

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	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ
P. ARIAS CARVAJAL De la Beneficencia Municipal de Madrid.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	J. GÓMEZ OCAÑA Catedrático, Senador, Académico de la Real Nacional de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.		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 Manicomio 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: Algunos aspectos modernos del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tabes dorsal y de la parálisis general, por el Dr. E. Fernández Sanz.—Un importante trabajo de investigación acerca de la patogenia de la parálisis agitante (enfermedad de Parkinson), por J. Sanchis Banús.—Nuevo tratamiento quirúrgico del estrabismo, por el Dr. B. Castresana.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos.—El pago de los titulares.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Excipiente inerte.—Correspondencia.—Anuncios.

Algunos aspectos modernos del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tabes dorsal y de la parálisis general

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina; profesor de la Facultad de Medicina de Madrid; médico numerario de la Beneficencia general; jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno, etc.

El problema patológico de la sífilis del sistema nervioso, de extraordinario interés siempre, atrae ahora más que nunca la atención de los investigadores, como lo prueba el gran número de trabajos que acerca de dicho asunto se publican, especialmente en lo que se refiere á esas dos tan graves enfermedades, parasifilíticas ó metasifilíticas antes, consideradas como genuinamente sífilíticas hoy, la tabes dorsal y la parálisis general.

La demostración de la importancia de este problema no necesita minuciosa demostración; baste recordar que en el Congreso Nacional de Medicina, con tanta brillantez recién celebrado en Madrid, el tema que más atención despertó y que suscitó más empeñada y larga polémica entre los muchos presentados, no sólo en la sección de Neurología, sino también en la de Sifilografía, fué el del tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis.

Con incansable celo persiguese el alto fin de lograr la curación de esas dos tan temibles enfermedades—que hasta ahora se tienen por incurables,—la tabes dor-

sal y la parálisis general, y subdiariamente se pretende también perfeccionar la terapéutica de las demás manifestaciones de la sífilis nerviosa aspirando á combatir- las de una manera más rápida, más radical y más completa que con los procedimientos hasta hoy en uso.

Resultado de los tenaces estudios llevados á cabo en este terreno por muchos neurólogos en casi todos los países cultos, ha sido una ya muy notoria transformación de los métodos de tratamiento de las neuropatías sífilíticas, transformación principalmente caracterizada por la intensificación de las dosis, tanto de los compuestos mercuriales, como de los salvarsánicos, y por el preferente empleo de las vías de administración más directas, la endovenosa, la intrarraquídea y la intracra- neal; las ventajas de estas innovaciones realizadas por los neuropatólogos son tan evidentes, que se van difundiendo más allá del campo de la lues nerviosa en la terapéutica de la sífilis en general, pudiendo con justicia mostrarse orgullosa la Neurología moderna de las valiosas enseñanzas que ha aportado al tratamiento de ese tan generalizado mal.

En torno á este magno problema terapéutico, como preliminares ó complementarios del mismo, suscítanse otros de orden diagnóstico y pronóstico, también muy interesantes y muy dignos de ser conocidos por todo médico cuidadoso de proporcionar á sus enfermos, afec- tos de tan graves dolencias, todos los recursos que la ciencia moderna le brinda.

Me sería imposible, dentro de los reducidos límites

de un artículo de revista, exponer todas las cuestiones relacionadas con el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la tabes dorsal y de la parálisis general; semejante empeño requeriría un libro voluminoso, que acaso algún día se escriba; pero me voy á reducir ahora á enumerar en forma muy concisa los puntos más salientes del asunto á que aludo, imponiéndome dos limitaciones fundamentales, que voy á explicar á renglón seguido, para que el lector pueda darse desde luego clara cuenta de la característica de este trabajo.

La primera limitación es la de considerar los mencionados problemas desde el punto de vista práctico, en el exclusivo aspecto que en la clínica humana ofrecen, con sujeción á un riguroso criterio pragmático, y prescindiendo de toda disquisición especulativa, y de las tentativas de experimentación en animales, de considerable interés sin duda alguna pero que hoy por hoy no pueden aún conducir á conclusiones exactamente aplicables al hombre enfermo.

La segunda limitación consiste en la eliminación de las referencias bibliográficas muy abundantes y asaz conocidas, por haberse mencionado repetidas veces en otros trabajos nacionales y extranjeros, relativos á este tema; me propongo hablar principalmente por cuenta propia, exponiendo mi experiencia personal y los juicios que la observación de los hechos me ha sugerido, aunque siempre teniendo muy presentes las opiniones ajenas, cuyo mérito soy el primero en reconocer.

