significación importante se la dió el auditorio á que la reunión fué dedicada. Constituían éste los alumnos del Seminario de Madrid, con su rector y profesores, y presididos por el prelado de la Diócesis. Los organizadores de esta campaña, por todos alabada y con general estimación recibida, han comprendido toda la importancia que tiene el aunar á sus esfuerzos los del sacerdocio español en la misión santa de predicar la higiene para procurar el bienestar material y físico que en nada excluye la labor elevada de obtención de la perfección moral y de la bienaventuranza. La unión del sacerdote al higienista, al médico y al sanitario, no solamente no es difícil, sino que es lógica y necesaria si los unos y los otros comprenden y procuran realizar la función á cuyo desempeño están llamados.

Este vino á ser el espíritu de los inspirados discursos pronunciados por los Sres. Francos Rodríguez, Recasens, Juarros y Carracido por una parte, y por otra por el señor rector del Seminario y por el señor obispo de Madrid-Alcalá, quien primeramente en la alocución con que cerró la Asamblea y después en la conversación familiar y cordialísima que mantuvo con los paladines sanitarios, marcó la necesidad de la repetición de actos análogos con objeto de determinar una acción común en el sentido y con la orientación de persuadir á grandes y pequeños de la necesidad de fijar su atención en el importante problema del crecimiento de la mortalidad, de la expansión de las enfermedades evitables y de

la disminución de la natalidad, fenómenos pavorosos que amenazan á nuestra patria con una ruina evidente.

Venía anunciándose por los periódicos políticos, y al entrar en prensa nuestro número la vemos realizada, la aparición de un Real decreto, dando forma á lo que desde hace tiempo viene llamándose la aspiración á la autonomía universitaria.

La trascendencia de la disposición ministerial y los puntos complejos y difíciles en ella tratados, hacen muy árduo el trabajo de crítica respecto á ella, y no dejaría de ser pretencioso el empeño de dar un juicio acertado y concreto en pocos momentos y con aplicación á una reforma en que se encuentran comprometidos tan altos y sagrados intereses espirituales, tan respetables atenciones profesionales y tan complicados mecanismos administrativos y docentes.

Por hoy hemos de limitarnos á decir: que la reforma propuesta por el Sr. Silió, primero al Consejo de Ministros y después á la firma de S. M., demuestra una preparación, ó cuando menos una preocupación laudable, á que no nos tienen acostumbrados muchos de sus predecesores. Podrán decir al joven ministro que en menos de un mes ha llevado á resolución en la *Gaceta* una cuestión que desde hace varios quinquenios viene encontrando obstáculos y dificultades en los centros consultivos y en el Parlamento; pero á esto puede contestar S. E., como ya lo hizo en el Parlamento algún predecesor suyo censurado por cosa análoga, que el que no se encuentre preparado para ser ministro de Instrucción Pública no debe aceptar la cartera, ofrézcasela quien se la ofreciere, y que ir á estudiar problemas tan salientes al Ministerio, recuerda el famoso dicho estudiantil del *Non oportet studiare, sed studuisse*.

Esta primera impresión nuestra no significa incondicional aprobación al Real decreto, sino alabanza al ministro por procurar levantar el concepto que en general tienen nuestros políticos y jefes de partido, de que la cartera de Instrucción Pública no es más que el primer escalón de la gradería ministerial para los arrivistas y los osados que quieren adquirir un *ex* y una cesantía. Nuestro aplauso al Sr. Silió por ser, como los ministros médicos lo han sido, excepción de la corruptela.

Bien quisiéramos que nuestro elogio le acompañara a lo largo de toda la extensa ordenación de su reforma; pero por de pronto le anunciamos que en la última parte de ésta, más encontramos *Juan Palomismo* que autonomía, más feudalismo universitario, que descentralización, y que así como reconocíamos gustosos la excelente intención y la preocupación acertada del ministro en el conjunto de la reforma por él sometida á la Real firma, hallamos que en la última parte no tiene igual preparación de vida intra-universitaria ó carece de información y memoria para el recuerdo de abusos de todos conocidos y que por su decreto se encontrarán alentados.

Como decimos, el asunto no es para tratado á vuela pluma y hemos de dedicarle el atento y medurado examen que merece.

DECIO CARLAN

CURIOSIDADES MÉDICO-HISTÓRICAS

LA VISION DE ANDRÉS LAGUNA

POR

JOSÉ M.^a ALBIÑANA SANZ

Doctor en Medicina, Derecho y Filosofía y Letras
(Sección de Historia), Académico C. laureado de la Real Nacional
de Medicina, etc., etc.

Escribimos estas líneas en momentos de gran transcendencia para el mundo. Acaban de enmudecer las trompas bélicas; los campos de Europa, teatro de la guerra más espantosa que presenciaron los siglos, dispónense á recibir la labor del obrero desmovilizado; los Estados se transforman en sus Gobiernos y en sus territorios; y en los jardines de Versalles, de tantas evocaciones históricas, los mandatarios de las potencias beligerantes están trazando las nuevas normas por que han de regirse los pueblos, con el santo propósito de conquistar una paz fecunda y perdurable.

Acaba de sufrir Europa una honda conmoción, que salvando las gigantescas proporciones de la reciente contienda, sólo puede compararse á la que, á mediados del siglo XVI, sufrió con motivo de las luchas políticas y religiosas. La Reforma y el imperialismo de Carlos V mantuvieron vivo el fuego destructor en aquellos lustros, como otra Reforma moderna (la preponderancia económica) y otro imperialismo (el pangermanismo) han causado la ruina de las naciones, cuya convalecencia comienza ahora con las deliberaciones en el Triánón.

La identidad del daño sufrido por Europa en los siglos XVI y XX, trae á la memoria el nombre de un médico español, hombre insigne que en aquella centuria, y en momentos análogos á los presentes, realizó el solo la labor que en Versalles están realizando hoy Wilson, Clemenceau, Lloyd George, Orlando y demás confeccionadores diplomáticos de la Paz.

Este hombre eminente fué el segoviano Andrés Laguna, la persona más erudita de su tiempo, sujeto de

tanta sabiduría como magnánimo corazón, y una de las figuras más ilustres en la historia de la medicina patria.

Arquiatro de Carlos V, no se limitó solamente á desempeñar su función facultativa en la persona y familia del Emperador; de otro rey (Felipe II) y de dos Pontífices (Paulo III y Julio III); sino que, además de aplicar su inteligencia á comentar el *Bioscósides* y escribir y traducir numerosas obras, médicas y literarias, mostró excepcionales condiciones diplomáticas, hijas, aparte de su talento, de sus conocimientos enciclopédicos, viajes y brillantísima palabra.

La situación de Europa hacia el año 1540 no podía ser más desastrosa; aún no se había llegado á la paz de Crespy (1544), punto final de las discordias dominadoras entre Francisco I y Carlos V; ambos soberanos ensangrentaban varios Estados con su feroz pugna; el segundo de dichos monarcas, menospreciando el derecho de gentes, prendió, por mediación del duque de Milán, á Merveille, enviado francés, á quien ejecutó en un calabozo. Francisco, irritado por tamaño ultraje, renovó sus pretensiones sobre el Milenesado, apoderándose de los territorios del duque de Saboya, mientras Carlos le respondía invadiendo la Provenza. Por si este azote guerrero no era suficiente para destruir los pueblos, una peste mortífera apareció en Metz y las luchas entre campesinos y príncipes, luteranos y sectas derivadas, añadían leña a la hoguera. La conflagración era tremenda, parecida en muchos conceptos á la provocada por Guillermo II recientemente en su delirio pangermanista.

