

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

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: La roentgenterapia en la hipertrofia de la próstata, por el Dr. B. Navarro Cánovas.—Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo, por el Dr. B. Castresana.—Significación clínica de los noevi, por el Dr. Sicilia.—Cosas del siglo pasado: Los restos del divino Vallés, por P. Arias Carvajal.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Caso ejemplar, por A. C. y C.—La autonomía universitaria, por Santiago Ramón y Cajal.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Ce-
sáido.—Sociedad Española de Higiene.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Montepío facultativo.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

La roentgenterapia en la hipertrofia de la próstata

POR EL

DR. B. NAVARRO CÁNOVAS

Electrorradiólogo del Hospital Militar de urgencia, Académico
corresponsal de la Real Academia Nacional de Medicina.

Pocos años después de la aparición de los rayos X en la Medicina surgió la idea de su aplicación en la hipertrofia prostática. Fué Mosckowitz el primero que inició este procedimiento terapéutico, siguiéndole después Stegmann, Lassueur, Hahn, Hanish y otros.

La acción atrofiante de este agente sobre las glándulas está demostrada hasta la saciedad en el tiroides, bazo, ganglios linfáticos, testículos, en las salivares, sebáceas, sudoríparas, etc., según puede observarse todos los días en la práctica roentgenterápica con motivo del tratamiento que dirigimos sobre determinadas afecciones de estos órganos.

Nada de extraño tiene, por consiguiente, que la próstata aumentada de volumen se atrofie, sobre todo cuando en ella predomina el tejido glandular sobre el conjuntivo, obedeciendo al principio general de Radioterapia, según el cual la radiosensibilidad de los tejidos está en razón directa de la vitalidad de sus elementos.

Los caracteres clínicos del prostático ofrecen poca variación entre sus individuos. En todos ellos existe frecuencia de las micciones, más acentuada por la noche,

necesidad apremiante y dificultad mayor ó menor para comenzar éstas, con ligeras interrupciones en la emisión de la orina ó adelgazamiento del chorro.

Algunos sienten dolor hacia la región anal ó perineal, que les molesta bastante. Por la noche, sobre todo, les desazona mucho. Estos trastornos se agudizan cuando el enfermo está estreñido, y asimismo cuando abusa del alcohol y de los alimentos fuertemente condimentados.

El prostático, como es sabido, no evacua completamente su vejiga después de cada micción y es un sacrificio para él no poder concurrir á lugares, reuniones ó actos donde no encuentre facilidad para efectuar sus micciones con la frecuencia que le es necesaria. La frecuencia de las micciones nocturnas les priva del sueño y del descanso.

El tacto rectal de la próstata descubre el volumen aumentado del órgano; lo que por nuestra parte parece difícil percibir se si la próstata es de tipo glandular ó conjuntivo. Al prostático le preocupan mucho los ataques de retención urinaria, que reclaman con urgencia el empleo del cateterismo.

Los casos tratados hasta la fecha me han demostrado que la próstata se reduce notoriamente de tamaño bajo la influencia de los rayos X y que la polaquiuria, la disuria y las variaciones de grosor del chorro desaparecen completamente ó quedan reducidos á un estado de ligerísimas molestias. También desaparecen ó retardan mucho en la mayoría de los casos los amagos



á la retención urinaria. Además, hemos tenido un caso que exigía la sonda permanente y un año después de recibir dos dosis de rayos segula sin necesitar este instrumento para orinar, empleándolo solamente para el lavado de su vejiga. He tenido otro enfermo de esta clase que sus micciones se repetían cada media hora por la noche, poco más tarde por el día y siempre con el auxilio de la sonda. En este caso logré que orinase dos veces solamente por la noche y cada tres ó cuatro y hasta cinco horas durante el día, pero no se ha conseguido suprimir el uso de la sonda, á pesar de que la próstata tenía ya su volumen normal. Este último detalle ha quedado explicado desde que el Dr. Pulido, encargado de su asistencia, ha puesto de manifiesto, mediante el examen uretroscópico, la existencia en este enfermo de tres pólipos implantados en el cuello de la vejiga y que, á manera de válvulas, obturan la luz de éste impidiendo la libre emisión de la orina. Lo cual prueba la necesidad de recurrir al urólogo en muchos casos para aclarar dudas del tratamiento dependientes de un diagnóstico deficiente.

Claro está que las hipertrofias considerables que se acompañan de abundante tejido conjuntivo no son tributarias de este tratamiento, pero sí lo son las del tipo glandular ó adenomatoso. Mejores resultados pueden obtenerse en los prostatismos, digámoslo así, es decir, en aquellos casos de hipertrofia moderada con trastornos dependientes de estados congestivos frecuentes del órgano. En una palabra, con el empleo acertado de la Roentgenerapia se pueden obtener curaciones transitorias ó acaso definitivas en muchos prostáticos librándoles de los peligros del cateterismo y sobre todo de la operación.

Desde los comienzos del tratamiento obsérvese que unos enfermos reaccionan vivamente al mismo, acentuándose sus molestias, otros con más moderación y un tercer grupo que no reacciona absolutamente. En estos últimos puede prejuizarse desde este momento que el tratamiento resultará ineficaz.

Los otros dos grupos sufrirán modificaciones más ó menos favorables en su enfermedad.

Desde luego es signo de buen augurio, de buen pronóstico, que el enfermo se muestre muy radiosensible, lo cual conviene, además, tener muy presente al comenzar el tratamiento, porque si en dicho momento hacemos uso de una dosis fuerte de rayos nos exponemos á un ataque agudo de retención que obligue á las pocas horas de recibirlos, que es cuando se presenta, al empleo del cateterismo. En estos casos se agudizan todas las molestias propias del paciente y le hacen pasar una mala noche. A las veinticuatro horas aproximadamente, remite ó desaparece este episodio. Procede, pues, comenzar por dosis pequeñas y repetidas, tanteando el grado de sensibilidad á los rayos del paciente, para elevar después las dosis hasta el límite de su tolerancia y sin llegar al peligro de retención que siempre es desagradable.

En estas condiciones se inicia bien pronto la mejoría del enfermo. Éste observa que orina menos veces, que lo hace con menos dificultad, que se siente mejor

de su estado general y que duerme más porque orina menos veces por la noche.

Claro está que hay que evitar los enfriamientos, el estreñimiento y el uso de los ingesta perjudiciales á su estado morbozo, porque todas estas causas se dejan sentir muy pronto sobre esta clase de enfermos.

De los diez casos que llevamos tratados hay cuatro que registran en sus antecedentes patológicos ataques frecuentes de retención urinaria, los cuales han desaparecido desde que fueron sometidos al tratamiento roentgenerápico y ha transcurrido más de un año sin molestias al orinar. Un caso con los trastornos habituales del prostático, pero sin ataques de retención, que no ha tenido novedad alguna en su enfermedad desde hace seis meses. De otro que hace poco terminó el tratamiento, sólo le queda de su enfermedad el orinar dos ó tres veces por la noche. Otro, el ya citado de los pólipos del cuello de la vejiga, que necesita naturalmente hacer uso de la sonda. En un diabético con doble y voluminosa hernia inguinal, no se obtuvo ningún resultado, y en otro enfermo, compañero, por cierto, tampoco hubo mejoría, al parecer, aunque no tengo noticias de él. En otro enfermo desapareció el dolor, el tenesmo muy acentuado que sufría y que se había mostrado rebelde á todo tratamiento.

Conclusiones:

Disponemos de un nuevo remedio para combatir en muchos casos la hipertrofia de la próstata y es la roentgenerapia.

Son tributarios de este tratamiento los casos de hipertrofia de tipo glandular, en los que predomina este tejido sobre el conjuntivo.

Bajo la influencia de fuertes dosis de rayos duros se obtiene la reducción del volumen de la próstata.

El síntoma que mejor cede al tratamiento es la polaquiria.

El resultado en conjunto del tratamiento está representado en los casos que responden favorablemente por una mejoría importante de todos los síntomas, que dura de seis meses á un año.

Se distancian ó suprimen los accesos de retención.

Todo prostático debe ser sometido al tratamiento radioterápico antes que á la operación.

Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo⁽¹⁾

POR EL

DR. B. CASTRESANA

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

La verdadera intervención quirúrgica que merece el nombre de avanzamiento muscular, se realiza cuando separamos el músculo de su inserción y lo trasplantamos más cerca del limbo esclerocorneal. Las modificaciones que se han hecho en la técnica clásica del avanzamiento por Jocqs, no re-

(1) Véase el número anterior.

secando la conjuntiva; el avanzamiento en A de Valude; el avanzamiento y su cápsula sin sutura por Rochon Duvigneaud, y la sustitución de los hilos de seda por tendones de renguifo, para suturar la esclerótica y no tener que quitar los puntos de sutura, empleados por Terson, han dado casi los mismos resultados. El procedimiento del avance musculocapsular con sutura especial de Jocqs, presentado en el Congreso de 1903, y los distintos trabajos de este ilustre publicista, dados á conocer los años 1904 y 1909 en *La Clinique Ophtalmologique*, hicieron que se emplease su técnica operatoria por algunos oculistas con resultados halagüeños en los estrabismos débiles. En los pronunciados, aconseja Jocqs que se practique una pequeña tenotomía del músculo antagonista, por resultar poco enérgico su procedimiento.

En el avance muscular admite Motais el aumento de la fuerza y la extensión del músculo avanzado, fundándose en la hipótesis de que la aleta ligamentosa del músculo que se avanza, se relaja. Para demostrar su opinión presenta unos dibujos artificiosos que según Lagleyze tienen el mismo error señalado en los esquemas de la tenotomía. La aleta ligamentosa antes y después del avance muscular, ocupa el mismo sitio en el espacio orbitario, dice Lagleyze, y, por consiguiente, las aletas no pueden influir aumentando la acción del músculo. Este no avanza en el espacio orbitario como parece desprenderse de las figuras de Motais, porque sería preciso para ello que el globo ocular se mantuviese fijo y no estuviera suspendido en la cavidad orbitaria, como una especie de articulación del género de las enartrosis.

Para el ilustre profesor de la Universidad de Buenos Aires el músculo no aumentará en fuerza, por crearse un nuevo obstáculo en el aumento del antagonista, que ha de neutralizar, empleando parte de su energía, lo que no ocurría antes de la intervención, puesto que el antagonista en posición estrábica tenía un estado de menor tensión. Si nosotros no aumentamos la fuerza de un músculo debilitado, con el avanzamiento del mismo, creo que podemos por lo menos aumentar la eficacia de su contracción, como afirma Landolt en su reciente trabajo, publicado en los *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos* en el mes de Junio del año anterior. Al avanzar el músculo, aumentamos la extensión de contacto sobre el globo ocular, lo que producirá un efecto suficiente, á pesar de su fuerza escasa.

El avance muscular origina por sí solo un enderezamiento del globo ocular, sin producir exoftalmía ni deformación de la hendidura palpebral. No disminuye la adducción, y la amplitud de la ab-

ducción se ha conservado. El estrabismo secundario no se presenta en el transcurso del tiempo, y con ejercicios constantes de visión binocular, pueden algunos casos de estrabismo muy poco pronunciado llegar á la verdadera curación. El inconveniente de este procedimiento es que no produce más que un enderezamiento insuficiente, no sirviendo para los estrabismos de un grado elevado.

Para las desviaciones estrábicas muy pronunciadas Landolt recomienda las resecciones parciales combinadas con el avanzamiento, método en realidad que se diferencia muy poco en su técnica del avanzamiento muscular sencillo.

El enderezamiento que se consigue es, sin embargo, mejor, y aumenta tanto más cuanto mayor sea la resección muscular que practiquemos, sin que se observe estrabismo secundario. La corrección es más acentuada, y, con el empleo de los medios ópticos y ortópticos, se consigue en algunos casos la verdadera curación. Esta se comprende, si tenemos en cuenta que el músculo, después de la intervención quirúrgica, no sólo queda arrollado sobre el globo ocular, sino acortado, lo que acrecienta su acción, sin perjudicar el funcionamiento del antagonista, para que pueda realizarse la visión binocular. Desgraciadamente, la corrección no suele ser duradera en la mayor parte de los casos, cuando el avance con resección ha sido monocular, pues bien pronto vuelve á presentar de nuevo el desequilibrio muscular, cuando nuestra intervención se limita sólo á un ojo.

Es verdad que aparentemente, siendo sólo uno el ojo desviado, parece natural que la operación no debe realizarse más que sobre el globo ocular que se desvía; pero la observación demuestra que la unilateralidad del estrabismo no existe más que de una manera aparente, y que la bilateralidad, cuando no es espontánea, podemos provocarla mandando al enfermo cubrir el ojo que habitualmente fija, lo que dará origen á la alternativa de la desviación, igual para los dos ojos. El estrabismo al parecer monocular, dice Onfray, «se debe á que uno de los ojos está forzosamente dirigido hacia el objeto que el individuo quiere ver; pero en realidad se trata de un espasmo de la convergencia, función eminentemente binocular por su misma definición. Es, pues, lógico repartir el efecto operatorio sobre los dos ojos, y los resultados han demostrado que este método, no rompiendo el equilibrio normal binocular en los movimientos asociados, facilita la verdadera cura».

Algunos ilustres colegas sostienen esta misma opinión, y creen que siendo una afección binocular se la debe aplicar un tratamiento quirúrgico bilateral. Consecuente con este principio, Pannas practi-

caba la doble tenotomía de los rectos internos y externos, según fuera el estrabismo convergente ó divergente, y Landolt, el doble avanzamiento de los rectos externos ó internos, según se trate de una desviación estrábica interna ó externa.

Si echamos una rápida ojeada sobre las opiniones emitidas por diversos autores, veremos que casi todos hablan de la tenotomía, del avance cápsulo-muscular, de avance muscular unilateral con resección, de la tenotomía combinada con el avance; pero ninguno menciona el avance bilateral indicado por Landolt. Es más, aun después de haber sido preconizado por tan eminente colega, apenas si lo han practicado aquellos oculistas que más estrabismos han tratado quirúrgicamente.

En efecto; si recorremos el capítulo del estrabismo en algunas publicaciones modernas, no encontramos en ellas la recomendación del doble avance muscular puro y simple, hecha por Landolt.