Como todos los medios de tratamiento hasta ahora ensayados para combatir la neurosífilis, aun los más enérgicos y modernos, se han mostrado incapaces de modificar las lesiones de índole degenerativa ya constituidas, y de temer es que esta incapacidad persista en lo porvenir, dado el carácter destructivo de esas lesiones en tejidos de regeneración muy difícil y dudosa por no decir imposible, importa muchísimo establecer cuanto antes un diagnóstico seguro, en el que la precocidad, tan provechosa, no perjudique á la exactitud.

Pero esta cuestión del diagnóstico se plantea en términos distintos en la tabes y en la parálisis; en aquella el diagnóstico es siempre posible con la suficiente certeza, y los progresos de la neurología contemporánea no sólo han confirmado plenamente los clásicos síntomas característicos de esa enfermedad, sino que han autorizado á diagnosticarla con menor número de datos del que antes se requería; las formas de tabes denominadas oligosintomáticas y monosintomáticas, con un *mínimum* de manifestaciones aparentes, son de conocimiento moderno, y á la vez que han ampliado el concepto nosológico de dicha dolencia, han extendido su diagnóstico á síndromes que anteriormente se consideraban ajenos á la misma, rectificando así un error por defecto en que antes generalmente se incurría. Es decir, que al diagnosticar la tabes, se caía antes (y también ahora, más no tan á menudo) en el error de no reconocerla en algunos casos en que realmente existía, pero es sumamente excepcional la equivocación inversa, la de calificar de tabes á lo que no lo es.

En el diagnóstico de esta mielopatía son, pues, en

la gran mayoría de los casos, necesarios y suficientes los caracteres clínicos; las reacciones serológicas constituyen interesantísimos datos complementarios de los que no se debe prescindir nunca, pues señalan muy útiles orientaciones de aplicación en el pronóstico y en el tratamiento.

En la parálisis general el problema del diagnóstico se nos presenta en condiciones diferentes; no nos es posible por la sola apreciación de los fenómenos clínicos, llegar á más que á un juicio aproximado, más ó menos probable, pero nunca seguro. ¿Podrá adquirirse la certeza diagnóstica por otros medios? Esta pregunta se relaciona con dos cuestiones que aún no han obtenido solución satisfactoria, la de la constancia evolutiva, en el sentido de la progresión irreductibles de la parálisis general verdadera, y la de la existencia de la pseudo-parálisis general sífilítica.

Ante todo debo comenzar por declarar, que las pruebas de laboratorio adolecen de la misma imprecisión que los hechos clínicos; se creyó en un principio que el análisis del líquido cefalorraquídeo podría proporcionarnos una firme noción distintiva, pero estudios más detenidos han demostrado que ni la reacción de Wassermann, ni la de Nonne, ni la linfocítica, ni la misma de Lange, etc., pueden considerarse como caracteres diferenciales absoluta y constantemente seguros, y aunque algunos autores pretendan que deben estimarse como parálisis general verdadera aquellos casos en que no se puede hacer negativa la reacción de Wassermann en el líquido cefalorraquídeo, por ningún género de tratamiento, otros sustentan el rígido criterio de que sólo se debe aplicar dicha denominación á los casos incurables, que en la autopsia presentan determinados caracteres anatomopatológicos, descritos por Alzheimer.

Esta opinión tan rigorista puede ser defendible, aunque con ciertas reservas, en el terreno puramente especulativo, pero en la práctica es inaplicable, porque el clínico no puede esperar á seguir la evolución del proceso durante varios años, ó á practicar la autopsia del sujeto para enunciar su diagnóstico; debe formularle pronto, después de un examen de horas, de días, de semanas á lo sumo, porque así se lo exigen, y con razón, los clientes y sus familias.

Ante estos apremios de la realidad y estas incertidumbres de la teoría, ¿qué conducta hemos de seguir en la práctica? Creo que lo más oportuno es continuar llamando parálisis general á todo estado morboso que reúna en número bastante y con satisfactoria claridad los clásicos caracteres anamnésicos, psíquicos, somáticos y serológicos atribuidos á dicha enfermedad, enunciando como corolario de este diagnóstico un pronóstico con ciertas reservas en cuanto á curabilidad ó no curabilidad, aparición posible de remisiones más ó menos completas que pueden hasta confundirse con la curación verdadera, etc.