Nuestro insigne Laguna, después de consolar á los lorenenses trabajando sabiamente para atajar la peste, llegó á Colonia siendo acogido por los sabios alemanes con singular agrado; y como la fama de sus virtudes y de su elocuencia habíase extendido entre todos los elementos sociales, la célebre Universidad le suplicó que disertase en público para calmar los espíritus, excitados por las continuas luchas políticas y religiosas.

Accedió á ello Laguna, fijando el día 22 de Enero de 1545 para su tan rogada oración. Los documentos de la época, recogidos por los historiadores, cuentan el tétrico ceremonial que se dió á tan solemne acto. Fué al anochecer, en un local de la Universidad. Laguna queriendo rodearse de un ambiente trágico, que estuviese á tono con las amarguras que se proponía remediar, dió al salón un aspecto fúnebre, tapizando los muros con negros lienzos y haciendo levantar un tumulto rodeado de hachas negras, que iluminaban débilmente el recinto, con resplandores amortiguados y siniestros.

A escuchar al médico español acudieron magnates y gente docta, que al contemplar aquellos severos preparativos sintieron poseídos de profunda melancolía. Laguna, vestido de luto, subió á la tribuna y pronunció una bellísima oración que ha contribuido á inmortalizar su nombre.

El alma de tan célebre discurso fué el símbolo de la Europa destrozada que Laguna personificó en una mujer «triste, llorosa, pálida, mutilada, con los ojos

hundidos, estenuada y asquerosa, cual un paciente de tisis confirmada».

El erudito médico describió con esta figura simbólica el estado sincero de los pueblos europeos, aniquilados por guerras fratricidas. Pinta esta visión trágica con elocuentes pinceladas, y recordando el estado floreciente de Europa, pregunta á la supuesta mujer miserabilísima la causa de su infausta transformación, á lo que ella responde: «A los príncipes cristianos se la debo».

Persistiendo en tan bello símil, añade Laguna: «Ved ensangrentada, envilecida, miserable, andrajosa y digna de conmiseración á la que superaba al sol en refulgencia: tiembla la que en otro tiempo infundía terror. Ha mucho que mitiga su sed con sangre de sus hijos, con sólo lágrimas, y su eco son ayes y sollozos...»

Han transcurrido cerca de cuatrocientos años, y á pesar de ello, ¿no parece que tan amargas palabras sirven también para describir los horrores de la gran guerra que recientemente ha devastado lo más próspero del continente europeo?

Por si alguna duda quedara para admitir la analogía, véase cómo seguía el orador: «¿Viviré tranquila (Europa), sin ver más que escombros de las más opulentas ciudades, campos talados, templos ruinosos, altares demolidos, matronas prostituidas, doncellas deshonoradas, mis jóvenes hijos arrebatados, efusión de sangre, estupor, robos, asesinatos, inobservancia de leyes, desprecio del culto divino, arruinado el comercio y mis mejores fábricas y manufacturas destruidas por el fuego y por cuantos medios suministró el feroz Marte?»

¿No recuerda esta descripción los horrores de Lieja, Brujas, Reims...?

En toda su famosa oración Laguna fustiga á los príncipes causantes de tanto daño y exhorta á los poderosos, lo mismo que á los humildes, á poner término á tanta desdicha, demostrándoles que con su conducta provocan la ira divina.

La celebrada perorata del médico segoviano causó una reacción provechosa en los espíritus belicosos; su gran prestigio científico y su ascendiente personal sobre las muchedumbres consiguieron apaciguar los ánimos de cuantos disfrutaron de su radio de acción.

En la hora presente, en que las Potencias europeas, reunidas en el Trianón Palace, dictan nuevas leyes al mundo, el recuerdo del eximio médico de Carlos V es de una oportunidad indiscutible. La visión de Andrés Laguna en la quinta década del siglo xvi ha sido la realidad de Europa durante el cuarto lustro del siglo xx. Su intervención pacificadora en Colonia es homóloga á la función que se realiza ahora en Versalles, con la ventaja espiritual sobre ésta: que no mermó territorios, ni discutió soberanías, ni engendró nuevos odios, sino que puso término á rudas querellas, sangrientamente dirimidas.

Hoy, cuando Alemania vencida se resiste á firmar el Tratado que le imponen los vencedores, y por labios del conde de Reventlow injuria á nuestra nación retorciéndose, humillada, en las amargas convulsiones de la derrota declarando que no acepta las condiciones de

paz, porque, dada la depresiva situación nacional que ella crearía sería *convertirse en una España dentro de Europa*, bueno es traer á la memoria la figura luminosa de Andrés Laguna para que, con sus resplandores, eclipse tamaño agravio. Y sepa el vencido conde, que cuando en 1545, Alemania, bajo el cetro de Carlos V, sólo era un arrabal de España, necesitado de paz y de consuelo, fué un español insigne, médico de universal renombre, el que, solicitado y rogado por los germanos, dominó su inquietud espiritual en su propio territorio, contribuyendo con su elocuencia y sus virtudes á sofocar el voraz incendio pasional que los devoraba.

Esté recuerdo, como españoles, nos vindica ante el mundo, y como médicos, nos enorgullece; pues motivo bien grande de orgullo es poder guardar el nombre de Andrés en la Historia de la Medicina española.

NECROLOGÍA

ANTONIO LECHA-MARZO

En Sevilla, cuya Facultad de Medicina le contaba entre sus dilectísimos maestros, ha muerto el ilustre médico-legista español Antonio Lecha-Marzo.

Todos cuantos cruzaron alguna vez su palabra con el preclaro médico guardaban en su espíritu para él respeto y simpatía. Los que íntimamente le trataron le amaban; en otro lugar de este periódico se hace patente cómo quiere EL SIGLO MÉDICO al joven profesor, desgraciadamente muerto cuando su actuación científica entraba de lleno en la senda de lo genial.

Lecha-Marzo nació en Porac, en la provincia de Pampanga, isla de Luzón (Filipinas), el 7 de Febrero de 1888. Tenía por consiguiente treinta y un años. La historia de su vida es algo ejemplar para la juventud que lucha, porque triunfó por el noble medio de su constancia y de su trabajo, sin bastardos amparos, ni apoyos inconfesables.

Tenía once años cuando su padre, oficial del ejército español, perdió la vida luchando heroicamente por la honra de su patria. Su tío, el profesor Lecha-Martínez, de la Universidad de Valladolid, llamóle junto á sí, y ya en la península le hizo cursar la segunda enseñanza en el Instituto de la noble ciudad leonesa. Terminada su preparación general, comenzó sus estudios médicos en aquella Facultad de Medicina.

Hombre de Laboratorio, educado en la tendencia científica de investigación, obtuvo pronto los primeros frutos de su inteligencia fecunda al choque de la realidad de los fenómenos biológicos. Y el año 1905 (tenía diez y ocho años) envió á Lombroso su primer trabajo sobre «La cristalización del hemocromógeno y las sales de hematina», que el ilustre profesor italiano publicó en sus Archivos famosos. Aún estudiante, un año más tarde, mantuvo una ruidosa controversia con Vibert, Sardá y Caffort. Los maestros de París y Montpellier acabaron por convencerse de la razón que asistía al joven español.