En el trabajo de Guedel (1875) sobre la patogenia y tratamiento del estrabismo después de emitir la idea de que el verdadero tratamiento del estrabismo es el quirúrgico, dice que debemos practicar la tenotomía sola ó combinada con el avance del músculo antagonista, verdadera panacea de la corrección estrábica.

Testut, en 1881, al publicar el avanzamiento del tendón en el tratamiento del estrabismo, manifiesta que hace falta repartir entre los dos ojos la corrección de la desviación, pero asociada siempre á la tenotomía del recto interno.

En la publicación de Bonnemaïson el año 1882 acerca de los diferentes procedimientos quirúrgicos para el estrabismo monolateral excesivo, también indica que debe practicarse á la vez el avanzamiento del recto externo y la tenotomía. El mismo consejo da Lagrave en 1893 en su trabajo de contribución al estudio del tratamiento quirúrgico del estrabismo, afirmando que la base del tratamiento radica precisamente en la tenotomía.

Más tarde, tres años después, en 1896, Langley en nada modifica las opiniones anteriores, hasta que en 1906 Alberto Delbarne en su «Estudio clínico sobre el tratamiento operatorio del estrabismo concomitante interno», indica que en los casos de gran desviación debe intervenir en los dos ojos, practicando el doble avance, pero asociado siempre á la tenotomía, como venían preconizando los demás autores. Wecker discute sobre las tenotomías simples, ó las tenotomías con avanzamiento, y Füchs y Javel no hablan del doble avance, el primero en su Tratado, y el segundo en su Manual de estrabismo. Lo mismo le sucede á Bielchowsky en el Tratado reciente de Axenfeld del año 1914. Lagleyze en su Tratado del estrabismo, año 1913,

aconseja su acortamiento muscular especial, sin separar el músculo de la inserción, con ó sin tenotomía del antagonista.

En el Congreso de la Sociedad Francesa de Oftalmología de 1893, Parinaud, que era el ponente para el tratamiento del estrabismo, ni siquiera menciona el doble avanzamiento muscular. Morax y Terrien se limitan en sus modernos Tratados, á citar sencillamente la operación. Solamente Landolt vuelve á insistir, después de haber emitido la idea del doble avance, en la necesidad de que la operación se generalice, siendo Benet Onfray el que más la ha dado á conocer en su magnífico trabajo sobre el estrabismo, publicado el 1907.

Antes de esta época, en 1905, Rochon Duvigneaud había empezado á tratar á los estrábitos por doble avanzamiento de los rectos externos con resultado positivo. Los éxitos que consiguió, le hicieron aplicar este método á la mayoría de los estrábitos que operó en los Hospitales de Laënnec y de la fundación Rotshchild. Su discípulo predilecto Giraud, en su notable trabajo sobre el doble avanzamiento muscular, al hablar de su maestro dice: «El no cree que toda la desviación pueda ser corregida por el doble avance más considerable posible, es decir, con resección importante del tendón muscular», pero le considera un procedimiento excelente.

El Dr. Giraud, consecuente con la doctrina de su maestro, cree que no se puede desterrar la tenotomía actualmente en el tratamiento del estrabismo, si bien ha de reservarse solo para ciertos casos, á causa de los inconvenientes que tiene para que se realice la convergencia, debiendo procurar obtener la mayor ventaja con el doble avanzamiento muscular.

En cambio, hay otros oculistas como Parinaud, que solamente cuando el resultado obtenido por la intervención unilateral resulta incompleto, es cuando interviene en el ojo fijador. Lapersonne en las desviaciones débiles tampoco interviene más que en un ojo, y es preciso que la desviación pase de más de 10° para que practique la intervención quirúrgica bilateralmente. Por mi parte, de conformidad con la opinión de Wecker, creo que la intervención unilateral podría aplicarse en alguno de los casos de estrabismo que él llama corregibles, en los que no podemos esperar más que una corrección de su deformidad, pero nunca en los curables, que son susceptibles de recuperar la visión. En éstos, la intervención á mi juicio debe ser siempre bilateral, respetando la sinergia binocular.

La opinión de Rochon Duvigneaud, cuando dice: «En aquellos casos en que los músculos rectos externos muy débiles se oponen á los rectos internos

muy fuertes, el doble avanzamiento muscular por extenso que sea resulta insuficiente, es cierto»; para que el avance dé resultado, tendremos que debilitar los internos. ¿Cómo realizaremos esta debilitación? Para Rochon Duvigneaud, por un procedimiento ignorado aún, porque la tenotomía es una operación brutal, excesiva, é imposible de dosificar.

En efecto, esta operación que todavía la practican algunos oculistas y que en algunos casos muy excepcionales puede llenar alguna indicación, podría tener su apogeo antiguamente, cuando se admitía la teoría muscular del estrabismo, pero en la actualidad no debe practicarse *larga manu*, como se hace, porque al debilitarse el músculo, no sólo se disminuye la adducción y la amplitud de convergencia, que son factores indispensables para restablecer la visión binocular, sino que produce alguna vez el estrabismo secundario.

¿Se debe abandonar en absoluto la tenotomía? Creo que la tenotomía bilateral no debe practicarse nunca; únicamente la de un solo lado puede estar justificada, cuando se trata de un estrabismo con ambliopía acentuada, cuando la contractura muy marcada del músculo se acompaña de cambios de estructura con pérdida de su elasticidad, y cuando el enfermo es de edad avanzada, y no dispone del tiempo necesario para someterse después de la operación á los ejercicios ortópticos que le pudieran reintegrar á la visión binocular. Aun reuniéndose todas estas circunstancias, se debe hacer la tenotomía con gran prudencia y sólo en las desviaciones estrábicas muy débiles, puesto que hemos indicado que la tenotomía produce una paresia incurable, que dificulta la convergencia.

Si la asociamos al avanzamiento, constituye la operación combinada, que produce un enderezamiento del globo ocular mucho más acentuado. Este hecho no se puede negar, porque la clínica nos lo confirma algunas veces; pero de admitirla, á creer, como dicen los partidarios de la tenotomía combinada, que son menos marcados sus inconvenientes, porque la debilitación del músculo es limitada por el obstáculo que opone el avance del antagonista á la exoftalmía, hay una gran diferencia. El resultado que se obtiene con algunas tenotomías combinadas, depende, como dice Onfray, del músculo que hemos avanzado, en modo alguno del que hayamos tenotomizado.

No puedo tampoco admitir la opinión de Worth, al suponer que en los grados considerables del estrabismo, no se puede enderezar el globo ocular con los avances sin producir una enoftalmía, porque tengo operados de estrabismos muy fuertes con el doble avanzamiento indirecto, sin que se haya presentado el fantasma enoftálmico. Debo confesar que en estos

enfermos no se practicó el doble avance sencillo, lo asociamos á la debilitación del músculo antagonista, en la forma que indicaré al hablar de la técnica operatoria que ejecuto generalmente, cuando opero estrabismos pronunciados. Los inconvenientes de la tenotomía no se evitan ni disminuyen en lo que se relaciona con la convergencia asociándola al avanzamiento, y sólo deberá practicarse en algunos casos muy especiales como indicaba anteriormente.

La operación que no tiene ninguno de los inconvenientes de la tenotomía, es el avance muscular, que yo llamo indirecto, que no solamente nos corregirá el estrabismo, sino que muchas veces devolverá al enfermo estrábico la visión binocular perdida. La objeción que se ha hecho á los avances diciendo que tienen unos efectos correctores limitados, puede tener algún valor, cuando se trate del avance capsular, ó muscular unilateral, que es insuficiente, pero la citada objeción no puede hacerse cuando se practique el avance bilateral, con resección muscular que duplica el efecto de la operación.

En el caso de una desviación muy débil, en la que no podamos obtener la curación verdadera, por alteraciones irremediables en el aparato dióptrico, el avance muscular unilateral puede ser algunas veces suficiente; pero si queremos buscar la visión binocular, la corrección debe ser repartida entre los dos ojos. La aplicación de distintos avances para cada variedad de desviación, no la podemos admitir en la actualidad. Es inadmisibles establecer, que para un estrabismo inferior á 10°, se practique un avance capsular, para uno de 15 á 20 muscular, y si pasa de 25, se refuerce con la resección del músculo.

Al radicar la desviación estrábica, al parecer, sobre un ojo solo, lo natural es que la operación recayese solamente sobre el ojo desviado, pero la unilateralidad del estrabismo, repito que es aparente, la desviación estrábica es alterante, lo que se comprueba mandando tapar al enfermo el ojo que fija, como dejo indicado, pues entonces veremos que hay desviaciones iguales en los dos ojos. Si la desviación, por lo tanto, es bilateral, el efecto operatorio deberá repartirse entre los dos ojos, puesto que ambos se hallan afectados.

El doble avance muscular indirecto, por acortamiento de los músculos, lo practicaremos en el estrabismo convergente, avanzando los dos rectos externos indirectamente, como describiré después, y en el divergente los rectos internos. Este avance no disminuye el campo de adducción, aumenta el de abducción y respeta la convergencia. Debe practicarse siempre bilateralmente, si perseguimos conseguir la visión binocular del enfermo. Con el avan-

zamiento muscular doble indirecto por resección del tendón, que le injertaremos después de acortado en su primitivo punto de inserción, aumentamos de una manera considerable la potencia de enderezamiento del avance muscular, y conservaremos siempre la convergencia. Las excursiones nasales no pierden nada, las temporales se normalizan, y los ojos se mueven correctamente. Muchas veces se obtiene la visión binocular, y una amplitud de convergencia normal.

Al ocuparse el Dr. Rochon Duvigneaud del doble avanzamiento, no pretende corregir todas las desviaciones por esta operación. Cuando los rectos internos son muy fuertes en el estrabismo convergente, y los rectos externos muy débiles, dice que será preciso además de los avances, disminuir la energía potencial de los músculos rectos internos, por algún medio especial, que quizás pudiere ser seccionando alguna fibra muscular en todo el ancho del músculo, porque la tenotomía es una operación que no se puede dosificar.

En el estrabismo divergente lo mismo que el convergente, la acción correctora del doble avance indirecto es buena y podemos aumentarla reseccionando una porción mayor ó menor del músculo, según nos convenga.

La abducción no disminuye con la operación y en cambio conseguimos que aumente notablemente la adducción. En esta variedad de estrabismo el campo de adducción está limitado en los dos ojos y mejora con el avance bilateral.

A los rectos internos les proporciona una contracción suficiente y paralela para poder realizar la visión binocular, sobre todo en aquellos estrábitos que tienen la facultad de fusión muy desarrollada. Con los avances, por lo tanto, conseguiremos una corrección estética y funcional á la vez, que es precisamente nuestro bello ideal.

Claro está que no se pueden corregir los estrabismos muy pronunciados con sólo el avance bilateral indirecto, pero si lo asociamos á la debilitación del músculo antagonista, en la forma que indicaré, el problema de la corrección del estrabismo queda resuelto para todos los casos que se nos puedan presentar.

La técnica operatoria que practicamos en el avance bilateral indirecto con debilitación del músculo antagonista, se diferencia de la que emplean otros eminentes colegas, en detalles, tan importantes, que la podemos considerar como nueva, aunque se nos diga parodiando á Salomón que *nihil novum sub sole*. Es cierto que nada puede considerarse como nuevo, pero si á un procedimiento operatorio se le modifica en su principio fundamental, y además se le añade un acto quirúrgico que viene á comple-

mentarle, y corregir las deficiencias que tiene, creemos podemos considerar autorizados para calificarle como nuevo.

¿Cómo se debe realizar el procedimiento operatorio ideal del estrabismo pronunciado? En la forma que vamos á describir:

Se hace anestesia local mediante inyecciones subconjuntivales y musculares con solución en suero fisiológico de novocaína y adrenalina que es suficiente, ó anestesia general con cloroformo que es la que prefieren casi todos los enfermos para evitar el dolor por completo. Anestesiado el paciente en cualquiera de las dos formas, se desinfecta el campo operatorio, por medio de repetidos lavados con la solución acuosa al 4 por 100 de ácido bórico, y se empieza la operación debilitando los músculos rectos internos en el estrabismo convergente, para después practicar el doble avanzamiento indirecto, ó viceversa, se debilitan los externos y se avanzan los internos cuando se trata de un estrabismo divergente.

Para debilitar el músculo que es el punto más original é importante de mi intervención, se empieza por aislar su tendón en la forma que lo hacemos cuando se desea separarlo del globo ocular. Colocado el separador palpebral, se coge con la pinza la conjuntiva á unos cuantos milímetros del limbo esclerocorneal. El pliegue que hemos levantado de la membrana conjuntival se escinde de un tijeretazo, y nos queda de este modo abierto un ojal en la conjuntiva, de unos cinco ó seis milímetros de extensión aproximadamente.

Después, con ayuda de las tijeras disecamos los labios del ojal, levantando la conjuntiva en todas direcciones hasta poner al descubierto la inserción tendinosa del músculo, que estará cubierta por la cápsula. Cogemos á esta con la pinza al nivel del borde superior del tendón, y con la punta de la tijera la incindimos produciendo una pequeña abertura por donde se introduce el gancho de estrabismo. La punta de este instrumento dirigida hacia atrás rasando sobre la esclerótica pasa por debajo del músculo, y se presenta cubierta por la cápsula al nivel del borde inferior del tendón muscular.

Se da un corte con la tijera en la cápsula y queda libre la punta del gancho. Se introduce otro por la abertura practicada, que sustituye al primero y que camina en sentido opuesto, con el fin de coger el tendón en su totalidad, y una vez conseguido, se levanta con fuerza sujetándolo con la mano izquierda. Colocado el tendón en esta forma, con la tijera ó un bisturí se dan dos cortes en dirección vertical, á unos dos ó tres milímetros por detrás de la inserción que tiene el músculo con la esclerótica y en una extensión variable según queramos debilitar

más ó menos la potencia muscular. Los citados cortes serán practicados en las partes intermedias, sin cortar nunca las fibras correspondientes á los bordes musculares, superior é inferior, ni tampoco las correspondientes á la parte central, con el fin de que no se modifique el centro de rotación del globo ocular. Cortada en esta forma la cantidad del músculo que nos convenga, se saca el gancho que lo sujetaba y se reúnen los bordes cruentos de la conjuntiva, mediante un punto de sutura, pasando inmediatamente después á practicar el avance bilateral indirecto de los músculos debilitados.