Y ya que he mencionado incidentalmente el pronóstico de la parálisis general, voy á seguir ocupándome del mismo, aunque haya de alterar un tanto el orden expositivo. Los que son de parecer que esta neu-

ropatía debe considerarse como incurable por definición, adoptan una actitud no sólo injustificadamente pesimista, sino además arbitraria desde el punto de vista lógico.

El hecho de que existan casos indiferenciables en vida de los más legítimos de parálisis general, en los que se producen remisiones espontáneas que prácticamente por lo prolongadas y totales equivalen á una curación real, y la circunstancia de que esas remisiones sean más acentuadas, más frecuentes y más largas cuando se emplea el tratamiento intrarraquídeo, prueban que la incurabilidad absoluta sólo puede sostenerse por los que incurren en la petición de principio de definir la parálisis general, negando *á priori* que lo sea todo lo susceptible de curación y aun de suspensión del avance progresivo del proceso; las observaciones anatomopatológicas no pueden autorizar tan categóricas negaciones, pues si aquéllas se practican *post-mortem*, aunque revelen lesiones definitivas é irreparables, debe tenerse en cuenta que se trata de estados terminales, últimos, incompatibles con la vida, y que cosa muy distinta han de ser los procesos iniciales é intermedios, posiblemente susceptibles de reparación, ó, por lo menos, de detención en su marcha agravante. Estas lesiones precoces sólo pueden ser conocidas por procedimientos biopsicos, pero la punción cerebral preconizada hace años con tal objeto, ha sido desechada por peligrosa y por lo inseguro de los datos que proporciona.

Los razonamientos precedentes demuestran que los límites entre la genuina parálisis general y lo que se llama pseudoparálisis general sífilítica son tan discutibles y, sobre todo, tan teóricos, que en la práctica debemos limitar el diagnóstico de falsa parálisis general á aquellos casos que sean parecidos á la verdadera, pero que clínica ó serológicamente puedan de algún modo distinguirse de ella, y que estamos autorizados á diagnosticar de parálisis general, propiamente tal, con variantes evolutivas, dando al diagnóstico lo que es del diagnóstico y al pronóstico lo que es del pronóstico, todos los casos que ofrezcan las características, así clínicas como de laboratorio, peculiares de dicha afección.

Esto en cuanto á la denominada pseudoparálisis general sífilítica; el diagnóstico de las demás pseudoparálisis generales, no sífilíticas, es mucho más sencillo no ofreciendo tales dificultades ni prestándose á las ambiguas y contradictorias interpretaciones que acabo de discutir; en estas pseudoparálisis, que preferible sería designar con otro nombre más concreto y preciso las reacciones serológicas específicas de la sífilis, son negativas, y además, aun desde el punto de vista puramente clínico, es posible encontrar diferencias respecto de la verdadera parálisis general; en los varios casos que he observado de pseudoparálisis general arterioesclerosa, alcohólica y saturnina, me ha sido posible formular con relativa facilidad un diagnóstico exacto; no existen, pues, aquí las dudas ni las equívocas sugerencias que la tan discutida pseudoparálisis general sífilítica suscita.

Habiendo ya expuesto en uno de los anteriores párrafos lo más substancial que tenía que decir acerca del

pronóstico de la parálisis general, réstame sólo ocuparme á este respecto de la tabes. El pronóstico de esta dolencia ha mejorado de una manera sensible con la aplicación de los modernos métodos de tratamiento; era esta enfermedad el prototipo de las que sin comprometer de manera fatal y necesaria la vida del paciente (aunque no falten en ella los motivos de muerte), le condenan á una invalidez irreparable, á una existencia amargada por graves molestias y por crueles sufrimientos. Esta deplorable perspectiva se ha mitigado muy satisfactoriamente merced á la terapéutica intrarraquídea; la tabes sigue siendo una enfermedad incurable, pues no ha sido posible aún hallar ningún medio de restituir al paciente la integridad de su salud; mas los resultados obtenidos con el referido método que ya cuenta algunos años de aplicación, permiten esperar que con él se logre, en la mayoría de los casos, detener la evolución del proceso por un tiempo indefinido.