Entretanto, éste continuaba su interesantísima labor de crítica experimental sobre la química de la reac-

ción de Teichmann, y en 1906 dió la técnica personal, más tarde un poco modificada, para el reconocimiento de las manchas de sangre por la formación de cristales de hemocromógeno, que ha sido universalmente bautizada con el nombre de su autor.

Sin interrumpir esta fecundísima obra de valor tan sobresaliente, Lecha-Marzo se gradúa de doctor en nuestra Universidad, y al recibir la investidura mantiene una hermosa tesis acerca de «Los dibujos papilares de la palma de la mano como medio de identificación».

Casi inmediatamente, después de conquistar en oposiciones brillantes el número dos de su promoción en la Academia de Sanidad Militar, Lecha-Marzo marcha pensionado por el Gobierno español, y en Bélgica, con Corin y Welsch, en Italia con sus primeros reveladores triunfa en el mundo científico, y desarrolla una intensa labor que se traduce en una abrumadora profusión de publicaciones hechas en colaboración con los profesores extranjeros, entre los que merece mención especial porque se ha hecho clásico el *Manuel pratique de dactyloscopie*, con Welsch.

Regresado a España, ganó la auxiliaría de Medicina legal de esta Facultad de Medicina que Teófilo Hernando acababa de abandonar; pero reclamado por sus deberes militares, se trasladó a Marruecos, donde su heroico comportamiento le conquistó una cruz de Mérito militar con distintivo rojo.

De nuevo dedicado a su Laboratorio realiza junto a Maestre una espléndida actuación, que en Mayo de 1914 le lleva a conquistar la cátedra de Medicina legal de Granada. Y de allí pasó hace un año apenas a la misma silla claustral en Sevilla, donde ha muerto.

Su labor bibliográfica en la última época había alcanzado una cuantía que hace imposible un resumen de todo lo que Lecha-Marzo ha dado a la publicidad. Las Universidades portuguesas le oyeron con asombro un espléndido alegato en defensa de la cultura médica española, que es por sí sola una obra de gigantes. Acababa de publicar un Manual de autopsias, y deja sin terminar un Tratado de Medicina legal completísimo y extraordinariamente interesante.

Apenas hay un sector de la Medicina legal en que no haya dejado huellas la actividad de Lecha-Marzo. Por eso se comprende bien que todos los tratadistas nacionales y extranjeros citen a cada paso su nombre en la exposición de la doctrina médico-forense.

Esta es la vida ejemplar de un hombre de ciencia, modesto y bueno, luchador y tenaz. La senda de su triunfo está trazada sobre una tierra que desbrozó su trabajo. Nadie, si es buen español, podrá en adelante hablar sin antes pronunciar con fervoroso respeto el nombre de Lecha-Marzo que tanto ha merecido de la patria.

DR. SANCHIS BANÚS.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 26 DE ABRIL DE 1919

Heridas del cráneo por proyectiles de arma de fuego.

El Dr. GOYANES presenta siete casos de proyectiles intracraneales, operados, y de ellos, en seis, los proyectiles pudieron ser extraídos en el momento operatorio, y sólo uno, por el sitio en que se hallaba, por su situación y otras circunstancias, hubo que abandonar en el sitio de su alojamiento. De estos siete casos, en cinco los proyectiles eran intracerebrales, lo que les da más importancia, porque su estudio permite establecer un paralelo entre lo sintomático y lo topográfico, obteniendo así datos importantes relacionados con la fisiología cerebral.

Se ocupa de los casos, y dice que el primero se refiere a un lesionado que estando en el mes de Octubre con una infección gripal intensa, con fiebre muy alta y delirio, intentó suicidarse; se levantó de la cama, cogió un arma y se hizo un disparo en la región frontal; perdió el conocimiento momentáneamente; se repuso, y siguió después la infección gripal y la lesión cerebral; le sobrevino hemiplejía total del lado izquierdo. (Presenta un esquema detallando el trayecto del proyectil que quedó detenido en el lóbulo occipital según se aprecia en unas radiografías que enseña). Acor dada la intervención, practicó una trepanación osteoplástica muy amplia, con la fresa de Doyen. Hizo una sección en la substancia nerviosa del lado derecho, en la cisura interhemisférica, é introduciendo el dedo con mucho cuidado, y probablemente a una profundidad de cerca de la fisura calcarina, se halló alojado el proyectil; hizo una incisión con el bisturí y se le pudo extraer perfectamente. La hemiplejía ha mejorado. (Presenta al enfermo que hace quince días fué operado.)

El segundo caso dice que también es muy interesante. Se trata de una lesionada que sufrió un disparo de arma de fuego en Febrero último, quedando el proyectil en el interior de la substancia encefálica. El orificio de entrada estaba en la eminencia frontal del lado izquierdo (presenta radiografías). Extrajo el proyectil mediante una trepanación en la región temporal, pasando a través de la cisura de Silvio, y haciendo una pequeña incisión con el bisturí en las circunvoluciones de la ínsula de Reil, se extrajo el proyectil con unas pinzas. Después de la intervención, la enferma acusó algunas alteraciones ligeras de hemiparesia del lado opuesto, que han desaparecido; algunos trastornos psíquicos, de tipo histeriforme se han acentuado después de la intervención. (Presenta a la enferma.)

El Dr. Goyanes expone el tercer caso: se trata de una mujer en la que el proyectil atravesó la región temporal y se alojó en el lóbulo temporal. La enferma quedó sorda. (Presenta radiografías en las que aparecen la imagen del proyectil y dos manchas oscuras). Realizada la operación con una técnica muy parecida a la hecha en el caso anterior, se extrajo el proyectil que estaba muy superficial, cerca de la substancia cortical del cerebro; más profundamente se hallaba una esquirla, y a una profundidad muy grande que correspondía a la otra mancha, estaba el taco del disparo. La paciente curó, pero no de la sordera.

El cuarto caso del proyectil intracerebral se refiere a un suicida que se disparó un tiro en la sien del lado derecho y el proyectil atravesó el hemisferio correspondiente y la parte central del cerebro, y fué a alojarse en la región parietal del lado izquierdo. Presentaba como síntoma más importan-

te ataques epilépticos que] venía sufriendo desde que había intentado suicidarse. Se hizo una trepanación; se extrajo la bala y el enfermo curó.

El quinto caso tiene interés extraordinario desde el punto de vista neurológico. Se trata de un niño de trece años que recibió un disparo de arma de fuego desde un sitio más alto, que entró por la línea media, atravesó el cuerpo calloso después de pasar la cisura inter-hemisférica y el ventrículo medio, llegando á su parte inferior. (Enseña una radiografía en la que se ve perfectamente el proyectil sobre la silla turca). Lo interesante es que produjo la sección del tallo de la hipófisis; presentaba como síntomas culminantes, poliuria exagerada, diabetes esencial que llegaba á 10 ó 12 litros, con una sed abrasadora y una depresión cardiovascular enorme; en los seis ó siete meses que habían transcurrido se iniciaba atrofia en los genitales. Era enfermito al cuidado del señor Marañón y le consultó sobre la posibilidad de la extracción del proyectil. Tratándose de hallarse éste sobre la silla turca, había que estudiar el caso, porque es de los señalados por inaccesibles. No podía intentarse por la vía nasal, ni por la faríngea, y se decidió el Dr. Goyanes por la frontotemporal. Practicó una gran trepanación; penetró en el lóbulo frontal, levantándolo con la espátula, seccionó el tallo olfatorio; y llegando al quiasma óptico y al suelo del ventrículo se tocó el proyectil, pero éste llevaba ya muchos meses allí adherido y estaba rodeado de una cápsula tan dura que no se atrevió á arrancarla. El niño falleció al siguiente día. Por la autopsia se vió que la extracción del proyectil hubiera sido imposible, porque aun con el cerebro sobre la mesa, la extracción costó el arrancamiento de todo el suelo del ventrículo. Dice el Dr. Goyanes que tiene el convencimiento de que por esta vía frontotemporal, si el proyectil en vez de estar allí seis ó siete meses, hubiera sido reciente su alojamiento, se hubiera podido extraer sin producir grandes lesiones, sin más que la sección de uno de los tallos olfatorios.