(Se continuará.)

SIGNIFICACION CLÍNICA DE LOS NOEVI

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios de Madrid.

Es muy grande para los dermatólogos, y siempre que encontramos en personas adultas, lo cual es muy frecuente, estos puntos congénitos polimorfos diseminados por la piel, hemos de considerar que aquella piel tarada, que lleva consigo ya las anormalidades de la embriogenia, padecerá con gran facilidad en la duración de su vida, dermatosis de diverso tipo y grado, casi siempre del orden de las persistentes ó crónicas, y es de temer en ella la formación consecutiva de tumores cutáneos que á veces adquieren aspectos malignos, por ser pieles destinadas á la caducidad ó envejecimiento prematuros. Y esto es lo que vemos en la realidad: personas generalmente de aspecto fuerte y gruesas en su mayoría, acaso porque esta proliferación celular especial que forman los noevis traduzca en la piel la hipergénesis general que se desarrolla en estos organismos y tienen tendencia á las enfermedades dermatósicas y otras, por aquella ley de patología que dice, que todo lo que tiende á hacer perder el equilibrio orgánico es perjudicial y predisponente á enfermedad, y en este sentido tanto perjudican los excesos como los defectos y hay modos de génesis por plétora como los hay por anemia. Cuántas veces al reconocer á nuestros robustos enfermos por una seborrea, una alopecia difusa, un acné muy polimorfo, extenso, con agudeza y desarrollo elemental, un eczema ó prurigo papuloso persistente, en suma, un proceso difuso, crónico, muy variable y bien desarrollado sobre su gruesa piel, cuántas veces, repito, encontramos por distintos puntos de la piel del dorso y de la cara preferentemente, noevis variados, aquí angiomasos como botoncitos rojos poco mayores ó alrededor del tamaño del cañamón, allí verrucosos salientes en sitios lampiños y de pelo, acullá en manchas gruesas pigmentarias, siendo tan desarrollada la circulación dérmica que los vasos como finos hilos rojos en red ó arborizaciones distintas se transparentan y marcan al compás de las erupciones.

En estos enfermos de noevis desarrollados, la piel es muy susceptible á reacciones ante los intensos agentes externos, sobre todo los cósmicos, traumáticos y

alimenticios, viéndose cómo producen en la trama cutánea dilataciones vasculares dando color rojo á los productos eruptivos; ectasias glandulares formando elementos de bastante desarrollo, proliferaciones celulares que dan tumores, esto en primer término, es decir, y esta es una teoría que se me ocurre que es más frecuente en las personas con noevis desarrollados, polimorfos y separados las hiperfunciones, hipernutrición con hiperadiposia, hipersecreción, hiperreacción en las secreciones (muchos hiperclorhídricos, obesos, de orinas fuertes, etc.), hipercongestivos y hasta diríamos con hiperapetito é hipereliminación y por esta excitación funcional y estos factores generadores se pueden explicar sus dermatosis y otras enfermedades que suelen padecer.

El segundo punto es, que en estos focos ó elementos de noevis, son lugares de menos resistencia y en ellos se injertan ulteriormente otros procesos cuya simbiosis da marcada gravedad, así puede desarrollarse sobre noevis pigmentoso, epitelomas ó sarcomas melánicos que suelen ser múltiples, como lo son los elementos originales, sobre los vasculares papilomas y tumores formando angiofibromas, angiolipomas, angiomixomas, angioqueratomas y otros tipos, en suma, que estas pieles en cuanto llegan á cierta edad y son muy irritadas por medios diversos tienen gran predisposición á las neoplasias, que suelen revestir mayor malignidad, pues sabido es la tendencia de estas infiltraciones destructivas á los sitios de mayor complicación estructural, más vulnerables é irritables.

De aquí se deduce los cuidados especiales en todo tiempo y lo más precoz posible que requieren estas pieles, así como la conveniencia de rebajar y graduar las funciones al límite más conveniente. Los noevis de los débiles y nerviosos de poco desarrollo, suelen ser más monomorfos, mucho más extensos y agrupados y mucho más puros sin anomalías tan marcadas en la piel intermedia.

Cosas del siglo pasado.

LOS RESTOS DEL DIVINO VALLÉS

Una noticia curiosa publicada en el número 252 del *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia*, correspondiente al día 3 de Noviembre del año 1850, han hecho volver á nuestra memoria recuerdos del ilustre médico de Felipe II, Francisco Vallés, del cual tan pocos datos biográficos existen.

Se sabe positivamente, por unos documentos que existían en los archivos de la Universidad de Alcalá, que había nacido en Covarrubias, de la provincia de Burgos, y que había estudiado Filosofía y Medicina en aquella Universidad. Pero había dudas muy fundadas respecto del lugar de su muerte.

La creencia general es que el divino Vallés murió en 1592 en un monasterio de Agustinos, situado extramuros de la ciudad de Burgos, y parecía lógico pensar que sus restos mortales hubiesen quedado en el mismo convento.

Y, sin embargo, y esta es la noticia del periódico médico, en la sacristía de la capilla de la Universidad de Alcalá se conservaba una lápida con la siguiente inscripción:

D. O. M.

Francisco Vallesio Philippi Hispaniarum et indiarum Regis Catholici Dignissimo Protho-Medico. Philosophiae in Academia Complutensi Parenti Magno. Virtutis in Hesperia Magistro Clarissimo et Optimo.

Y se pregunta el *Boletín*: ¿Cubría esta lápida los restos mortales de ese grande hombre, ó era tan sólo un testimonio de admiración y de aprecio que se legaba á las generaciones venideras?

La famosa capilla de la célebre Universidad de Alcalá se hallaba ruinoso y entre sus escombros amenazaban quedar confundidos por toda la inmensidad de los siglos, los preciosos restos mortales de un prelado austero, de un hombre de Estado eminente, del famoso ministro de Isabel la Católica, víctima de la caprichosa veleidad de un príncipe, cardenal Francisco Ximenez de Cisneros.

Y al hacer las obras necesarias para que no desapareciera ese monumento de nuestras pasadas glorias literarias, parece que fueron descubiertos los restos mortales del médico insigne, debajo de la escalera del púlpito de la capilla de la Universidad Complutense.

La revista profesional de donde sacamos la noticia pedía al Gobierno que se erigiese un monumento que eternizase el nombre del médico español á quien al saludarle Felipe II, una mañana, después de haberle curado un ataque de gota con pediluvios de agua ó leche, le dijo: «¡Ay, divino Vallés, cuánto te debo!»

De aquí el título de *Divino* con que se le conoce.

En Septiembre de 1580 enfermó el rey de tanta gravedad que el duque de Alba tomaba ya sus medidas para después del fallecimiento. Llamado Vallés, dispuso un fuerte purgante, y como otros médicos le contrariasen diciendo que la Luna estaba en oposición, Vallés cerrando la ventana contestó irónicamente: «Lo haré tan quedito que la Luna no lo sepa.» Propinó la medicina y «extrayéndole fuera el humor ó veneno con ventosas sajas, por las correspondencias del corazón, por la espalda y pecho», como dice Cabrera de Córdoba, logró que Felipe II convaleciera.

Esta curación le valieron ser médico de Cámara y el título de protomédico de todos los reinos y señoríos de Castilla, que era el título más elevado que podía otorgarse en la Facultad.

Pulido afirma que los descubrimientos de Vallés prepararon el de la circulación de la sangre. Boerhaave y otros extranjeros declararon que debe contarse al hijo de Covarrubias como entre los mejores médicos de su época.

Y para este médico pedía el *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* el año 1850, un monumento que perpetuase en Alcalá el nombre de Francisco Vallés, para lo cual, creemos que con lo dicho anteriormente bastará á demostrar que tenía méritos sobrados.

Estamos en 1919. Han transcurrido, por tanto, sesenta y nueve años y el *Divino Vallés* sigue sin monumento en Alcalá.

¿Será mucho pedir al Sr. Silió, que es hombre bien intencionado y trabajador, que como huella de su paso por el Ministerio de Instrucción Pública, deje en vías de hecho la realización de esta obra de justicia?

P. ARIAS-CARVAJAL

Periódicos médicos.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento de las enfermedades de piel con radio, por el Dr. Enrique A. Sáinz de Aja.—Estudia el au-

tor los buenos resultados obtenidos por la aplicación del radio en las diversas enfermedades de la piel, y deduce de su estudio las siguientes conclusiones estimando los efectos del radio:

1.^a Brillantes en la cura del eczema liquenoide tipo neurodermitis, en las eczemátides y eczemas jóvenes de pliegues, en los de cuero cabelludo, hueco occipital y regiones pilosas, en general.

Muy satisfactorios y superiores á los restantes métodos en los seborreicos de restantes regiones, de eczema, cara, etcétera, y los crónicos y ya liquenificados de pliegues (corvas sobre todo).

De acción dudosa ya, en las reacciones cutáneas de tipo eczema vulgar, aun reconociendo nuestros éxitos; pero ya no son resultados constantes.

2.^a Muy útil en la cura del lupus tuberculoso, pero de acción lenta y necesitada de más estudios para acelerar y completar ésta.

3.^a Seborroides: curativo y rápido, sin reservas.

4.^a Queloides: acné queloidiano curativo á varios meses plazo.

5.^a Piodermitis: supuraciones banales. De resultados tan brillantes como poco sospechosos; creemos que en esta dirección se ampliarán notablemente las indicaciones.

6.^a Inferiores á los rayos X como depilador y cura de pruritos, y á la acción quirúrgica en pequeños papilomas y verrugas por el difícil aislamiento de éstos.

7.^a Exito brillante en un caso de eritematoesclerosis de los dedos.

8.^a En los *epiteliomas* dermatológicos, benignos, sin reacción ganglionar, es el radio el tratamiento de elección por la seguridad como por los resultados estéticos y mayor garantía contra recidivas. En los de tipo grave continúa siendo muy útil, por sí solo en unos, asociado á la operación en otros. En los inoperables, calma ó suprime dolores, hemorragias é infecciones secundarias, y sirve de consuelo moral para las familias y enfermo. (*La Medicina Ibero*, 29 de Marzo de 1919.)

2. Identidad del cucupe y del pian, por el Dr. Jesús Felipe Martínez.—Con el nombre de *cucupe* ó *cucupi*, se conoce en Tarapoto y lugares vecinos del Oriente peruano, una afección cutánea, contagiosa é inoculable, caracterizada clínicamente por la aparición de vesículas ó también papilomas, y sobre estos elementos eruptivos, úlceras y grietas, que se implantan en cualquier parte del cuerpo, pero con predilección en la cara y en los miembros inferiores.

El autor presenta varios casos de su práctica, estudia la etiología, sintomatología y tratamiento y establece las siguientes conclusiones:

1.^a Que el cucupe es la enfermedad conocida en la ciencia con los nombres de *buba*, *yaws*, *pian*, *frambuesa*, enfermedad producida por el *treponema pertenue* de Castellani, y de la cual se ha señalado, entre nosotros, un caso por el Dr. Escomel de Arequipa.

2.^a Se cura rápida y brevemente con el yoduro de potasio al interior, aunque también se consiguen buenos resultados con los arsenicales y el tártaro estibiado.

3.^a Los escolares por su promiscuidad con escolares enfermos de cucupe, propagan activamente la dolencia; para evitarla se impone la fundación de escuelas donde solo reciban instrucción los enfermos, porque no por su enfermedad se les ha de privar de la instrucción; en cambio los niños sanos, por razones igualmente poderosas, reclaman que se les rodeen de buenas condiciones sanitarias.

4.^a Tanta es la abundancia de enfermos de cucupe, que se hace necesario una campaña enérgica y propagar la no-

ticia de su curabilidad. (*La Crónica Médica*, Lima (Perú), Febrero de 1919.)

3. Un caso de psoriasis de once años de existencia, por el Dr. Antonio Lacosta, médico titular de Tauste (Zaragoza)—M. M., de Tauste, soltera, veintidós años.

Los antecedentes hereditarios y personales no tienen en este caso valor ninguno; á los nueve años se trasladó con sus padres al Brasil, y á los dos años de estancia, enfermó.

Fui requerido para visitarla el día 10 de Marzo de 1918 y es dada de alta el 22 de Febrero de 1919.

Cuando la reconocí por vez primera, el cuadro no podía ser más repugnante; presentaba lesiones de la piel, en la cara, cuello, brazos, piernas y tronco; todo su cuerpo era una placa de psoriasis difuso y por su duración inveterado.

Algunas de las lesiones del tronco y brazos estaban caracterizadas por placas de forma redondeada, haciendo algunas de ellas relieve bastante pronunciado, bien caracterizadas por la falta de picazón y de molestias, de color rojo claro y recubiertas de escamas plateadas (Psoriasis Gyvata et anularis).

En la cara, especialmente en las mejillas, en las manos y en las extremidades inferiores, dichas placas, por causa del edema, presentaban un tinte opalino.

En ciertos sitios de los brazos y de la región sacra, las placas psoriásicas conflúan y formaban placas de bordes políciclicos.

Las escamas que recubrían dichas placas se desprendían fácilmente rascándose, y quedaba debajo la piel, en forma de una placa inflamatoria sembrada de hemorragias puntiformes.

La enferma no tenía antecedentes bacilares ni reumáticos.

La medicación opoterápica y las inyecciones de azufre y eucaliptol han curado á la enferma. (*Unión Médica*, Morata de Jiloca, 27 Febrero 1919.)

4. Favus herpético ó favus murino. Su tratamiento por medio del trigo australiano, por R. E. Buchanan.—Estudia el autor, que es un eminente bacteriólogo norteamericano, la distribución de la enfermedad descrita por primera vez por Bennett en 1850 y su manera de transmitirse al hombre, y deduce de su trabajo las siguientes conclusiones:

1.^a Existe en muchas partes de Europa, Australia, y quizás en los Estados Unidos y en otras partes del mundo, una enfermedad, favus murino, la causa de una gran epidemia entre los ratones, y que les ocasiona la muerte. El hombre frecuentemente contrae la enfermedad que produce en la piel glabra el favus de carácter herpético, aunque en este caso es fácil de combatir.