La suspensión de los avances del padecimiento, ya representa mucho por sí sola, en cuanto á atenuación del pronóstico, pero además se obtienen otros positivos beneficios, con la supresión de varios de los más importantes y peligrosos síntomas. Los dolores desaparecen muy rápidamente, casi siempre á la primera inyección; otro tanto suele ocurrir con las parestesias y demás trastornos sensitivos en general; y no solamente estos síntomas, sino también otros que hasta ahora se habían manifestado tenazmente rebeldes á toda medicación, se modifican muy favorablemente ó desaparecen por las inyecciones específicas intrarraquídeas; tal ocurre con la abolición del reflejo rotuliano, cuya reaparición mantenida de modo persistente he observado en tres casos personales; con las alteraciones pupilares, con la incoordinación y con las perturbaciones de los esfínteres, singularmente del vesical, cuya restauración á la normalidad de sus funciones es de extrema importancia, pues la incontinencia y la retención de orina constituyen no sólo difícilmente soportables molestias para el enfermo, sino además muy graves amenazas para su vida por el riesgo siempre de temer de una infección mortal.

Los precedentes motivos explican que el pronóstico de la tabes se haya modificado asaz satisfactoriamente con los recientes progresos terapéuticos, pues aun cuando siga siendo una enfermedad no susceptible de curación completa, han disminuído en ella los peligros para la vida del paciente y se han mitigado ó suprimido los síntomas más molestos.

Los perfeccionamientos en el diagnóstico de la parálisis general y de la tabes que anteriormente he enumerado, van encaminados á permitir un tratamiento precoz que es el que más eficaz puede mostrarse, así como la menor malignidad del pronóstico es consecuencia de los adelantos en el tratamiento; la cuestión terapéutica es, pues, la fundamental en estas modernas investigaciones sobre las formas más graves de la neurosífilis, y á ese problema voy á dedicar los últimos párrafos de este trabajo.

Hace pocos años era verdad inconcusa, y aun lo es

hoy para muchos médicos, la pesimista negación de toda eficacia al tratamiento antisifilítico en la parálisis general y en la tabes; pero con los nuevos métodos esta opinión no puede ahora sostenerse de modo tan absoluto como antes. No se ha logrado aún curar esas enfermedades, pero se ha conseguido influir muy favorablemente en su evolución, y es lícito esperar que los progresos que sin cesar se van realizando en este asunto, permitirán obtener resultados más brillantes aún que los ya alcanzados, con ser éstos bastante satisfactorios.

Las ventajas hasta ahora conquistadas se deben a tres innovaciones: 1.ª, a la adopción del cianuro hidrargírico como medicación predilecta de la sífilis nerviosa; 2.ª, al empleo en inyección intravenosa, en dosis altas, frecuente y prolongadamente repetidas de dicha droga y de los preparados salvarsánicos; 3.ª, a la aplicación por vía intrarraquídea de los sueros mercurializados y salvarsanizados.

Así en la tabes como en la parálisis general debe emplearse simultáneamente la medicación intravenosa, intensiva, con cianuro y salvarsán y la intrarraquídea con los mencionados sueros; pero a este respecto debe establecerse entre ambas afecciones una distinción: la de que en la parálisis es posible esperar en algunos casos un resultado beneficioso con el tratamiento intravenoso solo, como lo prueban algunas observaciones personales mías, ya publicadas, mientras que la tabes se me ha manifestado siempre totalmente refractaria a la medicación intravenosa, por intensa y larga que haya sido, constituyendo por lo tanto esta enfermedad la más terminante y neta indicación de la terapéutica intrarraquídea, asociada a la intravenosa, porque en estas tan rebeldes dolencias estamos obligados a proporcionar a los enfermos todos los remedios de que la ciencia dispone.

Tanto en la parálisis general como en la tabes empleamos para el tratamiento intrarraquídeo el propio suero del enfermo, salvarsanizado *in vivo*, con neosalvarsán ó novoarsenobenzol y mercurializado *in vitro* con sublimado, que es de todos los compuestos hidrargíricos que hemos ensayado, el que mejores resultados nos ha dado. Aplicamos series de 6 á 12 inyecciones, con intervalo de quince días á un mes entre una y otra inyección según el estado del enfermo y la intensidad de la reacción inmediatamente anterior. Desde el primer momento seguimos el sistema de comenzar por dosis mínimas, aumentadas de modo muy gradual tanteando así la susceptibilidad local y general del sujeto, y pudiendo llegar á las dosis más altas sin contratiempo alguno. Debe siempre ir precedida la primera inyección intrarraquídea de una preparación intravenosa con cianuro hidrargírico y neosalvarsán, en evitación de contingencias desagradables.