El Dr. Goyanes se ocupa después de dos casos de proyectiles intracraneales. Uno de ellos estaba alojado entre el hueso y la duramadre en la región occipital, y el otro, en la región frontal entre la duramadre y la substancia cerebral, pero sin entrar en el interior de la substancia cerebral misma.

Expone algunas consideraciones y dice que en los casos en que quedan alojados los proyectiles en el cerebro, pueden ser sometidos á la intervención quirúrgica, y desde luego, cuando han determinado la infección, la intervención está absolutamente indicada, porque sin ella necesariamente muere el enfermo. Que uno de los casos en que el proyectil debió quedar delante de la cisura calcarina, fué enviado al Dr. Mansilla para que viese si había hemianopsia, y no existía.

Termina el Dr. Goyanes su interesante comunicación haciendo algunos comentarios desde el punto de vista radiográfico y rayos X en las intervenciones intracraneales, y de los electroimanes para extraer proyectiles metálicos que no sean de plomo. Se ocupa también de los aparatos eléctricos de trepanación, que son maravilla de técnica y de detalle, pero cree que son todavía algo pesados, algo groseros é incapaces de sustituir en el cráneo á la técnica delicada de los instrumentos de Doyen.

El Dr. JIMÉNEZ dice que la cirugía craneal, á pesar de sus progresos de técnica, todavía se encuentra en un estado indeciso respecto á sus determinaciones, no ya tratándose de lo que pudiera llamarse traumatología aguda, sino tratándose de otras consecuencias de índole traumática y de la infinidad de incidentes que coinciden en la operación y en el curso postoperatorio.

Dice que encuentra perfectamente indicada la intervención en los casos expuestos por el Dr. Goyanes; que es de la misma opinión respecto de los aparatos eléctricos, que confía más en la sensibilidad de su mano. Que el punto que realmente puede presentarse á discusión en materia de extracción de proyectiles intracraneales es si los proyectiles incrustados dentro del cerebro deben sistemáticamente extraerse ó debe establecerse un criterio contemporizado en armonía con lo que se deduzca de las perturbaciones que sufra el enfermo. En lo que se refiere á la acción traumática hay que sustraer todo lo que sea motivo para una de las complicaciones más engañosas que presentan los cuerpos extraños en el cerebro, la infección; que hay zonas en absoluto inaccesibles, y es necesario estudiar antes de intervenir si lo son ó no. Cita el caso de una niña que fué herida por arma de fuego y la bala había penetrado en la región frontal izquierda, siguiendo una trayectoria muy parecida á la de uno de los casos expuestos por el Sr. Goyanes, yendo á terminar esta trayectoria en la región occipital por encima de la tienda del cerebelo. Hace unos siete años fué consultado y no apreciándole nada de particular, aconsejó al padre, médico de la Granja, que no se interviniese, y la niña vive disfrutando excelente salud.

Termina concretando su opinión diciendo: que en proyectiles intracerebrales hay que orientarse, para la determinación operatoria, primero, por la topografía de la lesión que permita al cirujano ir por vías no peligrosas, ni por el momento ni ulteriormente; y segundo, por los síndromes más ó menos alarmantes y de mayor ó menor gravedad que presenta el enfermo, sin que pueda sentarse un criterio en absoluto intervencionista ó de abstención, pues toda resolución debe ser casuística.

El Dr. MÁRQUEZ interviene en el debate para hacer algunas conjeturas respecto á algunos puntos de fisiología del aparato visual en su parte sensorial y en su parte motora, que le han sugerido con motivo de dos de los casos presentados. En uno de ellos lo extrañó de la no existencia de hemianopsia, tratándose de una bala alojada en el lóbulo occipital; y en el otro caso, se suscita una duda respecto á la motilidad del globo ocular, y sospecha que más que en una parálisis del recto externo, se trata de un espasmo del recto interno. Que por la cápsula externa debían ir las fibras de motilidad de ciertos músculos, sobre todo del facial superior, cuyo trayecto enigmático tan tenazmente desafia las investigaciones de los fisiólogos.

El Dr. GOYANES rectifica brevemente y dice al Dr. JIMÉNEZ que, desde luego, en todos los casos el cirujano ha de proceder casuísticamente, pesando y aquilatando las dificultades, los peligros y los resultados posibles de la operación, antes de decidirse por la intervención ó por la abstención. Dirigiéndose al Sr. Márquez manifiesta que también á él le extrañó la no contención de la hemianopsia, é interpretó el caso diciendo, que estando el proyectil no en la substancia gris, sino á alguna distancia, pequesísima sí, de profundidad de la substancia gris, puede admitirse que las fibras que vienen de las vías ópticas pasan por una parte más próxima de la substancia gris que el proyectil no hubiese lesionado. Respecto al otro caso se complace de que el Sr. Márquez haya asignado á la cápsula externa una función que hasta ahora nadie le había dado, y manifiesta que oiría con gusto la opinión del Sr. Fernández Sanz sobre este asunto; que en su opinión se trata, sin duda, de alguna pequeña lesión del nervio motor ocular externo en su trayecto en la pared externa del seno cavernoso.

El Dr. FERNÁNDEZ SANZ, al ser aludido, dice que por lo que respecta á la hemianopsia es de advertir que la cortical

no es tan neta, no es tan completa la separación de una mitad del campo visual como en la hemianopsia basilar, sino que unas veces son simples hemianopsias en cuadrante y otras son manchas alternativas. Por consiguiente, nada tiene de particular que en un examen algo rápido pudiera pasar inadvertida una hemianopsia que fuera incompleta.

En cuanto á las funciones de la cápsula externa, no son unas funciones muy salientes, porque no se trata de síntomas que sean muy apurados; pero si clínicamente no se conocen las funciones, anatómicamente, sí. Se trata de fibras de asociación entre las circunvoluciones vecinas y entre éstas y el núcleo lenticular. Esto en el hemisferio derecho tiene escasa importancia; la tiene algo mayor en el hemisferio izquierdo en relación con las funciones de lenguaje, porque puede suponerse que por allí pasan algunas de las fibras que enlazan los centros de audición verbal.

DR. CESALDO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebró sesión el último martes bajo la presidencia del Dr. Tolosa Latour.

Leída y aprobada el acta de la anterior, el Dr. Juarros suplicó que la Sociedad Española de Higiene se interesase y pida á los Poderes públicos se evite el hecho macabro de que los niños jueguen con las calaveras y restos humanos en el cementerio de San Martín.

El Dr. Tolosa prometió interesarse por este asunto, y también solicitar del Ayuntamiento que no permita que en el tranvía núm. 8 vayan niños enfermos de difteria, que deben de hacer este transporte en coches especiales.