2.^a Aunque las muestras de trigo australiano y las partículas de piel de ratón sometidas á un examen dieron un resultado negativo, la enfermedad existe entre los ratones que han atacado el trigo acumulado en Australia, según lo prueban los informes de Paul y Lawrence.

3.^a No sería extraño que las personas por cuyas manos pase el trigo importado de Australia se vieran atacadas por esta enfermedad, así como también los animales, especialmente los roedores, que se alimentan de este trigo ó de los productos accesorios á la molienda del mismo.

4.^a Ni la enfermedad ni el daño que se pueden ocasionar son lo bastante serios para que sea necesario impedir la importación de trigo de Australia. (*The Journal of the American Medical Association* (Edición española), Chicago, Abril de 1914.)

TOXICOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1 Estudios sobre los venenos de serpientes, por los doctores Houssay B. A. y Sordelle A.—Los autores después de un trabajo muy documentado y de gran interés científico que sentimos no poder reproducir íntegro por la falta de espacio, deducen las siguientes conclusiones:

1.^a Estudio de la coagulación de la sangre, plasma, linfa y líquidos de punción, capaces ó no de coagular espontáneamente, por acción de los venenos de 14 serpientes: australianas, americanas, indianas (2 *Colubridae*, 7 *Crotalinae*, y 1 *Viperinae*). Por orden de poder pueden colocarse así: *Lachesis atrox*, *L. Neuwiedi*, *L. alternatus*, *L. Lanceolatus*, *L. ammodytoides*, *Notechis scutatus*, *Pseudechis porphyriacus*, *L. jararacusu*, *A. Blomhoffi*, *Crotalus terrificus*, *Vipera Russelli*. Los venenos de especies australianas son más activos que los demás en las diluciones extremas.

2.^a Los tiempos de coagulación no varían paralelamente con las cantidades de veneno. Las dosis excesivas de veneno impiden la coagulación por alterar al fibrinógeno. Hay ventaja en estudiar los fenómenos de coagulación con dosis escalonadas de veneno.

3.^a Las sales dificultan en general la coagulación. Acción más intensa de los oxalatos. Los venenos coagulan al fibrinógeno á la sangre y á los plasmas puros, citratados, oxalados, magnesados, salados, hirudinados, de peplona; estas sustancias alargan ó dificultan en grado variable la coagulación. Más coagulables son los plasmas de mamíferos que los de aves, batracios y serpientes.

Estudio de la acción de la temperatura, de los álcalis y ácidos.

4.^a Las sustancias coagulantes [de los venenos filtran difícilmente, no dializan, son absorbibles; precipitan por SO_4 (NH_4)₂], resisten al alcohol, son destruidas por el $\text{Mn O}_4 \text{ K}$.

5.^a El calor disminuye progresivamente la acción de los venenos, ó más á menudo produce una atenuación, primero muy fuerte y luego una recuperación parcial de poder.

6.^a Los plasmas y sueros antiofídicos neutralizan la acción coagulante de los venenos de una manera alta, pero no rigurosamente específica. Estudio de la combinación toxina-antitoxina (que es lineal) y de su disociación.

7.^a Los venenos actúan como trombinas especiales, no son consumidos durante la coagulación. El suero obtenido tiene un poder coagulante superior á una dilución igual de venenos, el cual á veces aumenta todavía más. Discusión del fenómeno.

8.^a No hay antagonismo real entre los venenos anticoagulantes (anticitozimas) y los coagulantes (trombina). Los fenómenos brutos que pueden observarse dependen de la acción de los venenos anticoagulantes sobre el fibrinógeno. (*Revista del Instituto Bacteriológico de Buenos Aires*, Noviembre, 1918).

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Nuevo tratamiento de la tuberculosis con la tintura de iodo por vía pleural con descripción de un caso curado, por el Dr. Gustavo Escobar.—De las experiencias personales practicadas con su nuevo procedimiento terapéutico, deduce el autor las siguientes conclusiones:

1.^a La vía intrapleural es la vía de elección para la medicación tópica pulmonar:

- Por ser la vía más mediata á los pulmones.
- Por ser una serosa rica en linfáticos pulmonares.

c) Porque es permeable y facilita la acción exosmótica del medicamento de elección hacia los pulmones.
 d) Porque en ella se provoca fácilmente un derrame á fin de hacer indoloro el tratamiento.

2.^a La tintura de iodo es un medicamento de elección:

- a) Por su poder tóxico y bactericida.
- b) Por su acción modificadora del terreno.
- c) Por su acción destructiva sobre las antifaginas.
- d) Por su difusibilidad, absorción y eliminación rápidas.
- e) Por su poder poco tóxico.
- f) Por la acción deshidratante que le da el alcohol.
- g) Porque lo conceptúa un mordiente *in vivo* para usar con éxito las sustancias medicamentosas antituberculosas.
- h) Por verificar la destrucción de las *mycosis*.
- i) Por ser antituberculoide y antituberculógeno.
- j) Por estimulante de la fagocitosis en sus diversas formas.

3.^a Debemos utilizar contraantifaginas:

- a) Por ser estimulante de la fagocitosis.
- b) Por ser inocuo su poder tóxico á altas dosis comparadas con las tuberculinas y vacunas antituberculosas conocidas.

c) Por ser capaces por sí lograr la curación en muchos casos.

d) Por ser medicación sinérgica del iodo en el tratamiento de la tuberculosis.

e) Por ser antituberculógeno y antituberculoide. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, Abril de 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. La urticaria como signo de deficiencia tiroidea.—

En el *Nederlandsch Tijdschrift v. Geneesk* (30 de Noviembre de 1918), Bolten describe cuatro casos que parecen confirmar la hipótesis que la urticaria es, en algunas ocasiones, debida á insuficiencia tiroidea determinando la hipotonía del sistema nervioso vegetativo. Una mujer de veintiocho años, con signos de función tiroidea deficiente, tenía urticaria después de mucho ejercicio muscular y después de violentas emociones y durante la menstruación. En una muchacha de diez y nueve años, semejantes fenómenos trófico vasomotores iban acompañados por fenómenos de principio de epilepsia. Después de un breve curso de tratamiento tiroideo, no parece volvió la tendencia á la urticaria. Una mujer de treinta años tenía ligero bocio exoftálmico hacía ocho años y desde entonces padecía de urticaria cuando estaba fatigada ó enfadada. Una tableta de extracto tiroideo cada día, cuando se presenta la urticaria, la hace desaparecer. En un último caso, los síntomas indicaban un grado avanzado de vagotonía. Después de fatigas ó emociones, había urticaria y algunas veces un fugitivo edema de los labios y de los párpados.

Cree que el término de vagotonía es demasiado restringido, la irritabilidad y debilidad envuelven todo el sistema simpático y no sólo el vago. La urticaria algunas veces se acompaña de algunas alteraciones crónicas como enfermedades de la sangre y del hígado, diabetes, tuberculosis, etc., en las cuales, el sistema nervioso vegetativo y el tiroides han sido lesionados por la cronicidad del proceso. Por ésta y otras razones, insiste en que la urticaria es una manifestación de la hipotonía del sistema nervioso vegetativo congénito ó como consecuencia de la insuficiencia tiroidea adquirida. La urticaria que sigue al uso de algunas medicinas y alimentos tiene la misma explicación. El beneficio deducido del tratamiento tiroideo es la mejor prueba de la teoría que considera la urticaria el asma cutáneo.—P. M.

BIOLOGÍA

LENGUA ESPAÑOLA

1. Sobre las reacciones de Pirquet y de Mantoux. Su valor comparado en los tuberculosos, por el Dr. Alfredo Casaubon.—Del resultado de sus observaciones personales deduce el autor las conclusiones siguientes:

1.^a La reacción de Mantoux es más fiel que la de Pirquet en todos los sujetos portadores de la infección tuberculosa (activa, latente ó curada).

2.^a La dosis á usarse en la Pirquet es la de I gota de tuberculina pura (A. T. K., antigua tuberculina de Koch). En la Mantoux la dosis debe ser de 0,1 c. c. de la solución al 1 por 1.000 de la misma tuberculina (0,0001 gramo), en lugar de la de un centésimo de miligramo propuesta por su creador, y aun la de 0,1 c. c. de la solución al 1 por 100 (0,001 gramo) en los sujetos que no han reaccionado ó han dado reacción dudosa en dos ó tres pruebas anteriores con la primera dosis.

3.^a Salvo ligeras y fugaces elevaciones térmicas, las dosis indicadas no traen inconvenientes en los tuberculosos, sean éstos activos ó latentes, lo mismo en el niño de segunda infancia que en el adulto, según nuestra experiencia, ni tampoco en el lactante según la experiencia mucho más vasta de observadores autorizados (Combe, Jeanneret). La reacción ulcerosa que la Mantoux es capaz de provocar, puede también provocarla la Pirquet (caso de Garrahan é Iraola) y aun la Pirquet y no la Mantoux (caso propio).

4.^a Los mayores inconvenientes de técnica que ofrece la Mantoux respecto de la Pirquet (preparación de las diluciones, alterabilidad de éstas después de un mes, necesidad de una jeringa especial), quedan compensados por las ventajas de fidelidad de la primera sobre la segunda.

5.^a Lo anteriormente dicho no pretende, por cierto, anular la reacción de Pirquet: su alto porcentaje de positividad en los infectados y la sencillez máxima de su técnica y material necesario, particularmente apreciable en ciertos medios (campaña), obligan á conservarla como un precioso recurso de la clínica. Por otra parte, comportando en algunos casos una de las dos reacciones ventajas de nitidez sobre la otra, conviene, siempre que sea posible, practicar ambas simultáneamente, de preferencia en un mismo miembro para facilitar la confrontación.

6.^a La positividad de reacciones tuberculínicas queda ligada á la existencia de anticuerpos que pueden estar ausentes, definitiva ó transitoriamente, en sujetos infectados, sin embargo (infección reciente, caquexia miliar, enfermedades «impidientes», etc), lo que obliga á repetirlas varias veces antes de afirmar que el sujeto no alberga la infección tuberculosa. (*Revista de la Asociación Médica Argentina*, Enero 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Climacterio de la vida.—Guthrie Rankin en el *British Medical Journal* (18 de Enero de 1919) demuestra la importancia del período climacterio de la vida en ambos sexos. La historia de cada vida es gradualmente ascendente desde el nacimiento hasta que alcanza su fastigium y desde este momento desciende hasta la muerte. El período climacterio que coincide con la completa madurez de la vida es el tiempo de especial facilidad para el desarrollo de las enfermedades, hereditarias ó de cualquier otra naturaleza. Es bien conocido en las mujeres, pero no es tan aceptado que el hombre pasa por un período análogo de adaptación de los tejidos probablemente en un período ulterior. Como en esta época los poderes protectores del cuerpo son menos activos,

hay mayores riesgos de contraer enfermedades agudas. El similar en el hombre á los cambios ováricos que tienen lugar en la mujer en esta época debe verse en las alteraciones estructurales que tienen lugar en la próstata. No es raro que se manifiesten neoformaciones de carácter maligno en esta edad. Más interés tienen, sin embargo, las indisposiciones crónicas que encontramos en este período de la vida, y el autor escoge tres que son encontradas con mayor frecuencia en el hombre y tres que se encuentran con mayor frecuencia en la mujer. Aunque cada indisposición puede considerarse como una entidad, todas están relacionadas entre sí y ninguna es por completo independiente. La arterioesclerosis, la nefritis intersticial y la diabetes forman un grupo frecuentemente encontrado en el hombre entre los cincuenta y cinco y los sesenta y cinco años. Cada una puede considerarse como la rotura de la integridad de tejidos, y en los tres casos los antecedentes causales comunes son el esfuerzo continuado, luchas domésticas, sufrimientos económicos, emociones, ansiedad mental, etc. La fuerza necesaria para vencer esos estados recae primero sobre los centros nerviosos y origina la neurastenia. Con más frecuencia, esos padecimientos imbrican unos en otros y con frecuencia se ven los tres juntos y su frecuente asociación hace que la presencia de uno de ellos sea anuncio de los otros. Las indicaciones en cuanto al tratamiento preventivo son sencillas: el esfuerzo, la lucha de la vida debe ser economizado, debe disminuirse el trabajo y cultivada la distracción, la dieta debe ajustarse á las necesidades del estado y capacidad de los órganos dañados. Un grano (5 centigramos) semanales de calomelanos proveerá á la libre función del hígado y dosis pequeñas periódicas de ioduro y nitrato de sodio con arsénico contribuirá á mantener baja la tensión arterial, y posiblemente retrasará el engrosamiento de las paredes arteriales. En casos de nefritis intersticial, la cantidad de urea en la orina es de más importancia que la cantidad de albúmina. La gran dilución de la urea es de mal pronóstico y debe ir seguido de un completo reposo en la cama, dieta de leche, ligeros alcalinos y estímulo hepático. La presentación de la retinitis albuminúrica es de grave importancia pronóstica. En la diabetes, el tratamiento se reduce á una restricción en la dieta y al opio. No debe recomendarse en los enfermos de esta edad la inanición, impone demasiado cuidado del dominio nervioso, altera la tranquilidad, y en todos los casos vuelve el azúcar. En los enfermos más jóvenes este método puede recomendarse. A la primera aparición del ácido diacético, el enfermo debe acostarse, tratarse con el mayor rigor en cuanto á la ingestión de los hidratos de carbono; suprimírsele temporalmente las grasas, purgársele moderadamente y administrarle bicarbonato sódico con taraxacum cada tres horas ó cuatro. Puede consentirse una cantidad razonable de alcohol. En las mujeres la colitis, la artritis reumatoidea y el hipertiroidismo son los huéspedes más frecuentes en el cambio de edad. La mujer, como clase tiene menos cuidado que el hombre con la regulación conveniente de la función intestinal y sufriendo de estreñimiento, sufre el tono del colon y se produce como resultado una irritación del colon. La mucosa del intestino grueso se altera por las dislocaciones del contenido intestinal. Pueden presentarse procesos ulcerativos de difícil corrección, dolores, irregularidad en la función intestinal, flatulencia y borborigmo. Las consecuencias toxémicas dan al enfermo aspecto delicado, altera la nutrición general, y puede terminar en un marasmo casi tan pronunciado como el que se presenta en una enfermedad maligna. La artritis reumatoidea es casi siempre rebelde y conduce á deformidades permanentes y características. Cuando la en-