Los pormenores técnicos y los detalles de los resultados obtenidos los hemos consignado en una comunicación redactada en unión de mi celoso colaborador el Dr. Hernández Sampelayo y presentada en la sección de Sifilografía del Congreso Nacional de Medicina, verificado en Madrid, en el pasado mes de Abril.

Estos son los principales puntos de vista modernos en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la tabes dorsal y de la parálisis general contrastados por mi personal experiencia y que me parecen poseer suficiente importancia para que merezcan ser dados á conocer.

Madrid, 7 de Mayo de 1919.

Un importante trabajo de investigación acerca de la patogenia de la parálisis agitante (enfermedad de Parkinson)

POR

J. SANCHIS BANUS

En el número correspondiente al mes de Noviembre de 1918 de *The Archives of Internal Medicine*, J. Ramsay Hunt, de Nueva York, publica bajo el título de «Atrofia primitiva del sistema palidal del cuerpo estriado. — Contribución al estudio de la naturaleza y clínica de la enfermedad de Parkinson», un interesante trabajo que merece ser conocido del gran público médico español. Si no la traducción literal, publicaremos de él una extensa referencia bibliográfica, suficiente para dar una idea de cómo se ha resuelto un problema tan palpitante de la Patología.

En una breve introducción, el autor recuerda que hace ya un siglo que Parkinson publicó su primera Memoria «An Essay on the Shaking Palsy» (Londres, 1817), sin que hasta ahora se hubiera llegado á una conclusión definitiva por lo que á la patogenia de la parálisis agitante se refiere. Muchas teorías se han defendido (enfermedad muscular, neurosis, trastorno de las paratiroides) sin fundamento. Igualmente se han lo-



Fig. 1.ª Corte de Charcot.

Los núcleos grises centrales (semiesquemática): a, insula de Reil; b, cápsula interna; c, cápsula externa y antemuro; 1, putamen; 2, globus pallidus; 3, 4, 5, núcleos externo, interno y superior del thalamus; 6, núcleo caudal de cuerpo estriado; 7, extremidad anterior del núcleo rojo; 8, cuerpo de Luys. (En negro la cavidad de los ventrículos).

calizado lesiones de la parálisis agitante en las más diversas zonas del sistema nervioso central (degeneración pigmentaria de las células piramidales, lesiones de atromasia y gliosis perivascular en la corteza).

En 1908 Jeldersma publicó los primeros hallazgos de lesiones en la región de los núcleos grises centrales (fig. 1.^a). En un caso de parálisis agitante Jeldersma pudo descubrir una marcada atrofia de las radiaciones medulares del núcleo lentiformis, con reducción notable del sistema del ansa lo mismo lenticularis que peduncularis, y cambios atróficos en el nucleus lateralis thalami y en el corpus subthalamicus Luysii.

Lewy en el *Handbuch de Lewandowsky* (1912) discute estos hallazgos. Ha estudiado cinco casos de parálisis agitante y niega la atrofia del ansa lenticularis. Describe, en cambio, lesiones de origen vascular en el tálamo (n. paraventralis y lateralis, n. basalis Meynert). En un trabajo posterior (1913), Lewy defiende la existencia de lesiones de tipo senil (gliosis, degeneración de las células ganglionares) en el putamen; asociadas a importantes alteraciones en el núcleo lenticular, el núcleo del ansa peduncularis y el núcleo del vago.

Manschot encontró también una disminución de las células ganglionares y de las fibras del tálamo (n. lateralis).

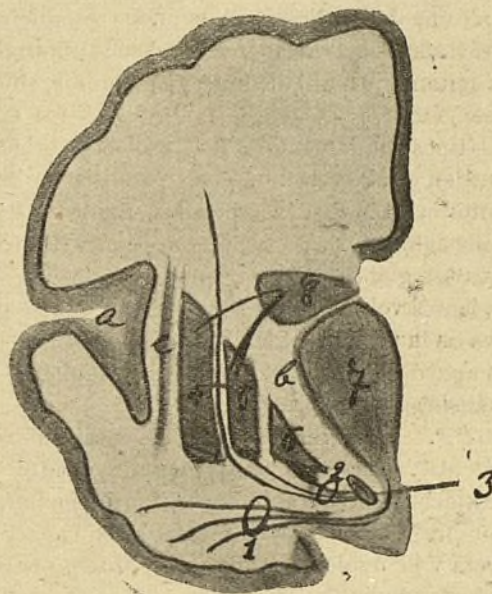
Auer y Mac Gouch (1916) describen recientemente en la parálisis agitante áreas de rarefacción (de origen vascular) del cuerpo estriado (etat criblé) particularmente extensas en el n. lenticular, pero también en el tálamo, núcleo caudal, cápsulas externa e interna y región subtalámica de Luys.