El Dr. Franco trató del problema de las casas baratas y de la reeducación social, mostrándose partidario de la cremación cadavérica como base fundamental para la resolución del lazo de las necrópolis.

El Sr. Redondo dijo que la Iglesia no es partidaria de la cremación cadavérica.

El Dr. Juarros se mostró partidario de la cremación de los restos humanos en los cementerios clausurados, y solicitó que los niños enfermos de difteria sean amparados por la Cruz Roja, y que esta Corporación sea la que ponga los coches especiales para su transporte á hospitales y consultorios.

El Dr. Tolosa, atinadísimo de frase, felicitó al Dr. Juarros por su comunicación que fué aprobada por aclamación.

Y no habiendo más asunto de que tratar, y habiendo transcurrido las horas reglamentarias, fué levantada la sesión.

CONFERENCIAS DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

Un caso de quiste hidatídico infrahepático. (1)

Marsupialización.—Consiste en la escisión del quiste, su vaciamiento y la sutura á los bordes de la herida construyendo una bolsa de marsupial por la que fácilmente se expulsan la adventicia y cuantos líquidos puedan llegar al espacio quístico.

Este procedimiento nos parece más racional que los citados, ya que se sale al paso de los fenómenos que se sucedan

favoreciendo la expulsión al exterior de la sangre, bilis, líquido de supuración y membrana adventicia.

Es lento y puede quedar una fistula permanente.

El mejor procedimiento es el de la extirpación total que sólo puede hacerse en quistes pequeños y pediculados como suelen ser los de cara inferior.

Nada más. Dar al Dr. Blacn las gracias por el interés que en nuestra cultura pone, por sus enseñanzas y numerosas bondades, y á vosotros por la paciencia con que me habéis soportado.

El Sr. CARRALES hizo las siguientes objeciones:

Primera. Que porqué creía el Sr. Mayol que los dolores que padeció el enfermo cuando ingresó en la Sala de Santiago eran debidos á la compresión y no como pasa en la mayoría de los casos; á la presencia de los productos tóxicos del quiste.

Segunda. Que el Sr. Mayol se había olvidado al hablar de los procedimientos operatorios, de citar en el de marsupialización la inyección previa de formol y en la exploración del enfermo no había dicho nada del peloteo y de la ola transtorácica.

Contestó el Sr. MAYOL á la primera objeción, que le parecía inflamación mecánica porque cesaron los dolores con el reposo del enfermo, y porque siendo negativa la reacción de desviación del complemento, no era probable que hubieran salido del quiste ningún anticuerpo.

A la segunda, que como él sólo exponía un caso clínico, había hablado de tratamientos á grandes rasgos con la limitación que el caso requería, y que con los síntomas que había explorado en el enfermo le pareció suficiente para establecer el diagnóstico.

El Sr. OROZCO dijo al Sr. Mayol, que se había olvidado de hacer resaltar el síntoma importante de la lentitud del desarrollo de los quistes y que parecía querer dar supremacía al método de la marsupialización, cuando la opinión más generalizada es la de que es preferible el procedimiento del *capitonage*.

El Sr. MAYOL contestó, que en la lentitud del desarrollo había insistido al hacer la historia del enfermo, y que por otra parte su compañero el Sr. Folch, que había expuesto un caso anterior, insistió también en el mismo síntoma.

Sobre la preferencia del procedimiento del *capitonage* sobre el de marsupialización, dijo que aquél sólo debía emplearse en quistes pequeños que permitieran la completa aproximación de sus paredes. En cuanto á los quistes grandes, era preferible dejar franco camino al exterior tanto á la adventicia como á la sangre y á la bilis caso de que se originaran coelorrugas ó hemorragias.

El Dr. BLANC FORTACÍN.—Las comunicaciones presentadas en esta sesión constituyen un estudio clínico interesantísimo. En él se plantean principalmente dos cuestiones: una de diagnóstico y otra de terapéutica.

La cuestión diagnóstica ha sido tratada desde dos puntos de vista. Los comunicantes Sres. Mayol y Folch han valorado esos dos aspectos, cuando al exponer sus respectivas historias clínicas han puesto de relieve la evolución silenciosa de ese proceso, que en el fondo de saco de Douglas adquirió volumen enorme sin que el enfermo casi lo advirtiera, y cuando en el otro enfermo la hepatomegalia llegó á determinar trastornos de índole mecánica, sin que por ello se perturbara en lo más mínimo la función del órgano.

En el terreno de la clínica no hay más segura orientación diagnóstica que la resultante de una tumoración reni-

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
IGUAL EN COMPOSICION Y PUREZA AL NEUTRALON ALEMAN
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

tente ó fluctuante que llega á adquirir gran volumen sin que el enfermo se haya dado cuenta, y que en general no produce perturbación en el organismo del paciente, salvo accidentes relacionados más bien que con la naturaleza del proceso, con el volumen del mismo ó con su localización.

Esta especie de autonomía que el proceso hidatídico guarda con el resto del organismo, no es, sin embargo, tan absoluta que no surjan testimonios indicadores de su influencia. Esos fenómenos que nos revelan la acción biopatológica del quiste sobre el resto del organismo, son unas veces accidentes terribles que se conocen con el nombre de anafilaxia hidatídica y cuya significación, importancia y peligrosa gravedad todos conocéis. Otras veces los accidentes son más atenuados; son las urticarias, fenómenos dispépticos y similares que obligan al enfermo á consultar y que constituyen por lo general el motivo de que se sorprenda la afección que el sujeto ignora en absoluto.

Y ya cuando en camino del esclarecimiento diagnóstico acudimos á los datos que la sangre nos ofrece, encontramos otra serie de alteraciones no reveladas más que al anatomopatólogo diestro en estos asuntos. Son los datos hematológicos reacción de Weinberg ó de desviación del complemento, el antígeno hidatídico y el aumento de eosinófilos en la sangre. El valor de dichos datos es relativo; en lo que á la eosinofilia se refiere, es propia no sólo del parasitismo hidatídico, sino de otros: ascárides oxiuros; la reacción de Weinberg se presenta á veces intermitentemente. Para comprenderlo considérese que el quiste está envuelto en una cáscara ó atmósfera conjuntiva que constituye la llamada adventicia; llega un momento en que dicha atmósfera se hace tan densa y apretada que aísla el quiste del resto del organismo; entonces las reacciones hematológicas propias del quiste desaparecen porque el proceso se halla como excluido del resto de la economía. Mas el quiste crece, y al crecer distiende la capa conjuntiva mencionada, ocasionando en ella soluciones de continuidad, pequeñas efracciones que ponen en relación nuevamente el proceso con el organismo; entonces se presenta nuevamente la reacción.

Respecto á tratamiento se han planteado aquí dos reglas de conducta; una, la que trata de abreviar el período de reparación ó cicatrización postoperatoria mediante el cierre con ó sin plegamiento (capitonage) de la cavidad que ocupaba el quiste; otra, la que prefiere una cicatrización más lenta, pero más segura y menos expuesta á accidentes de gran importancia.