fermedad ataca la columna vertebral, las miserias y sufrimientos del paciente pueden obligarle á guardar cama por algún tiempo. Hasta que el proceso patológico no ha sido detenido, hay riesgo constante de una exacerbación aguda intercurrente, en la cual, las articulaciones enrojecen, se hinchan y hacen dolorosas, acompañándose de alteraciones en la digestión, pirexia y estados neurasténicos; la fibrositis, el lumbago y la ciática son de temer para impedir la curación, la enfermedad de Graves aunque de ordinario en período inicial puede llegar hasta el completo desarrollo terminando en un bocio exoftálmico. Aun en sus grados menores, va acompañada de alteraciones del sistema nervioso que algunas veces llegan á un grado ligero de aberraciones mentales. La glándula tiroides puede aumentar en su tamaño, independientemente de todo cambio en los ojos. Todo caso está asociado á un ligero grado de glicosuria que desde principios ligeros pueden terminar en una diabetes permanente. Son comunes las dificultades permanentes, y el colon puede originar serios trastornos. Las alteraciones pigmentarias pueden manifestarse en forma de leucodermia y algunas veces se establecen placas de alopecia en la cabeza. La influencia causal en los tres estados es probablemente una toxemia, por la cual el metabolismo es más ó menos alterado. El tratamiento debe ser dirigido para combatir la intoxicación toxémica. En las colitis las duchas suelen ser útiles, pero algunas veces pueden originar una acción refleja desagradable actuando sobre un sistema nervioso enfermo. El betanafol, el bromuro de amonio y el bismuto constituyen una afortunada combinación á la cual puede, en ocasiones, agregarse el calomelano ó el podofilino. Una cucharada de parafina líquida antes del desayuno es útil. La pared abdominal debe ser sostenida por medio de una faja. En la artritis reumatoidea el guayacol es remedio útil y debe usarse en unión al azufre. El tratamiento usual por los bromuros, el estrofantó, la tiroidina y el arsénico, está indicado en los casos de hipertiroidismo. En ambos sexos, sin embargo, el éxito del tratamiento radica en la persuasión que se debe llevar al ánimo del enfermo de que los años pasan y se impone un nuevo género de vida. — P. M.

TERAPEUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Curación de la lepra, por el Dr. A. Beuchetrit.** — Estudia el autor el tratamiento de la lepra por el ginocardato de sodio empleado por Rogers, y después de aplicado en cuatro casos de su práctica, deduce las siguientes conclusiones:

- 1.^a Ninguno de estos casos está curado completamente.
- 2.^a Los dos primeros, que fueron los más graves de todos los enfermos del Leprocomio, están muy mejorados.
- 3.^a El tercero, aunque el bacilo de Hansen ha desaparecido, no por esto puede asegurarse que permanecerá ausente: la lentitud en la evolución de esta enfermedad es una de las causas que hacen más difícil su estudio.
- 4.^a El cuarto caso, aunque conservando el microbio, está clínica y socialmente casi curado.
- 5.^a Creo que el camino seguro para llegar á la curación definitiva de esta terrible enfermedad, es el seguido por Rogers, y en el cual me he inspirado para este estudio.
- 6.^a Los resultados que siga obteniendo serán comunicados á esta docta Corporación. (*Revista de Medicina y Cirugía*, Caracas (Venezuela), Enero 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.

Al Excmo. Sr. D. Antonio Maura y Montaner, presidente del Consejo de Ministros y autor de la Instrucción general de Sanidad.

A nadie mejor que al Sr. Maura creemos poder dirigirnos, en nombre de los médicos españoles, ya que nuestra buena fortuna ha querido que sea él quien se encuentra en no discutibles condiciones para escuchar y atender su ruego, que más que ruego, es apelación á la equidad y la justicia.

Los médicos españoles no han olvidado, ni pueden olvidar, que cuando la situación de los que ejercían como titulares era precaria y poco honrosa, por no tener la inamovilidad á que aspiraban ni estarles conferidas las funciones municipales que la lógica, la equidad y la conveniencia pública les señalaba, fué el Sr. Maura quien en los Reales decretos que refrendó en Julio de 1903 y Enero de 1904 aseguró é hizo estable su situación, creando el Cuerpo de Médicos titulares y adjudicándoles las funciones de inspectores municipales de Sanidad, según están consignadas en la Instrucción general, que con unánime aplauso fué recibida.

Ahora bien, aquellas reformas esperaban un complemento, que la experiencia de los años transcurridos ha venido á demostrar que era absolutamente indispensable; tan indispensable, que sin él, si no precisamente fórmulas vanas, venían á ser las anteriores conquistas, cosa vacilante, mal segura y sin provecho para el servicio público ni para los modestos funcionarios á que ellas se referían. Este complemento era el de la garantía del cobro de los haberes de los titulares por el Estado, siquiera de un modo análogo á lo que se había conseguido por los maestros de Instrucción primaria, cuando, desamparados como ahora se encuentran los titulares, lograron que la opinión, la prensa, los políticos, y, por último, los ministros se interesaran por ellos hasta encontrar una solución que les hiciera salir de su situación angustiosa.

Todos los funcionarios de la Administración central, provincial ó municipal, lo mismo los contadores de fondos, que los secretarios, los párrocos como los funcionarios de cárceles, todos han sido atendidos y muchos de ellos mejorados después de ser atendidos; solamente los médicos claman en

vano contra la conducta de los Ayuntamientos, remisos sin cumplir aquello á que se han comprometido, y los Reales decretos y Reales órdenes que inspirados en el mejor deseo y con bien encaminado ejercicio de su voluntad dictan los ministros de la Gobernación, resultan letra muerta para esos señores alcaldes que ven elevarse á miles y miles de pesetas las deudas contraídas por ellos con los médicos, sin procurar disminuirlas en modo alguno y mostrando la más absoluta indiferencia para con los sufridos funcionarios.

¿Es ésto justo, Sr. Maura? ¿Puede una persona de la altura intelectual, de la rectitud de conciencia y de las nobles aspiraciones que á V. E. le reconocemos todos, consentir que la iniquidad continúe? ¿Sería solamente cosa efímera el convencimiento que significaba su anterior conducta, de que la situación de los médicos de partido necesitaba ser mejorada y ennoblecida? No lo podemos creer, y por eso nos permitimos dirigirle estas líneas, seguros de que ha de leerlas y reflexionar sobre ellas.

Ahora bien; ¿por qué creemos ser hoy más oportuno que ayer ó que mañana nuestro recordatorio y nuestro ruego? Veamos por qué.

Los Gobiernos que han precedido al actual han hecho todas declaraciones solemnes y públicas de que aceptaban la anhelada reforma, pero siempre poniendo la excusa ó aplazamiento de ser necesaria la intervención de las Cortes, por afectarse en ellas cuestiones de carácter legal y necesidades de orden económico que sólo el Parlamento podía resolver. Pues bien, esta objeción respetable nos permitimos creer que no nos será hoy opuesta, á no ser que se quiera insistir á sabiendas en el procedimiento de desigual justicia y de trato *menos favorecido* que se viene aplicando á los médicos comparativamente con las demás clases del Estado.

Hace pocos días un Señor Ministro juzgó oportuno aumentar las plantillas de los funcionarios de su Ministerio y lo hizo á reserva de la consignación necesaria de los presupuestos, pero adquiriendo ya el compromiso de solicitarla de las Cortes. En esta misma semana otro Ministro ha comprometido por medio de un Real decreto disposiciones que atañen y modifican prescripciones terminantes de la Constitución del Estado, del Código Civil, de la ley de Contabilidad y de la ley de Instrucción Pública, y,

sin embargo, por sólo la fórmula de «dar cuenta á las Cortes» se considera vigente el Real decreto que espontáneamente hemos aplaudido y que no suponemos que tenga por única aspiración la de ser una composición de pura é ineficaz retórica. Aún más; ayer mismo se modificó otro Real decreto, otro artículo de una ley para el nada urgente caso de amplificar la accesibilidad á los cargos de directores generales. ¿Será únicamente el pago de los titulares el *asador de la fábula* ante el cual se detengan los escrupulosos gatos ministeriales?

No es de esperar que así sea; insistimos en nuestra leal y sincera confianza en el Sr. Maura y en que éste sabrá hacerse cargo de la justicia de nuestra demanda que hoy tiene mayor fundamento, cuando acaban los médicos españoles de dar tan cumplida muestra de su patriotismo, de su abnegación y de su entusiasmo en beneficio de la salud pública á costa de trabajos, sufrimientos y pérdidas de sus vidas que todos reconocen y enumeran con encomio.

No somos ni hemos sido nunca partidarios de los procedimientos de protesta, de amenaza ni de revuelta; pero creemos que en ninguna clase social podían ser ellos tan disculpables como en la clase médica. Y éste es un argumento más en favor suyo que acaba de demostrar que permanece sorda á insinuaciones de procedimientos que empleados por otros han producido el fin que se proponían.

DECIO CARLAN

CASO EJEMPLAR

Los haberes de los médicos titulares.—Procedimiento jurídico de hacerlos efectivos.

POR A. C. Y C.

Por todos los medios de publicidad y por todos aquellos de que puede disponer el ciudadano particular ó colectivamente considerado para dirigirse á los Poderes públicos en demanda del cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Ayuntamientos en relación con el abono de las cantidades adeudadas por éstos á los médicos titulares, se ha pretendido hasta la fecha, en la mayoría de los casos inútilmente, el cumplimiento de los deberes adquiridos por estas entidades municipales en los contratos relativos á la prestación de un servicio de la importancia social que tienen el benéfico y el sanitario que está llamado á desempeñar el médico titular.

Alguno de éstos, más práctico y comprendiendo la inutilidad de la protesta quejumbrosa, se ha decidido á hacer la reclamación judicialmente en vista de que las disposiciones legislativas y administrativas abundan en todos cuantos razonamientos le pueden ayudar y sin aguardar á una nueva disposición (de cualquier carácter

en la jerarquía legal), que iría á formar montón con las no aplicadas y abundantes que vienen regularizando el cada día más deficiente pago de los médicos titulares.

La *Gaceta* del 27 de Mayo publica una sentencia de la Audiencia de Granada, que insertaremos íntegra en nuestro número próximo para que sirva de norma de conducta á nuestros compañeros los titulares y como procedimiento á seguir en la reclamación de los haberes devengados y no satisfechos por los Ayuntamientos en que prestan sus servicios.

El hecho motivo de la demanda es sencillamente el más vulgar y común en este género de asuntos: El médico que deja de percibir sus haberes un mes y otro y que á pesar de las reiteradas instancias al Ayuntamiento en la forma que prescribe la legislación regulatoria de estos servicios, y que no se incluía en ninguno de los libramientos hechos por el alcalde los relativos á la titular del médico de aquel Ayuntamiento, no percibe el importe de sus servicios contratados en documento registrado por la misma entidad municipal.

Los fundamentos de derecho de la demanda y los considerandos de la sentencia; el art. 4.º del Real decreto de 18 de Abril de 1917, art. 11 del Reglamento de 23 de Septiembre de 1904, los artículos 1.254 y 1.256 del Código civil relativos á la obligatoriedad y validez de los contratos; los artículos 1.º, 2.º, 3.º y 6.º de la ley de 5 de Abril de 1905, los artículos 3.º y 11 del Reglamento de 23 de Septiembre de 1904, etc. etc., que comentaremos y copiaremos íntegros al tiempo que la referida sentencia en el número próximo, ya que para esta edición resultaría precipitado.

Únicamente y al tiempo que insertamos la parte que corresponde al fallo en la repetida sentencia, queremos llamar la atención de los señores médicos titulares, acerca de que la condena se hace al individuo, no al alcalde, y extensiva á las costas, de lo que resulta que al condenado en estas circunstancias, el querer postergar, en contra de la ley, los derechos del médico titular á otros que pudiera convenirle proteger más, le va á ocasionar un perjuicio económico de algunos miles de pesetas, teniendo en cuenta la cuantía del asunto, los intereses devengados, costas procesales, propiamente dichas, y las minutas de los abogados, procuradores, etc.

Por anticipado insertamos íntegro el fallo; dice así:

«Fallamos que declarando como declaramos haber lugar á la demanda de responsabilidad civil deducida contra D. Aureliano González Anaya, alcalde que fué de Iznatoraf, debemos condenar y condenamos á éste á que abone á D. Jaime Ors y Ortega la cantidad de pesetas 1.100, importe de las mensualidades reclamadas, con más los perjuicios ocasionados representados por el interés legal, desde la reclamación formulada de la cantidad á que ascienden las mensualidades de Abril á Julio y desde la presentación de la demanda por lo que respecta á la suma de los correspondientes á los meses restantes de 1917 y al pago de las costas ocasionadas.»

Sirvan estos ligeros comentarios de ejemplo á se-

guir por los médicos titulares y de escarmiento á los alcaldes morosos en el pago de los servicios facultativos de los mismos.

LA AUTONOMIA DE LAS UNIVERSIDADES

En la espontánea y copiosa información que ha seguido, por parte de la Prensa, á la publicación del Real decreto acerca de la autonomía universitaria, encontramos como culminante y acertadísimo el artículo que nuestro redactor D. Santiago Ramón y Cajal ha escrito por requerimiento del popular periódico *El Imparcial*. Le reproducimos gustosos, reconociendo una vez más las aptitudes elevadas y múltiples de nuestro sabio amigo, que le consiente tratar desde luego con tanta imparcialidad como conocimiento de causa los asuntos pedagógicos:

EL DECRETO DE LA AUTONOMIA UNIVERSITARIA

Honrándome mucho con su amable invitación, desea *El Imparcial* conocer mi modesta opinión sobre el revolucionario é inesperado Decreto de autonomía universitaria. A la verdad, no sé bien qué decir acerca de él, porque los posibles frutos de la flamante reforma aparecen condicionados por cuatro conceptos insuficientemente precisados (y algunos imprecisables) en la citada disposición: la constitución mixta del Tribunal de examinadores, la cuantía de los medios económicos indispensables á la reforma, los términos, aun problemáticos, de los estatutos, fruto de la deliberación de los Claustros (estatutos que lo mismo podrán perfeccionar que desnaturalizar la obra imaginada por el Ministro), y, finalmente, el grado de generalidad de la concesión, que, de extenderse, según muchos temen, á Corporaciones extrauniversitarias similares, provocaría de seguro entre todos los Cuerpos docentes una baja competencia industrial de desastrosas consecuencias para la elevación cultural de nuestro país.