Después de esta breve introducción de «mise au point» hace el autor algunas consideraciones anatómicas acerca de la constitución de la zona de los núcleos grises centrales, bien manifiesta en la fig. 1.^a (dibujo del traductor hecho a la vista de Testut). De las dos porciones en que el núcleo lenticular del cuerpo estriado se divide, la externa ó putamen (fig. 1.^a, 1) tiene el mismo origen embriológico que el núcleo caudal (figura 1.^a, 6) y constituye con él el llamado neostriatum. Histológicamente el globus pallidus (fig. 1.^a, 2) ó porción interna del núcleo lenticular es más viejo y por ello se llama paleostriatum.

Existen en el neostriatum dos tipos distintos de células: unas células grandes (fig. 4.^a, A) de tipo Betz (I de Golgi) con núcleo grande, cuerpos de Nissl, pigmento amarillo. Otras células pequeñas (tipo II Golgi) (fig. 4.^a, B). En el paleostriatum (globus pallidus), sólo existen células grandes del tipo motor semejantes a las de Betz de la corteza. Sus cilindros ejes se reúnen para constituir principalmente el ansa lenticularis y en parte la peduncularis (fig. 2.^a, 1 y 2). Son el «sistema palidal eferente». Las prolongaciones de las células pequeñas constituyen un sistema de asociación entre las dos partes del neostriatum (putamen y núcleo caudal). De un modo esquemático puede decirse que la enfermedad de Parkinson está motivada por la lesión del «sistema palidal eferente». La lesión de las fibras de asociación del neostriatum se encuentra constantemente en el corea de Huntington.

En una monografía anterior, el autor estudió un caso de parálisis agitante juvenil que comenzó a los quince años y terminó con la muerte treinta y cinco años más tarde. La autopsia de este caso demostró la

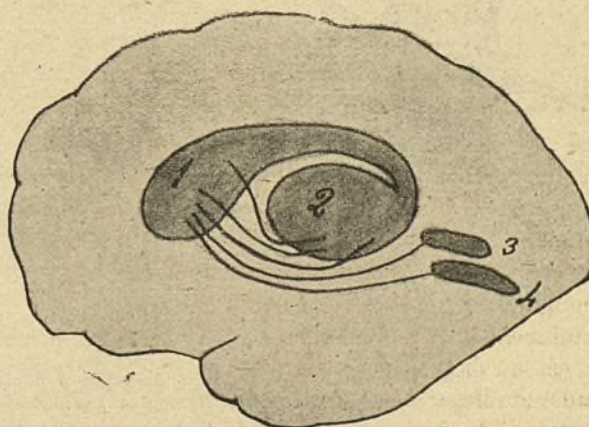
considerable disminución de las grandes células del tipo Betz en el cuerpo estriado, y que eran únicamente las afectadas. La parálisis agitante juvenil podía, pues, considerarse como causada por la lesión del sistema eferente de proyección del cuerpo estriado. Probable-

Fig. 2.^a

Formación del ansa lenticularis y del ansa peduncularis (esquemática).

1, ansa peduncularis (fibras de asociación del tálamo óptico que pasan por el pedúnculo inferior del tálamo hacia el lóbulo temporal); 2, ansa lenticularis (fibras de asociación del globus pallidus (5 y 6) al cuerpo subtalámico de Luys (3); 4, Putamen; 7, Th. opticus; 8, núcleo caudal; a, insula; b, cápsula interna; c, cápsula externa.

mente el cuerpo estriado contiene un importante sistema motor que por las radiaciones del ansa se pone en relación con importantísimos núcleos de la región

Fig. 3.^a

El sistema Striotalámico en un corte sagital (esquemática).

1, núcleo caudal; 2, tálamo óptico; 3, cuerpo de Luys; 4, sustancia negra.

hipotalámica (cuerpo de Luys, núcleo rojo, sustancia negra (fig. 3.^a) y está destinado al control y regulación del sistema motor extrapiramidal de la medula (fascículo rubro especial de v. Monakow y otros).

Por consiguiente, el cuerpo estriado y el sistema es-

trio espinal (con enlace en los núcleos subtalámicos) constituye el aparato de regulación de los movimientos automáticos y asociados, mientras que, en oposición, el sistema corticoespinal es el órgano de los movimientos voluntarios disociados.