Mi consejo es el siguiente: en casos de quistes de borde hepático ó de cara inferior muy pediculados, es decir, que han evolucionado muy hacia afuera de la substancia ó parénquima hepático, practíquese la extirpación total del quiste si las adherencias á órganos vecinos no son muy fuertes. Esto era lo que intenté en el quiste retrovesical presentado por el Sr. Folch; pero hube de detenerme al ver los grandes traumatismos que sobre recto y vejiga hubiera determinado mi empeño de despegar á todo trance dicha zona adventicia. En órganos extirpables, si el quiste es muy grande y en su crecimiento excéntrico ha adelgazado considerablemente el parénquima esclerosándolo, hago entonces la extirpación del órgano; tal sucede en los quistes del bazo y riñón. En hígado mi práctica más corriente es la marsupialización, y á esa preferencia he llegado después de ensayar y experimentar las desilusiones de los otros procedimientos. Cerrar el quiste abandonándolo en el interior del

peritoneo es cosa que no hago nunca; á lo más vacío el quiste, extirpo la germinativa, y fijando el hígado á la pared abdominal, estrecho su abertura poniendo un tubo en el interior de la cavidad, quitándolo en cuanto veo que no hay su puración. En la generalidad de los casos marsupializo el quiste y trato esa cavidad por las soluciones antisépticas cloradas.

Un caso de sección de la radial.

El Dr. Rábago.—El caso que tengo el honor de presentar, ingresó en el Hospital de la Princesa en una de las clínicas de mi maestro el Dr. Blanc, el día 4 de Abril del año actual.

J. R., de Salt (Gerona), de diez y seis años.

Nos refiere el enfermo, que en la noche del día 3 se acostó muy excitado, y que á las dos horas proximamente se levantó soñando (lo que ya otras veces le había ocurrido) y creyendo discutir con una persona, accionando tropezó con una vidriera produciéndose la herida que presenta.

Curado de primera intención en la Casa de Socorro, en la mañana del día 4 ingresó en la clínica.

La palidez, el pulso pequeño y rápido y sus ropas muy ensangrentadas hablaban en favor de una importante hemorragia; levantado el apósito nos encontramos con una herida incisa de unos tres centímetros de longitud, situada en la cara anterior del antebrazo derecho y un poco oblicuamente dirigida hacia arriba desde la apófisis estiloides del radio hasta el tendón del palmar mayor, con dos puntos de sutura entre los que se veía un coágulo sanguíneo que levantaba la piel.

Por lo anteriormente expuesto no cabía duda la sección de la radial, se la creyó ligada y sólo nos limitamos á hacer la cura oportuna. Hacia las cuatro de la tarde del mismo día el enfermo es víctima de una nueva y abundante hemorragia, que mediante un vendaje compresivo (colocado por el interno de guardia) se logra cohibir.

Ya no cabía duda, la radial estaba interesada y ó no había sido ligada, ó de haberlo sido, una de las ligaduras había sido desprendido. ¿Qué hacer con este enfermo? Nada más racional y lógico á mi modesto juicio, que lo llevado á cabo por el Dr. Blanc. Su valiosísima experiencia le decide en favor de la intervención si se quiere librar al enfermo de otra hemorragia que pudiese poner en peligro su vida. Trasladado á la sala de operaciones, y con la claridad que le es propia, el Dr. Blanc nos hace las indicaciones del caso. Después de quitados los puntos de sutura y el coágulo, fluye sangre con intermitencias por ambos extremos de la herida, lo que se evita por compresión; no pudiendo pinzar los extremos por la retracción arterial, prolonga la incisión en su parte superior siguiendo el surco formado por el tendón del palmar mayor y por el del supinador largo (m. satélite) por donde discurre la arteria y allí logra ligar el extremo inferior, prolonga la incisión hacia abajo y afuera, esto es, hacia la tabaquera anatómica, siguiendo la disección de los músculos 1.º y 2.º radial externos, no profundizando para no herir los tendones del abductor largo del pulgar y del extensor corto del mismo dedo, por debajo de los cuales pasa la arteria para penetrar y atravesar oblicuamente la tabaquera, donde ligó el otro extremo. Ligadura de tanta importancia como la del central dadas sus variadas anastomosis con la cubital por intermedio del arco palmar profundo, al que forma con la cubito-palmar además, en este caso, por estar la sección por encima de la apófisis estiloides del radio, la corriente san-

CARBOLAN

Pelrid's C

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de 1.º y 2.º grado, etc.

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

guínea está reforzada por la que puede mandar la cubital á través del arco palmar superficial, formado por dicha arteria y la radio-palmar que, como sabéis, nace de la radial á nivel de la nombrada apófisis estiloides.

Terminando la intervención con la sutura de la piel.

PROTECCION MEDICA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA POR LA JUNTA DE DAMAS
EL DÍA 28 DE ABRIL DE 1919

Bajo la presidencia de la señora de Verdes Montenegro y con asistencia de las señoras de Tolosa Latour, Marañón, Terceño, Villanueva, Queipo, señora y señorita de Pando y Valle y señora y señorita de Calvache comienza la sesión, dándose lectura del acta y de las cuentas del mes anterior, que quedan aprobadas.

La señora de Terceño da cuenta de la investigación hecha á la señora viuda de Pedro, á la que se le concede un donativo mensual de 25 pesetas.

La señora de Calvache da cuenta de la investigación del doctor D. Ceferino Marín. La Junta acuerda darle este mes un donativo de 40 pesetas y en los meses sucesivos pagarle la casa.

La señora de Marañón dice que D.^a Pilar Ortiz Angulo, cuya investigación ha hecho, no solicita nada más que trabajo, por lo que se acuerda pagarle un anuncio para ver si se puede colocar.

Se acuerda continuar la pensión de 50 pesetas del doctor García Blandich y suprimir la de la señora viuda de Cantón por habersele ya colocado á su hijo en los tranvías.

Se leen dos cartas, una de la señora viuda de Morán dando gracias por el donativo de 50 pesetas y otra del Dr. Izquierdo muy agradecido porque esta Junta se encarga de pagarle la casa directamente al casero después de abonar los 33 duros atrasados.

La señora presidenta, que no ha podido asistir á la Junta por estar enferma, comunica por carta á la misma el gran interés que el Dr. Villarino ha tomado por los huérfanos del doctor Anca para que vaya con las colonias escolares, así como el Dr. Palancar que también ha asistido con todo esmero á la huerfanita del Dr. Retes en su reciente enfermedad. La Junta envía su voto de gracias á tan ilustres doctores nombrándoles Socios honorarios de esta Institución, según proposición de la señora presidenta doctora Aleixandre.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, se levanta la sesión.

La secretaria de actas,
PILAR CALVACHE

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

En vista de las dudas surgidas en algunas Estaciones sanitarias de puertos, respecto á la conducta que deba observarse en aquellos casos en que por disposición reglamentaria tengan que dotarse los barcos de médico de la Marina civil y no se disponga de ninguno de ellos; para evitar los perjuicios

que se irrogarían á los barcos que con tal motivo no pudieran ser despachados debidamente; y con el fin de conciliar los intereses de la salud pública con los del comercio marítimo,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer: que en los casos en que no se encuentre médico alguno de la Marina civil para dotar los barcos que así lo requieran, se nombre por el gobernador civil de la provincia el médico que hubiere de embarcar, á propuesta del director de la Estación sanitaria del puerto, de cuyo nombramiento se dará cuenta á la Inspección general de Sanidad, debiendo entenderse que será valedero para un solo viaje redondo.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y fines expresados. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 20 de Mayo de 1919.—Goicoechea.—Señores gobernadores civiles de las provincias marítimas, comandantes generales de Ceuta, Melilla y gobernador militar del Campo de Gibraltar y directores de Estaciones sanitarias de puertos.