Estimo, pues, que todo juicio acerca de este asunto será prematuro mientras no se despejen las citadas incógnitas. Todo depende del espíritu que anime á los forjadores del estatuto y de la intención con que el Ministro, mediante disposiciones ulteriores, aclare, modifique ó mejore los acuerdos de las Universidades.

Convengamos, empero, en que por esta vez, el Ministro pisa terreno firme. Sin notoria injusticia, las Universidades no pueden escatimarle el elogio. Ignoro si con plena conciencia de su responsabilidad y de sus verdaderas necesidades, dichos Centros han solicitado repetidamente de la Superioridad la autonomía, y, haciendo alarde de una generosidad casi inverosímil, nuestro superior jerárquico les concede de una vez bastante más de lo solicitado.

Pero ¿ha llegado realmente la Universidad á la mayoría de edad y á esa madurez y cordura merecedoras de obtener personalidad jurídica, administrar libremente sus bienes y crear organismos capaces de responder dignamente, y sin deplorables flaquezas, á la gentileza del Gobierno? La mentalidad de nuestro profesorado, considerada en conjunto, ¿puede equipararse

á la de los universitarios alemanes, ingleses y americanos?

Confíesme á este respecto—y por ello pido perdón á mis compañeros—un poco pesimista. Declaro desde luego que existen Facultades dignísimas, suficientemente preparadas para el ensayo, y en las cuales la autonomía haría maravillas. En alguna de ellas—pocas todavía, por desgracia—abundan los profesores de tipo europeo, devotos de la investigación personal y formados en el extranjero al lado de maestros preclaros; mas existen también Centros docentes desconsoladoramente atrasados, donde impera con la rutina docente una mentalidad medioeval. Y mucho recelo que en tales establecimientos el insaciable caciquismo local haga mangas y capirotos del estatuto universitario, se entregue sin pudor á las andanzas del favoritismo en la designación de catedráticos y auxiliares y derive en beneficio de los amigos incondicionales, y no ciertamente para servir altas idealidades, la exigua hacienda universitaria. Que mis temores no son vanas aprensiones lo persuaden el modo lamentable con que ciertas Universidades usaron hasta hoy de algunas prerrogativas de tendencia autonómica otorgadas por el Estado. Limitémonos á recordar: primero, el número alarmante, por lo crecido, de auxiliares hijos ó yernos de catedráticos ó hechuras de caciques todopoderosos, nombrados por los Claustros en cuanto se han visto libres del freno de la oposición; segundo, las normas de adjudicación (que todos recordarán), á ciertos profesores numerarios meritorios, de los premios de 1.000 pesetas que á propuesta de las Facultades se concedían hace algunos años (descontados algunos iniciales aciertos, las referidas recompensas convirtiéronse pronto en derrama distribuida automática y rotativamente, ó en limosna adjudicada al padre de familia más prolífico); tercero, los abusos demasiado numerosos cometidos en nombre de la libertad de la cátedra y del programa, en cuya virtud bastantes maestros de la clase de desaprensivos se limitan á explicar una parte exigua de la asignatura, aquella que les parece más agradable ó menos laboriosa, sin perjuicio de imponer á sus discípulos libros de texto ciclópeos, de varios volúmenes, cuyo precio constituye el terror de los padres de familia; cuarto, el número, no despreciable ciertamente, de profesores propuestos, á despecho de las garantías de la oposición, no como premio á su ciencia, sino á causa de su filiación política y confesional.

Y si esto sucede hoy en que los jueces son reclutados casi enteramente en la Universidad (con excepción de los llamados competentes), ¿qué ocurrirá cuando la elección del personal docente corra á cargo de las Facultades, se guise en familia y á cencerros tapados?

En resumen, y para no molestar excesivamente á los pacientes lectores de *El Imparcial*, condensaremos nuestros temores y anhelos en las siguientes proposiciones:

Primera. Consideramos pura quimera esperar que con ocasión de la autonomía universitaria, lluevan—á la americana ó la inglesa—sobre los claustros cuantiosos donativos de particulares opulentos, al objeto de

costear nuevas enseñanzas ó de ampliar y emprender estudios de alta investigación. Nuestros adinerados próceres que no se enriquecieron aplicando á la industria los principios de la ciencia, sino ejercitando ciertas artes crematísticas, no siempre confesables, seguirán mirando con recelo, cuando no con animadversión, á la Universidad, y continuarán favoreciendo con sus ofrendas fastuosas á las Universidades y Colegios de tipo confesional. Y como la futura Universidad autónoma no tendrá más ingresos que la consignación oficial de material y la mitad del importe de las matrículas (los derechos de prácticos los gastan los alumnos) de presumir es que dicho Centro docente continúe arrastrando, poco más ó menos, en lo que toca á su labor docente é inquisitiva, la vida precaria de siempre.

Segunda. Que la organización harto alarmante para la Universidad, de un Cuerpo mixto de examinadores, parece estar en flagrante contradicción con el espíritu del Decreto. Porque si la elevación ética y cultural de la Universidad la hace digna de gobernarse y administrarse á sí propia, ¿qué significa sino una desconfianza hacia ella intervenirla mediante profesores extraños, precisamente en su más elevada función social y administrativa, cual es la colación de títulos profesionales?

Tercera. Que la designación de estos examinadores extraños á las Corporaciones oficiales de enseñanza tropezará en la práctica con obstáculos casi invencibles. Posible y hacedero su nombramiento en ciertas ciencias de aplicación (siempre que se les pague decorosamente), resultará laboriosísimo en las disciplinas teóricas experimentales. Cifrándonos á nuestra Facultad, ¿quiénes serán los jueces suficientemente competentes para examinar de Anatomía, Disección, Anatomía topográfica, Histología, Fisiología y Anatomía patológica? Huelga advertir que en España, fuera de los catedráticos y de los jóvenes que se preparan á serlo, las ciencias puramente teóricas carecen de cultivadores.

Cuarta. Que con la implantación del susodicho régimen autonómico radical en ciertas Universidades de provincias, donde pululan y dominan los adversarios de la unidad nacional, se corre el gravísimo riesgo de romper el único nexo espiritual que las vincula á la nación, convirtiéndolas, por ende, en formidables focos de separatismo.

Quinta. Que, resueltos á llevar á la práctica el proyecto de autonomía, estimaríamos infinitamente preferible, al método radical y fulminante publicado en la *Gaceta*, un procedimiento gradual y escalonado, y todavía mejor el ensayo leal (ya pedido por la Facultad de Letras de Madrid) en un Centro docente de personal depurado, ajeno por completo á la expedición de títulos profesionales. Y á guisa de experimento de contrapueba, nos placería también aplicar la reforma á una Universidad provincial esencialmente caciquil. Transcurridos dos ó tres años de prueba, sabríamos si la autonomía universitaria carece de peligros reales y merece ser generalizada á todos los Centros docentes oficiales ó si debe ser resueltamente repudiada por pugnar demasiado contra la psicología, harto indisciplinada y

particularista, por desgracia, de la intelectualidad universitaria española.

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 3 DE MAYO DE 1919

El transiluminador rectovesical y la transiluminación.

El Dr. PULIDO MARTÍN, corresponsal, presenta un aparato de transiluminación ideado por él y fabricado por el señor Azcárate Álvarez, inteligente empleado de la Sociedad de Telegrafía sin Hilos. Tiene la forma general del amasador de la próstata, y por su interior hállase una conducción eléctrica terminada en una bombilla que asoma por una ventana lateral y muy próxima al extremo. El método de la transiluminación vesical tiene por objeto apreciar, por diafanoscopia, los detalles que en la pared de separación entre el recto ó la vagina y la vejiga, consienten los tejidos translúcidos que integran los respectivos tabiques existentes entre el recto ó la vagina y la vejiga, según el sexo. Preparada la vejiga, después de limpia y llena de agua, como para una cistoscopia clásica, é introduciendo el cistoscopio corriente de Nitze dentro de la vejiga, apagada y con el prisma de observación dirigido hacia abajo, hacia el tabique que se ha de explorar, se lleva el transiluminador hasta el recto ó la vagina, según el sexo, y con él en una mano y el cistoscopio en la otra, se va recorriendo todo el tabique, recibiendo las impresiones ópticas que consiente el espesor de sus paredes, la estructura de los diversos tejidos, su congestión, etc.

El método no es más doloroso que una cistoscopia ni más peligroso tampoco; la exploración es rápida y permite la percepción de detalles de gran interés, si existen tumores, papilomas, el examen de las lesiones de las vesículas seminales, si hay calculillos en el uréter, etcétera.

El Dr. Pulido dice que no afirma que el aparato de su invención haga cambiar el aspecto de la especialidad, pero sí que ayuda á esclarecer detalles diagnósticos.

Consideraciones clínicas sobre la sífilis del sistema nervioso.

El Dr. FERNÁNDEZ SANZ dice que el problema de la neurosífilis es un proceso de intensa renovación; que va á limitarse á tratar sólo de lo relativo á la curabilidad de determinados procesos sífilíticos observados por él.

Afirma que en la sífilis nerviosa se distinguen en general tres grandes grupos: sífilis nerviosa propiamente dicha, terciaria de asiento en el encéfalo ó en la medula, y los procesos parasífilíticos, divididos en medulares y cerebrales (tabes dorsal y parálisis general).

Los grados de curabilidad de estos tres grupos de neuropatías se estiman como muy diferentes. Hasta hace poco ha sido opinión corriente que la parálisis general progresiva y la tabes dorsal eran procesos incurables, y que, por el contrario, la sífilis nerviosa es uno de los procesos más curables, y el Dr. Fernández Sanz se propone demostrar con hechos clínicos que hay exageración en ambas afirmaciones; es decir, que ni la tabes dorsal ni la parálisis general progresiva son siempre totalmente refractarias al tratamiento, ni la sífilis terciaria cerebral y medular son tan radicalmente curables como se cree.

Dice que la tabes dorsal, para diagnosticarla, no necesita ayudas extrañas, y que las reacciones de la sangre y del líquido cefalorraquídeo son un elemento interesante que marca orientaciones muy fecundas en cuanto á pronóstico y tra-

tamiento; que respecto á la parálisis general, no hay una norma diagnóstica fija; que sus síntomas psíquicos y somáticos son inconstantes, y que sólo puede diagnosticarse en firme por la anatomía patológica, ó por los resultados del tratamiento y curso de la enfermedad observada durante muchos años. Como se comprenderá, en los apremios familiares no hay que esperar para el diagnóstico á que se muera el enfermo y hacerle la autopsia; que por su experiencia ha llegado á la siguiente conclusión: Que deben considerarse, clínicamente al menos, como casos de parálisis general verdadera, todos los procesos que presenten en número suficiente y con claridad satisfactoria los signos somáticos y psíquicos propios de esta afección, y en los cuales está de acuerdo también su anamnesis con la patogenia de esta afección; y en que las reacciones serológicas, si no todas, la mayoría, estén de acuerdo con las que se describen como las más características de esta enfermedad.

El Dr. Fernández Sanz en apoyo de su criterio de que desde el punto de vista clínico no es posible negar la curación de la parálisis general sin incurrir en una arbitrariedad, entendiéndose desde luego por curación la alcanzada con cierto déficit, una curación incompleta, nada más que parcial, cita dos casos tratados por él que haciendo vida de familia y aun de actividad profesional se prolonga en un caso durante diez años y el otro durante ocho, período bastante largo para apreciar los efectos del tratamiento. El tratamiento se redujo al intravenoso, intensivo, con cianuro hidrargírico y con neosalvarsán. Cita otros dos casos recientes de parálisis general progresiva, empleando el mismo tratamiento, por no ser posible someterlos al intrarraquídeo. Uno de estos casos es el de un caballero de cincuenta y ocho años; se practicó el tratamiento intravenoso durante dos meses y mejoró de tal modo que pudo dedicarse á su profesión en un establecimiento bancario; sobrevino un retroceso, cedió rápidamente al tratamiento intravenoso; á una tercer agravación, nada de lo empleado anteriormente dió resultado y hubo que recluirle en un manicomio. El segundo caso es el de una señora; mejoró con el mismo tratamiento y desde hace año y medio ha podido volver á su vida ordinaria.

Se ocupa luego de algunos casos de neurosífilis terciaria, central y medular que se muestran refractarios al tratamiento, en los que por consiguiente sufre alguna desilusión el médico que al diagnosticar, por ejemplo, una arteritis cerebral sífilítica, formula un pronóstico satisfactorio y anuncia á la familia su pronta curación total, y luego sucede todo lo contrario. Cita un caso de un hombre de unos cuarenta años, que en el curso de una serie de inyecciones de aceite gris sufrió un ataque de hemiplejía que fué inmediatamente combatido, previa comprobación de su naturaleza, con tratamiento intensivo con cianuro hidrargírico por vía intravenosa y con el salvarsán, que ha mejorado muy lentamente en el espacio de ocho meses.

Por último, el Dr. Fernández Sanz se ocupa de la tabes dorsal empleando en cerca de 30 casos el tratamiento intrarraquídeo y ha podido apreciar de manera casi constante la suspensión del proceso; se observa también la reparación de algunas de las funciones perdidas por el sujeto, especialmente el reflejo rotuliano.