La parálisis agitante no es ya una enfermedad: es un síndrome de localización que puede producirse por las más variadas condiciones etiológicas: amiotrofia (parálisis agitante juvenil), hemorragia, ateroma, sífilis, tumor, etc., etc.

Dos tipos fundamentales de parálisis de origen central pueden establecerse: uno con parálisis de los movimientos automáticos y asociados, rigidez y temblor (parálisis agitante) ocasionado por lesiones del sistema eferente del globus pallidus; otro con parálisis de los movimientos voluntarios y espasticidad, que se debe a lesiones de la vía piramidal.

En apoyo de estas ideas vienen los siguientes casos de parálisis agitante presenil.

Caso 1.º. Hombre de cincuenta y seis años. Sin antecedentes. Hace siete años presenta cuadro típico de Parkinson; salivado abundante, lagrimeo, máscara, temblor (tres oscilaciones en minuto) de que participan la cabeza y la úvula, actitud típica. Muere por infección intercurrente.

La autopsia, detalladísima, sólo tiene interés en los siguientes extremos:

Hipófisis: Porción glandular normal. Pars nervosa, células pigmentadas abundantes (pequeños gránulos hialinos uniformes).

Músculos estriados; fibras adelgazadas y sarcómeros aumentados en número respecto a lo normal.

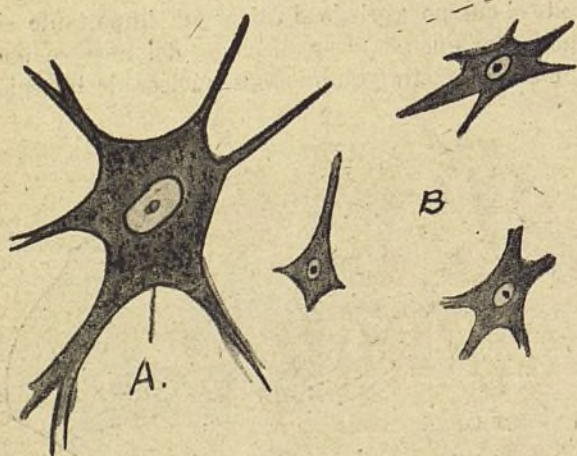


Fig. 4.a

Los dos tipos celulares del neostriatum (putamen y núcleo caudal); A, células grandes de tipo Betz; B, células ganglionares pequeñas, que no se encuentran en el globus pallidus (paleostriatum).

Núcleos grises centrales. Neostriatum (n. caudal c. e., y putamen). Las células pequeñas (tipo B fig. 4.a) inalteradas. Ligera gliosis perivascular. Las células gigantes, tipo Betz (A. fig. 4.a) presentan importantes lesiones atroficas: no están disminuidas en número, pero sí muy reducidas de tamaño, sin núcleo o cuando le tienen, fuertemente desplazado y con apariencia corrugada y fragmentaria. Pigmento amarillo

en algunas células, y en algunos espacios perivascuales acúmulo de lipoides.

Globus pallidus. — Células no reducidas en número pero sí de tamaño. Núcleo pequeño y desplazado: ausencia de gránulos de Nissl; apariencia hialina del protoplasma. Acúmulos de pigmento amarillo.

Lesiones vesiculares (especialmente en la región del globus) con alteraciones de la túnica media, dilatación de los espacios perivascuales donde se acumula pigmento amarillo (etat criblé). Sin embolias ni hemorragias.

En correspondencia con esta demostrable atrofia de las células grandes de tipo Betz, existe una notable disminución del número de fibras en la región del ansa: hay atrofia del sistema striohipotálamico.

Caso 2.º. Hombre de cincuenta y dos años, con el cuadro típico de la parálisis agitante desde diez años antes, muerto de infección intercurrente. La autopsia demuestra idénticas lesiones que en el caso anterior.

En estos dos casos de parálisis agitante presenil las lesiones son absolutamente semejantes a las descritas en la anterior monografía con respecto a la parálisis agitante juvenil; en todas hay atrofia de las células grandes del globus pallidus, con integridad de las células pequeñas del neostriatum. En todas hay evidente atrofia del sistema del ansa (radiaciones striohipotálamicas).

Naturalmente las lesiones no tienen la misma intensidad aunque sean de la misma naturaleza, y ello depende del tiempo que la enfermedad ha tardado en evolucionar.