MONTEPIÓ FACULTATIVO

SECRETARÍA GENERAL

ANUNCIO DE PENSIÓN

D. Angel Trapero y Serrano, residente en Santa María de Nieva (Segovia), solicita pensión de jubilación.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del reglamento.

Madrid 10 de Mayo de 1919.—El secretario general,
Marín. 2

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,2; mínima, 702,4; temperatura máxima, 24°,8; id. mínima, 5°,0; vientos dominantes, OSO. NE. ONO.

Continúa en general el decrecimiento de las inflamaciones infecciosas agudas del aparato respiratorio que en los meses anteriores han constituido la nota más desfavorable en el estado de la salud pública. Se observan congestiones hepáticas y de los centros nerviosos; cólicos nefríticos, congestiones hemorroidales y accesos de toses.

En los niños son muy frecuentes las anginas catarrales benignas.

Crónicas.

ESPAÑA

Ejemplo digno de imitación.—El Ayuntamiento de San Sebastián, que viene desde hace mucho tiempo siendo ejemplo de buena administración en el orden sanitario, y á propuesta de su Comisión de Gobernación, ha tomado el acuerdo de gratificar á sus médicos municipales con 500 pesetas á cada uno y con 10.000 á los particulares por su altruista comportamiento con motivo de la última epidemia gripal.

Ya en lo que significa económicamente y mucho más en lo que supone de agradecimiento, es digna de imitación y de elogio esta medida por todas las clases sociales de todos los pueblos de España.

Homenaje á un médico.—En el pueblo de Carriches (Tolosa) el día 4 del corriente, á las doce de la mañana, tuvo lugar en el Salón de sesiones de este Ayuntamiento, el ban-

LA DIABETES

Y SUS COMPLICACIONES.

SE CURAN RADICALMENTE CON EL VINO URANADO PESQUI

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

quete en honor del médico de esta localidad D. Valentín Falces Rodrigo, para hacerle entrega de un bastón que el vecindario y algunos amigos le regalan, en atención á los servicios prestados durante la última epidemia gripal.

Los señores que componen la Comisión, D. Francisco Muñoz, D. Ambrosio de Haro y D. Juan P. Villanueva, en sentidos discursos ofrecieron el banquete, dando las gracias al vecindario, y, por último, el Sr. Villanueva entregó el bastón al Sr. Falces en medio de una gran ovación.

El Sr. Falces dió las gracias á la Comisión y á todos los vecinos.

Por último, el alcalde, D. Federico Castaño, en nombre del pueblo, dió la enhorabuena al Sr. Falces Rodrigo.

Nosotros felicitamos al ilustre compañero y al pueblo de Carriches que tan bien sabe agradecer los beneficios desinteresados que le prestara el citado doctor.

Expresión de gratitud, Lecha-Marzo.—Si el juicio científico de la labor de Antonio Lecha-Marzo se ha hecho en la necrología que en otro lugar de este número publicamos, el sentimiento profundo de la pérdida del amigo cariñoso y alentador, en nadie puede reflejarse como en aquel que aprendió á su lado y al tiempo que inapreciables enseñanzas, recibió de él el estímulo necesario para lograr una afición á las ciencias médicas, que nunca hubiera logrado en el curso de la carrera de leyes.

El espíritu abierto de Lecha-Marzo, su voluntad laboriosa, su constancia en el trabajo, unidos á una predisposición á la simpatía poco común en los hombres de ciencia, le ponían en posesión de un elemento pedagógico no frecuente, el de atraer á sus discípulos con la amenidad del procedimiento de enseñanza.

Veinte y un años tendría hoy, con más de cinco de antigüedad en la Cátedra; antes supo crearse discípulos entre abogados y médicos y colaborar en medicina legal, su exclusiva afición, con profesores como Corin, de Lieja, que ha muerto precisamente días antes que él.

Sus estancias en el extranjero le revistieron lo mismo para su trato particular que para sus procedimientos de trabajo, de modales de tal forma desenvueltos y faltos de pedantería, que sin esfuerzo alguno compaginaba las arideces de los comentarios á la ciencia á que se dedicaba, con las ironías de su espíritu infantil.

Era bueno y laborioso, inteligente y modesto; la Medicina legal y España han perdido con él un profesor eminente, y sus compañeros del Instituto de Medicina legal y de EL SIGLO MÉDICO, un buen amigo.

Con radium, rayos X y electricidad, aislados ó asociados convenientemente según indicaciones de las enfermedades, curamos cáncer, lupus, leucoplasias, bocio exoftálmico, reuma, gota, neuralgias, neurastenia, parálisis, tabes dorsal, dispepsias, gastralgias, dilatación, tumor ó úlcera gástrica ó intestinal, colitis muco-membranosa, prostatitis, cistitis y metritis crónicas, espermatorrea, tumores graves, cataratas en período de formación y en ocasiones las ya formadas, úlceras, opacidades córneas, enfermedades piel ó cuero cabelludo, cicatrices deformes, afecciones crónicas imposibles de mejorarlas con ningún otro medio. Princesa, 58, Instituto Radioterápico. Aplicaciones económicas.

Regreso.—De vuelta de su reciente viaje á París en donde ha presidido la sección española del Comité de aproximación franco-español, se ha encargado nuevamente de las tareas de dirección en nuestro periódico D. Carlos María Cortezo, que ha sido objeto durante su estancia en la capital de la vecina república de las más afectuosas pruebas de distinción y afecto por parte de los hombres de ciencia, políticos y elementos diversos de aquel país. La modestia de nuestro querido director nos impide por orden suya el enumerar ni describir los actos en que con general aplauso ha tomado parte.

Un nuevo hospital.—El *Progreso de Asturias* inició la idea no hace mucho tiempo de fundar en la ciudad de Avilés, donde se publica, un hospital con los más modernos adelantos.

La suscripción abierta á este efecto ha tenido un verdadero éxito, pues consiente que en los primeros días del pró-

ximo Julio se coloque la primera piedra del edificio, cuyos planos se deben al arquitecto D. Julio Galán, que desinteresadamente se prestó á hacerlos.

En la Habana se ha formado un Comité para cooperar á este fin y se ha abierto una suscripción que encabeza don Manuel Carreño, hijo de Avilés, con 25.000 pesetas.

PORTUGAL

La salud pública en Lisboa.—Según el *Boletín de Sanidad* presentado al Consejo Superior de Higiene, en la pasada semana no hubo en Lisboa más que veinte casos de viruela, lo que prueba que la epidemia decrece.

En Oporto se han registrado 62 casos de tifus exantemático, cinco en Gaia, nueve en Gondomar, tres en Maia, dos en Matosinhos, cinco en Peñafiel, 122 en la ciudad de Braga y 54 en los pueblos del distrito.

El *Boletín* dice también que en Lisboa ocurrieron 12 casos de difteria y cuatro de fiebres tifoideas.

FRANCIA

Premio de la Sociedad de Radiología médica de Francia.—La Sociedad de Radiología médica de Francia otorgaba todos los años un premio de 300 francos á la mejor tesis sobre un asunto de radiología.

Con motivo de la guerra se suspendieron estos concursos y esta Sociedad ahora elegirá entre las tesis presentadas entre Octubre de 1913 y Julio de 1919 las que deban ser premiadas; los candidatos deben enviar cinco ejemplares de su tesis antes del 1.º de Octubre de 1919 al secretario general Dr. Haret, rue Pierre-Haret, 8, París, IX.º Para más amplios detalles consúltense los *Bulletins et Memoires de la Société de Radiologie*, mars 1914, núm. 55, pág. 112. (Masson et Cie. edit.)