Condensa sus consideraciones diciendo que clínicamente en la parálisis general no debe formularse un pronóstico de absoluta, fatal é irremediable incurabilidad, sino que diagnosticando nada más que desde el punto de vista clínico, deben hacerse prudentes reservas acerca de la posibilidad de la curación, de remisiones suficientemente acentuadas para que el sujeto deje de ser un huésped del manicomio y pueda volver á reintegrarse al seno de la familia é in-

cluso ejercer una actividad moderada; y aunque esta curación es obtenida sólo parcialmente y con defecto, no por eso deja de ser muy apreciable; que en la tabes dorsal se modifica también el curso favorablemente, desaparecen bastantes síntomas y la vida del tabético puede ser mucho más amena y llevadera; y, finalmente, que en muchos casos de sífilis terciaria medular y cerebral, el pronóstico no es tan favorable, tan benigno como generalmente se cree.

Bacteriología de la gripe y aplicaciones á la terapéutica.

El Dr. CRIADO AGUILAR contesta en pocas palabras á las observaciones que le dirigió el Dr. Murillo con motivo del asunto que se discute. Respecto á que ha dado demasiada extensión al tema, lo justifica diciendo que éste comprende todas las consideraciones que constituyen el verdadero fundamento filosófico y doctrinal para establecer el tratamiento, porque no hay tratamiento bastante satisfactorio si no cuenta con todos los elementos que le integran (etiología, anatomía patológica, sintomatología, curso y terminación del proceso). Que respecto á las obscuridades que hay en esta cuestión, las sostiene puesto que existen no sólo en la etiología, sino en las diferentes fases de la gripe; que lo del bacilo de Pfeiffer sólo abarca una significación provisional, lo sostiene también desde el momento que aquél falta en muchos casos, porque no todos concuerdan en su existencia; porque no se le encuentra siempre y por la variabilidad clínica del proceso, si bien cree que el representante de la causalidad de la gripe es dicho bacilo.

Dedica algunos párrafos á la veracidad que le merece la estadística de dicha epidemia, por las complicaciones que se han presentado en este proceso, singularmente del aparato respiratorio. Que lo referente á que la infección de gripe es benigna, aun cuando la estadística acusa una mortalidad alarmante, hay que tener en cuenta que en realidad no corresponden todos los casos á la gripe, sino á sus complicaciones, y éstas se suman en la casilla gripe.

El Dr. MURILLO hace alguna ligera aclaración á cuanto tiene expuesto anteriormente. Que los datos consignados por el Instituto Geográfico y Estadístico respecto á la gripe le merecen confianza, porque las cifras se recogen de los certificados de defunción de toda España. Además, si el bacilo de Pfeiffer hubiera faltado, si éste no hubiera abierto la puerta de entrada, si no hubiera preparado el terreno, no habrían sobrevenido las complicaciones, ni, como consecuencia, la muerte. Que de todas maneras ya tuvo la precaución de advertir que todas estas cosas pueden interpretarse de distintos modos, y que si se atiende á la mortalidad ocurrida en España en pocos meses por efecto de la gripe, hay que convenir en que se trata de una enfermedad grave; pero en cambio, si se compara esa mortalidad con el número extraordinario de invasiones ocurridas, que seguramente suman millones, se puede llegar á la conclusión de que como el tanto por ciento de mortalidad no es muy elevado, se trata de una enfermedad epidémica menos mortífera, en sí, que otras. Añade que otros países, interpretando esta pandemia, la han considerado como una de las más graves para la humanidad.

Termina el Dr. Murillo refutando algunas de las ideas sostenidas por el Dr. Criado respecto á la etiología de la gripe en relación con sus formas clínicas, dando á entender que hay casos que se califican como gripe y que no lo son, aludiendo por lo visto á las formas asociadas, á las neumónicas por estreptococos ó neumococos, que son consecutivas á la gripe, admitiendo únicamente que el bacilo de Pfeiffer mata por una toxemia aguda; y á esto contesta el Dr. Murillo que ya se sabe perfectamente que el bacilo de Pfeiffer produce

verdaderas bronconeumonías puras, sin asociación de ningún género, hasta el punto que éste es uno de los argumentos que más se hacen valer para proclamar la importancia etiológica del bacilo de Pfeiffer en la gripe.

El Dr. CRIADO dice que no ha negado valor á las estadísticas, sino que tienen que ser debidamente interpretadas; que los diagnósticos se hacen la mayor parte de las veces sin realizar ninguna investigación microbiológica, y muchas veces hay casos de gripe que pasan hasta sin examen médico; que ha dicho que las estadísticas son verdad, pero que cuando no se interpretan sólo tienen un valor puramente numérico, escueto, no filosófico y doctrinal. Que ya sabe que el bacilo de Pfeiffer puede producir la neumonía catarral, siendo la manifestación inicial como de carácter bronquial; por lo tanto, el bacilo de Pfeiffer puede producir la neumonía catarral, pero sólo por excepción.

Dr. CESALDO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Sociedad celebró sesión el último martes, bajo la presidencia del Dr. Fernández-Caro.

Abierta la sesión y aprobada el acta de la anterior, continuó la discusión del tema «Protección á la infancia». El Sr. Mingo elogió la importancia de la educación al aire libre, lamentando la imposibilidad material de practicarla por las dificultades de llevar á los niños desde las ciudades al campo. Encareció la necesidad de crear un Cuerpo de auxiliares de los maestros, educando convenientemente á este personal para el mejor cuidado de los niños.

El Sr. Fernández Caro pronunció elocuentes palabras en defensa de los antiguos sistemas pedagógicos, encareciendo la necesidad de no olvidarlos en los sistemas educativos modernos.

El Dr. Tolosa Latour, después de elogiar y pedir la implantación en España de las Ligas de educación familiar creadas en Bélgica, afirmó la necesidad de que el maestro observe las disposiciones de sus discípulos, para dirigirlos y educarlos conforme á las mismas.

Después de rectificar el Sr. Mingo, el Dr. Mariscal pronunció un brillante discurso acerca del metabolismo, disertando también elocuentemente acerca de los matrimonios eugénicos.

Fué muy aplaudido.

Y habiendo transcurrido las horas de reglamento fué levantada la sesión, en la que actuó de secretario el Dr. Lásbennes.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

INSPECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Debiendo dar comienzo las temporadas oficiales de los Establecimientos balnearios que á continuación se expresan, han sido nombrados médicos directores interinos de los mismos los señores siguientes: Del de Nuestra Señora de Orito (Alicante), D. Antonio Madrid Moreno; de Bouzas (Zamora), D. Enrique Cancelo; de Yémeda (Cuenca), D. Cesáreo Mercado; de Villatoya (Albacete), D. Tomás Cosías; de La Malahá (Granada), D. Miguel García Sedeño, y de La Hijosa (Ciudad Real), D. Emilio Arribau.

Lo que se publica en este periódico oficial á los efectos del art. 68 de la ley Electoral.

Madrid, 22 de Mayo de 1919.—El inspector general, *M. Salazar*. (*Gaceta*, 25 de Mayo.)

Vacante la plaza de inspector provincial de Sanidad de Vizcaya, por excedencia del que la desempeñaba, se convoca á concurso para la provisión de dicho cargo y las resultas que puedan originarse con motivo del mismo, entre los inspectores en activo y los excedentes del Cuerpo; esta Inspección general lo pone en conocimiento de los interesados, debiendo los aspirantes al mencionado concurso presentar sus instancias en el Registro general de este Ministerio, dentro del plazo de diez días á contar del siguiente al de la publicación del presente anuncio en la *Gaceta de Madrid*.

Madrid, 24 de Mayo de 1919.—El inspector general, *Manuel M. Salazar*. (*Gaceta*, 25 de Mayo.)

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*. 1

Dña Antonia Zabarte y Altube, viuda del socio jubilado D. Isidoro Gastelu, solicita pensión de viudedad.

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

Madrid, 23 de Mayo de 1919.—El secretario general, *Marín*. 3

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,1; mínima, 706,1; temperatura máxima, 29°,6; íd. mínima, 10°,5; vientos dominantes, N. NNE. SO.

Continúan disminuyendo los afectos inflamatorios agudos del aparato respiratorio; se registran algunos casos de congestiones pulmonares y bronquiales y de fluxiones venosas intestinales y hepáticas. También se observan cólicos nefríticos, accesos de gota y de reumatismo articular y muscular.

En los niños siguen siendo frecuentes las anginas tonsilares de índole catarral.

Crónicas.

ESPAÑA

La viruela en Valencia.—El inspector municipal de Sanidad ha reunido á todos los de los distritos, en vista de que no decrece la epidemia de viruela y con objeto de adoptar medidas sanitarias enérgicas para evitar que se propague más la enfermedad.

En los diez y ocho primeros días de este mes, se han registrado 168 casos, y las barriadas más castigadas han sido las de la Vega y de la Misericordia.

La gripe en Cuenca.—Comunican con fecha 21 de Cuenca que en Casas de Haro había 90 enfermos de gripe, de los

SIL-AL

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

cuales 50 están convalecientes. El estado sanitario tiende a mejorar. En los últimos días sólo ha ocurrido una defunción.

Ha aparecido la epidemia en los pueblos de Vellisca, Villarejo y Pefuella, hasta ahora con caracteres benignos.

Fe de erratas.—En el artículo *Curiosidades médico-históricas*.—*La visión de Andrés Laguna*, del Dr. Albifana, publicado en nuestro número anterior, se deslizaron varias erratas de imprenta que conviene rectificar. Por *Dioscórides*, se lee *Bioscórides*; *Milenesado*, por *Milanesado*; *estupor*, por *estupro*, y otras menos importantes que el ilustrado criterio de nuestros lectores habrá seguramente salvado.

Médicos titulares fallecidos.—En la provincia de Orense han fallecido dos compañeros que desempeñaban, uno don Vicente Pardo Castro, la titular de la Peraja, y el otro, don Augusto Diéguez Delgado, la de Cualedro.

A sus familias enviamos nuestro más sentido pésame.

Claustro de doctores de Barcelona.—Reunido en la sala de Consejos de la Universidad el claustro de doctores matriculados en el distrito universitario de Barcelona, acordó por unanimidad constituirse en asociación y nombrar la Junta directiva, constituida por D. Alvaro Esquerdo, *decano*; D. Manuel Riquelme, *vice-decano*; D. Guillermo Benavente, *secretario*; D. Joaquín María de Pérez, *vice-secretario*; D. Manuel Doneel, *tesorero*, y *vocales*, los Sres. Puig de Asprer, San Clemente, y Massó Valls.

Fallecimiento de un médico.—Ha fallecido en Palma de Mallorca el médico director de la Casa de Socorro del Ayuntamiento, D. Bartolomé Gaya Ginard.

Esta Corporación acordó en sesión que constase en acta su sentimiento por el fallecimiento, y colocar el retrato del Dr. Gaya en la Casa de Socorro en la cual prestaba servicio y a la que ha dejado legada su biblioteca.

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 imposible mejorarlas con ningún otro medio. Princesa, 58, Instituto Radiumterápico. Aplicaciones económicas.

Consultas públicas.—El Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia (Tutor, 36), ha realizado durante el pasado mes de Abril 1.381 asistencias, admitiendo 308 enfermos tuberculosos.

Se han aplicado 1.850 inyecciones hipodérmicas, tónicos yodo-radil, cuerpos inmunizantes de Spengler, sueros, etcétera.

Se hicieron tratamientos por radioterapia sobre la piel y profunda é investigaciones con rayos X á varios enfermos, suministrándose 14 corsés ortopédicos de escayola y desinfectándose 187 prendas por medio de los vapores de formaldehído.

Por la señora presidenta del Ropero de Santa Rita de Casia se repartieron entre 17 tuberculosos 75 prendas de vestir y calzado.

Han sido pagados los medicamentos á los enfermos más necesitados, así como entregados algunos donativos en metálico por el señor director y señores profesores del Dispensario.

AMERICA LATINA

Donativo importante.—Por tercera vez en un período de siete años, un ilustre médico argentino, el Dr. Avelino Gutiérrez, de Buenos Aires, esta vez en unión de su hermano D. Angel, acaba de enviar á la Junta de Ampliación de Estudios é Investigaciones científicas de España que preside D. Santiago Ramón y Cajal, un cuantioso donativo para contribuir, por amor á la prosperidad de España, á la obra que viene realizando con tanta perseverancia como inteligencia, este organismo.

El nuevo donativo se eleva á 1.445 libras esterlinas, y por voluntad expresa de los Dres. Gutiérrez, manifestada en la interesante carta en que le hacía, se destina á pensiones en el extranjero «en homenaje y á la memoria del gran patriota y sabio investigador D. Joaquín Costa, y en homenaje de los sabios investigadores D. Ramón Menéndez y Pidal y D. Ramón Turró».

Al tercer donativo de los Dres. Gutiérrez, la Junta de Ampliación de Estudios ha respondido con un mensaje suscrito por todos sus miembros: Cajal, Sorolla, Bolívar, Torres Quevedo, Simarro, Marvá, Sánchez Toca, Carracido, Gimeno, etcétera, en el que con frases sinceras de gratitud se les manifiesta el reconocimiento de toda la España intelectual por su plausible rasgo.

En 1912, el Dr. Avelino Gutiérrez había hecho un donativo de 12.000 pesetas para sufragar las pensiones en honor de D. Marcelino Menéndez Pelayo y D. Santiago Ramón y Cajal, repitiendo, con igual fin, el mismo donativo en 1913.

Dos de estas pensiones han sido destinadas á estudios de Ciencias médicas, habiéndolas disfrutado D. Tomás Garmendia y Lara, para estudiar biología y clínica médica en Alemania, y D. José M.^a del Corral y García para estudiar en Suiza química biológica y química física.

Una tercera pensión se concedió á D. Miguel Artigas y Ferrando, que ha realizado estudios gramaticales latinos y de síntesis histórica en Alemania hasta el comienzo de la guerra.

Terminaremos haciendo constar que en 1914, bajo la presidencia del Dr. Avelino Gutiérrez, se constituyó en Buenos Aires la «Institución cultural española», con un capital social reunido por donativos, que permite sostener una cátedra en la Universidad de Buenos Aires para profesores y alumnos de ciencia españoles, enviadas cada año por la Junta para ampliación de estudios. Han ocupado sucesivamente esta cátedra D. Ramón Menéndez Pidal, D. José Ortega Gasset y D. Julio Rey Pastor. Para el curso próximo ha sido designado D. Augusto Pi y Suñer.

Valioso donativo.—Elegido inspector del Asilo de alienados de Lima el Sr. D. Víctor Larco Herrera, que es un filántropo conocido de todos en aquella capital, ha ofrecido realizar las obras que, conforme á la opinión de los médicos del establecimiento, sean necesarias para subsanar las deficiencias que presentan, aportando de su peculio la cantidad de 20.000 libras.

El destino que se da á esta crecida suma (enfermos de la mente) y el rasgo desinteresado del donante, le hacen acreedor al reconocimiento y gratitud de cuantos comprenden la importancia social de los fines que están llamados á realizar este género de establecimientos.

FRANCIA

La crisis del azúcar y la salud pública.—La Sociedad de Terapéutica ha emitido recientemente el siguiente voto: «La Sociedad de Terapéutica, considerando que después de tres meses el abastecimiento ha sido incapaz de asegurar á las familias la ración de azúcar que les son atribuidas y que por esta razón multitud de enfermos, niños y viejos se ven privados en Francia de un alimento primordial, protesta contra todo destino de azúcar á los pasteleros, confiteros y fabricantes de licores, en tanto que la ración mensual destinada á las familias no se haya elevado á un kilogramo por persona.»

Este voto ha sido transmitido al Ministerio de Abastecimientos.

Estadística Municipal de la ciudad de París.—La oficina de Estadística del Ayuntamiento de París ha registrado durante la semana 18.^a, 821 fallecimientos en lugar de 908 que se registraron en la semana anterior y en vez de 988, término medio durante la estación.

La viruela ha causado dos defunciones (término medio 0) y se han registrado tres casos nuevos (término medio 0).

Por meningitis cerebroespinal se han registrado cuatro defunciones.

Las cifras de fallecimientos debidos á otras enfermedades son iguales ó inferiores al promedio.

Durante la semana 19.^a ha registrado 890 defunciones en

TOLUDEN
Pelrid's C.^o

Pomada al diazoamido-toluol, tolueno Bals Peruriano, tolueno, etc. El más poderoso cicatrizante y antiséptico de heridas.

Laboratorio: J. Ferret y Robert, S^{tes} (BARCELONA).

lugar de 821 en la anterior semana y en lugar de 837, promedio de la estación.

La viruela no ha causado ninguna defunción; sin embargo, se han registrado 6 casos nuevos y 5 de varicela.

El sarampión ha causado 18 defunciones (promedio 22) y 301 casos nuevos (promedio 296).

La difteria 4 muertes (término medio 3) y 45 casos nuevos (término medio 42).

Las enfermedades inflamatorias del aparato respiratorio han ocasionado 143 fallecimientos (término medio 118); 8 defunciones la gripe, y se han declarado 8 casos nuevos de meningitis cerebroespinal.

Movimiento de población civil en Francia desde 1914 a 1917.—Los resultados en conjunto establecidos por el Servicio de estadística según los registros del estado civil del movimiento de población en Francia en el curso de los años 1915, 1916 y 1917, en 77 departamentos, no comprenden las pérdidas militares y no se refieren más que a la población civil de los departamentos que no han sufrido la invasión.

En los 77 departamentos a que se refiere esta estadística el número de nacimientos que en 1913 era de 604 811, descendió en 1914 (cinco primeros meses de la guerra) a 594 222; en 1915, a 387 806; en 1916, a 315 087; en 1917, a 343 310. El número de fallecimientos que era en 1913, de 587 445, se elevó a 647 549 en 1914; a 655 146 en 1915; a 607 742 en 1916 y a 613 148 en 1917.

Conclusión: En tanto que en 1913 se registró una diferencia de 17 366 nacimientos sobre la cifra de las defunciones, durante los años de guerra, los fallecimientos han excedido de la cifra de los nacimientos 53 327 en 1914; 267 340 en 1915; 292 655 en 1916 y 269 838 en 1917. De suerte que al final del cuarto año de guerra, la población civil de Francia ha disminuido en 883 160 habitantes.

Academia de Medicina de París, sesión del 21 de Mayo de 1919.—La declaración obligatoria de la tuberculosis terminó el martes pasado en la Academia de Medicina con la votación de una proposición presentada por M. Vaillard y 43 de sus colegas en la que se reproducen los votos ya emitidos a este respecto por la Academia en 1913. Esta proposición ha sido aceptada por 46 votos contra 21 y una papeleta en blanco, de 68 votantes:

«1.º Todo caso de tuberculosis bacilar será obligatoriamente declarado inmediatamente que se haga el diagnóstico.

2.º Esta declaración se hará a un médico sanitario que mantendrá el secreto profesional que velará por la ejecución de las medidas profilácticas cuando éstas no se crean aseguradas por el médico particular.

3.º Este tendrá obligación con los Poderes públicos de procurar a los tuberculosos necesitados los auxilios que reclamar su estado así como la asistencia a su familia.»

Sindicato médico de París (Asamblea general de 11 de Mayo de 1919).—La Asamblea general de este importante sindicato ha tomado, entre otros, estos dos acuerdos:

1.º **Médicos extranjeros.**—«Considerando: que el número de médicos franceses en los últimos años anteriores a la guerra creció excesivamente al punto de despertar la atención de los Poderes públicos y de las Asambleas profesionales: que de este hecho nace un malestar entre la clase dificultando la vida a no pocos médicos forenses; que la moralidad y dignidad de la profesión peligran en cierto modo bajo esta influencia de malestar; que si debe satisfacer la afluencia de estudiantes y de médicos extranjeros a nuestras facultades y a nuestros servicios hospitalarios como un homenaje rendido a la ciencia francesa y a sus maestros, se debe, por el contrario, pensar que, en cambio, estos estudiantes y médicos difundirán la educación francesa que recibieron al reintegrarse a sus países de origen y que no pensarán instalarse en Francia para hacer la competencia a los médicos forenses.

El Sindicato médico de París ruega encarecidamente a la Comisión de Instrucción Pública encargada de dar su dictamen sobre el asunto de las solicitudes de médicos extranjeros para obtener del Estado el título que les permita ejercer en Francia, no acuerde este permiso si no es a título excep-

cional y a los médicos que desempeñaron en Francia durante la guerra un activo y efectivo papel en los ejércitos franceses».

El otro interesante asunto tratado en esta sesión del Sindicato médico de París, fué el de la declaración de la tuberculosis. «El Sindicato médico de París reunido en Asamblea general:

1.º Protesta con energía contra la injuriosa alegación que tiende a hacer parecer el Cuerpo de médicos prácticos como hostil a la abierta declaración obligatoria de la tuberculosis, medida falaz é inoperante, porque ello sería perjudicial a sus intereses.

2.º Afirma su irreducible oposición a la consideración de esta declaración en tanto que no se haya obtenido de los Poderes públicos la limitación de las ventas de bebidas, la aplicación estricta de la ley sobre la embriaguez, el saneamiento de alojamientos insalubres, el mejoramiento de los servicios de higiene y desinfección, la construcción de numerosos sanatorios y la votación de las leyes de justicia sobre el seguro obligatorio contra la invalidez por enfermedad.

Y se declara dispuesto a secundar activamente todas las medidas que estén inspiradas en el interés bien comprendido de los enfermos y de la patria.»

La Legión de Honor y los médicos.—Han sido nombrados caballeros de la Legión de Honor el Dr. Lentz, adjunto al alcalde de Metz, el Dr. Baup, ciudadano suizo director del establecimiento termal de Evian-les Bains. Y han sido inscritos en el cuadro especial para caballeros de la misma Orden: el Dr. Saint Pierre, médico mayor del 116 batallón de cazadores alpinos; M. Augusto Le Bourdellés, médico mayor del 121 batallón de cazadores de Infantería, y siete médicos más, todos por sus méritos en el desarrollo de la última parte de la campaña.

Asociación general de Médicos de Francia.—El doctor Bellencontre, vicepresidente de la Asociación general de Médicos, acaba de ser elegido presidente de esta Corporación, lugar que ocupaba el profesor Gaucher, fallecido recientemente.

ALEMANIA

El bloqueo y la natalidad en Alemania.—El Ministerio de Sanidad ha publicado un Memorandum sobre los resultados del bloqueo, en el cual se dice haber muerto por mala alimentación 763 000 personas de 1915 a 1918, y 150 000 personas de gripe por falta de fuerza de resistencia. La baja de la natalidad durante la guerra se estima en 4 millones.

Estadística.—La ciudad de Coblenz arroja los siguientes datos estadísticos durante el racionamiento a causa del bloqueo:

Calculado sobre 10 000 habitantes (Coblenz tiene 57 000): Mortalidad en 1914, 204; ídem en 1917, 291. Mortalidad de tuberculosis sobre la misma base era 14 por 100 en 1914 y 29 por 100 en 1917. La mortalidad en 1914, 221 y 156 en 1917. La mortalidad de niños menores de cinco años por 1 000 habitantes era de 392 en 1914, y 681 en 1917.

GENERAL

Una Liga de Sociedades de la Cruz Roja.—El 5 de Mayo se ha constituido en París una Liga de Sociedades de la Cruz Roja, con objeto de unir a todas las Cruces Rojas del mundo en un esfuerzo sistemático para evitar ó curar las enfermedades y prestar socorro a las víctimas de la miseria y de las grandes catástrofes.

Los miembros fundadores de esta Liga son las Sociedades de la Cruz Roja de los Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Italia y Japón, que invitarán a las otras Sociedades de la Cruz Roja a formar parte de esta nueva institución.

La Liga de Naciones ha aprobado ya la idea de esta Liga de Sociedades de la Cruz Roja. En efecto, el pacto firmado en París por las delegaciones aliadas, dice así en su art. 25:

«Los miembros de la Liga se hallan de acuerdo para estimular y fomentar el establecimiento y la cooperación de organizaciones nacionales privadas de la Cruz Roja debidamente autorizadas y que se propongan mejorar la salud, evitar las enfermedades y atenuar los sufrimientos.»

La Liga de Sociedades de la Cruz Roja sostendrá, sin duda, relaciones íntimas con la Liga de Naciones y con los diversos Gobiernos del mundo. Pero importa mucho hacer

LA DIABETES SE CURAN RADICALMENTE CON EL **VINO URANADO PESQUI**
Y SUS COMPLICACIONES

que elimina el azúcar a 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 gratis. LABORATO- RIO PESQUI Prím 25. San Sebastián

constar que la Liga tendrá una organización puramente privada sin carácter político ó religioso. Del mismo modo que una Cruz Roja nacional agrupa en su seno á los hombres de buena voluntad, la Liga une en una amplia asociación á las Sociedades de buena voluntad.

Los fines que persigue la Liga de Sociedades de la Cruz Roja son:

1.º Fomentar y facilitar en todos los países del mundo la organización de una Cruz Roja nacional voluntaria, debidamente autorizada, que tendrá como objeto el mejoramiento de las condiciones sanitarias, evitar las enfermedades, remediar los sufrimientos del mundo, solicitando para la realización de estos proyectos la cooperación de las organizaciones existentes.

2.º Facilitar la protección de la humanidad constituyéndose en medianera para poner al alcance del pueblo los beneficios que se desprenden de los conocimientos adquiridos, así como de las nuevas contribuciones de la Ciencia, la Medicina y sus aplicaciones.

3.º Establecer un medio para coordinar los esfuerzos de las Juntas de Beneficencia en caso de grandes calamidades nacionales ó internacionales.

La Administración de la Liga será confiada á un Consejo general compuesto de los representantes de las Sociedades de la Cruz Roja. Por el momento ejercerá la autoridad un Consejo del que forman parte Mr. Henry P. Davison, de la Cruz Roja Americana, Sir Arthur Stanley, de la Cruz Roja Británica, conde de Kergolay, de la Cruz Roja Francesa, conde Frascara, de la Cruz Roja Italiana, y el profesor Ninagawa, de la Cruz Roja Japonesa. El Consejo ha elegido presidente al Sr. Davison que era últimamente presidente del Consejo de guerra de la Cruz Roja Americana y desde Enero presidente del Comité de Sociedades de la Cruz Roja que ha elaborado el programa de la Liga.

AMÉRICA DEL NORTE

La producción del radium en los Estados Unidos de América del Norte.—Hasta que se descubrieron los yacimientos de carnotita en el Estado de Colorado, la pechblenda de St. Joachimstal era casi el único mineral empleado para la obtención de radium.

El Gobierno de los Estados Unidos tomó por su cuenta la explotación de estos yacimientos de carnotita, fundándose el Instituto Norteamericano del Radio, que gracias á los recursos económicos de que dispone y á su cuerpo de ingenieros y químicos expertos, llegó á establecer esta industria en un tiempo asombrosamente corto, empezando sus trabajos en Junio de 1914.

Desde entonces hasta Enero de 1917, se obtuvieron unos ocho gramos y medio de radium-elemento.

Los yacimientos de carnotita actualmente conocidos están situados en el Estado de Colorado y de Utah, ocupando una extensión muy limitada. La carnotita se encuentra en forma de incrustaciones en un banco de caliza blanquecina que pertenece al sistema jurásico. Es un mineral amorfo, de color amarillo y de muy poca dureza. La mina principal solo tiene unos 120 metros de longitud por 10 metros de anchura y cuatro metros de espesor.

Como se ve, este yacimiento, que se considera como el más rico del mundo, es limitadísimo y, en fecha no lejana, llegará á agotarse.

Así se aleja de nuevo la esperanza de que todos los hospitales del mundo puedan disponer de una cantidad suficiente de radium para el tratamiento de sus enfermos.

Decididamente habrá que buscar nuevos yacimientos radiíferos ó explotar los ya conocidos, aunque no sean tan ricos como por ejemplo, los minerales del Guadarrama, que tienen para nosotros la ventaja de ser españoles.

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

IODASA BELLOT

Solución titulada

de **IODOPEPTONA**

ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE

gotas: 1 centigramo de iodo puro, enteramente combinado con la peptona.—Todas las indicaciones del iodo y los ioduros. Sin iodismo.

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis.— Niños. . . De 5 á 20 gotas.—Adultos. . . de 10 á 50 gotas

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

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

PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO:
FARMACIA ROBERT-Lauria 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1. — Madrid, Tel. 552

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.

¿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.