Estadística municipal de la ciudad de París.—Publicada en nuestro número anterior la estadística municipal de Madrid y para que aquellos que se interesan en estos estudios tengan algún dato más, publicamos á continuación la correspondiente á la semana 17 en París.

La oficina de estadística de aquel Ayuntamiento ha registrado durante la semana indicada, 908 fallecimientos en lugar de 930 que registró en la anterior y en vez de 988, término medio ordinario en esta estación.

La viruela no ha ocasionado ningún fallecimiento como sucedió en la anterior semana (la cifra media es 0). Hay sin embargo que fijar la atención en la utilidad de las revacunaciones.

Las enfermedades inflamatorias del aparato respiratorio han causado 173 fallecimientos en lugar de 162 que produjeron en la semana anterior y en vez de 174 que es el término medio ordinario de la estación.

Además de los mencionados, otros 15 fallecimientos ocurridos en aquella capital se atribuyen á la gripe.

Necrología.—Las revistas profesionales francesas dan cuenta del fallecimiento del Dr. Paul Carles, profesor agregado de la Facultad de Bordeaux y miembro correspondiente de la Academia de Medicina de París.

El profesor Paul Carles era uno de los más eminentes químicos enólogos franceses. Era padre del profesor Jacques Carles, al que enviamos nuestro sentido pésame.

BELGICA

Congreso de Historia de la Medicina.—En Agosto de 1920 se inaugurará en Amberes un Congreso de Historia de la Medicina con Exposición, para la cual se reclama la cooperación de los aficionados á este género de estudios.

Dirigirse al Dr. Bertrand, presidente del Círculo Médico de Amberes.

Concesión del rey Alberto.—El rey Alberto de Bélgica ha acordado conceder el título de Real á la Sociedad de Medicina de Gante.

La Universidad de Lieja y la reina Isabel.—S. M. la reina Isabel ha recibido el diploma de *doctor in honoris causa* de la Universidad de Lieja.

PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.—Director: Dr. MORALES.—Santander

INGLATERRA

Exposición de productos científicos ingleses.—En Junio de 1919 tendrá lugar en Londres una Exposición de productos científicos nacionales. Todos los inventos obtenidos durante la guerra y que no se han dado a la publicidad tendrán de este modo una vasta publicidad.

El fin de esta Exposición es mostrar los progresos recientes de la ciencia inglesa y coadyuvar al desenvolvimiento de las nuevas industrias en la Gran Bretaña.

Las diversas secciones que integran esta Exposición comprenderán elementos de química, mecánica, metalúrgica, física, agricultura, aviación, electricidad, tipografía, medicina, cirugía, etc.

La salud en las profesiones.—En la agitación de los mineros para el aumento de salario y reducción de la jornada ha habido una gran parte de exageración tanto al hablar del peligro como de las malas condiciones en que realizan su trabajo para la salud.

En una carta al *Times* del profesor Js. Haldane corrige estos errores respecto al peligro de la vida y de la salud en las minas y da una tabla comparativa con otras profesiones por 1.000 habitantes sin hacer distinción de las causas que las producen.

	E D A D			
	15 á 25	25 á 35	35 á 45	45 á 55
Hombres ocupados y jubilados	3,5	6,3	10,9	12,7
Mineros ocupados y retirados	3,8	5,1	8,0	15,2
Abogados ocupados y jubilados	0,0	4,9	7,6	13,8
Tenderos ocupados y jubilados	3,1	5,6	9,4	16,4
Médicos ocupados y jubilados	0,0	5,6	10,6	12,5
Labradores ocupados y retirados	2,4	4,3	6,4	11,2
Marineros ocupados y retirados	9,6	13,9	19,8	29,6

Entre los mineros la mortalidad de accidentes es casi el doble que en las demás profesiones; pero aun así la minería es una profesión relativamente segura.

ALEMANIA

La medalla de Helmholtz.—La medalla de Helmholtz ha sido concedida este año al profesor Roentgen. Nuestros lectores recordarán que el año 1905 fué otorgado este premio á nuestro insigne Cajal.

Fallecimientos.—L. Mhor, catedrático de Patología interna de la Universidad de Halle; Dr. R. Semon, profesor de Anatomía de la Universidad de Jena, á la edad de sesenta años, y el Dr. H. Tipeler, antiguo catedrático de Cirugía de la Universidad de Berlín, á la edad de ochenta y ocho años.

Los médicos y la paz.—Doctores en Medicina que forman parte de la delegación alemana llegados á París para los preliminares de la paz:

El Dr. Landsberg, ministro del Imperio; el profesor doctor Schucking, el Dr. Carl Melchior, el Dr. Max Caen, el doctor Schazader, subsecretario de Estado; el Dr. Richter, el Dr. von Becker, el Dr. Schall, el Dr. Hans Meyer, el doctor

Boch, el Dr. Redlich, el Dr. Muhling, el Dr. Kaufmann, el Dr. Golmann, el Dr. Hirth, el Dr. Lothinger, el Dr. Manteler, el Dr. Hirsch, el profesor Bier y el Dr. Herschmasin.

AUSTRIA

Exceso de estudiantes de Medicina en Austria.—Según la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, se han inscrito para el curso de Obstetricia del profesor Tandler, de Viena, más de 1.000 estudiantes, y otros muchos profesores han notado también un gran aumento en el número de inscripciones para sus cátedras. Tandler se dirigió á los estudiantes aconsejándoles que la mayoría abandonara la idea de la carrera médica y se dedicasen con preferencia á la agricultura, porque según él, no habrá sitio para tantos médicos en Austria y no serán probablemente bien recibidos en otros países en los años próximos á la guerra.

AMÉRICA DEL NORTE

Fundación de un Instituto de Puericultura.—La Cruz Roja Americana y la Liga de Niños de los Estados Unidos de América, han ofrecido una suma de 1.500.000 francos, destinada á la fundación en la Facultad de Medicina de París, de un amplio Instituto de Puericultura, bajo la única condición de que se recolecte en Francia para el mismo fin una suma no inferior á un millón de francos.

Con este objeto se ha formado un Comité, cuyo secretario general es el Dr. B. Weill-Hallé, Avenida de Malakoff, 49, y su tesorero M. Gaston Gotin, calle de Monceau, 81. En su nombre el profesor Roger, decano de la Facultad de Medicina, ha dirigido á la población un llamamiento caluroso.

Las suscripciones recibidas ya por M. Gaston Gotin para esta fundación francoamericana, que está llamada á prestar grandes servicios, se eleva á una suma de casi 500.000 francos.

CASA METZGER, Paseo de Gracia, 76, Barcelona, sirve toda clase de material para Laboratorios en el acto. Pídase catálogo.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, tifus gástricas. A. J. y S. ESCOFET, Tarragona.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MEDICO por LA PAPELERA ESPAÑOLA.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa Maria de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel 552.

¿NECESITA V. UN CICATRIZANTE PODEROSO?
¿SI? Pues use el **BÁLSAMO COLOFÓNICO UNIVERSAL**. De venta en Madrid, depósitos de Pérez Martín, E. Durán y farmacias de Gayoso y Borrell Hermanos.

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCÍA SUÁREZ

La Petrosina es un hidrocarburo insípido que estimula la secreción de líquidos en el aparato digestivo facilitando la expulsión del excremento, inofensivo en todas las edades.