Interesa hacer un estudio clínico de la parálisis agitante desde estos nuevos puntos de vista. Tres son los síntomas fundamentales: parálisis, rigidez y temblor. En los tipos ordinarios los tres síntomas se combinan. Pero a veces evolucionan independientemente y hay parkinsonianos sin temblor, otros sin rigidez, y otros, en fin, aunque muy raros, que presentan sólo los trastornos paralíticos.

Los trastornos paralíticos de los parkinsonianos son absolutamente típicos, pues afectan a los movimientos asociados y automáticos. La rigidez muscular toma una gran parte en la producción de esta parálisis. La dificultad, la resistencia que se observa a iniciar un movimiento se debe a la rigidez; de aquí la máscara parkinsoniana. Los trastornos pueden ser absolutamente unilaterales.

En los brazos la pérdida de los movimientos asociados se traduce sobre todo en la alteración del movimiento rítmico de ellos durante la marcha, la carrera y el salto. Este movimiento rítmico es un residuo ancestral, y su desaparición puede considerarse como un signo de gran importancia diagnóstica. El conocido «fenómeno radial» de Strümpell, trastorno de los movimientos asociados de las manos, tiene menor valor para el diagnóstico.

Los trastornos de los movimientos asociados también se marcan muy acentuadamente en los miembros inferiores. Durante la marcha, por ejemplo, falta la flexión coordinada de rodilla y cadera, y esto da carácter

á la marcha agitada y de pequeños pasos tan típica en esta enfermedad.

Otro signo muy interesante que revela la parálisis de los movimientos asociados es la ausencia de la contracción contralateral de Hoover. Sabido es que cuando á un hemipléjico, en decúbito supino, se le ordena levantar la pierna paralizada, se acompaña el movimiento de una considerable presión del pie del otro lado sobre la cama. En los tipos hemipléjicos de parkinsoniano este signo falta por completo.

La parálisis de los movimientos asociados en el tronco se pone de manifiesto cuando al enfermo, en decúbito supino, se le ordena sentarse, estando con los brazos cruzados. Las piernas se elevan entonces sobre la cama y se agitan desordenadamente en el aire. Si en este momento se ofrece la mano al enfermo, como ayuda que le saque de tan difícil situación, la mano es aceptada, pero el observador se convence bien pronto de que el enfermo no toma sobre ella ningún punto de apoyo que le permita levantarse.

De idéntica manera, cuando se ordena al enfermo, sentado en una silla de brazos, que se ponga en pie, se ve bien que su apoyo sobre ellos no es eficaz.

Por contra, los movimientos adquiridos, de origen cortical, están perfectamente conservados, salvo las dificultades que origina el temblor y la rigidez. La actividad motriz automática es la más vieja filogénicamente hablando, y está muy desarrollada en las formas superiores de la vida: es en el parkinsoniano la única afectada, de modo tal que se puede ensayar una sustitución de la actividad striatal por la cortical; sería una verdadera reeducación de los movimientos automáticos que en ocasiones proporciona resultados.

Por lo demás, ciertos actos que empezaron siendo completamente voluntarios, y que el hábito ha hecho con la herencia poco á poco automáticos, se afectan tanto más gravemente en el parkinsoniano, cuanto más automáticos llegaran á ser.

Las relaciones entre el sistema del globus pallidus y la corteza no pueden afirmarse más que en hipótesis. Tal vez las vías piramidales, al atravesar el striatum en la región de la cápsula interna, emitan colaterales, por las que la unión se establezca de un modo directo. O tal vez la asociación se haga á través del tálamo óptico, en íntima conexión, como se sabe, por una parte, con el striatum, y por otra parte, por los fascículos pedunculares del tálamo con la corteza cerebral.

Tampoco son discutibles las relaciones del striatum con el cerebelo. De todos modos se puede seguir afirmando la importancia del sistema eferente del globus pallidus en la regulación y control de los movimientos automáticos é involuntarios, y esto por medio de las vías extrapiramidales.

La importancia de este sistema motor extrapiramidal se ha puesto bien de manifiesto: que en el octavo mes de la vida fetal, las pirámides no están aún mielinizadas, mientras que el sistema rubroespinal lo está ya completamente. De igual modo la época del comienzo de los movimientos fetales (cuarto mes) coincide con la mielinización del ansa peduncularis.

En la triada sintomática del parkinsoniano la rigidez ocupa también un lugar preferente. Ella constituye juntamente con el temblor, la característica máscara parkinsoniana, de la cual se habló ya repetidas veces.

Entre la rigidez de la parálisis agitante y la espasticidad de las lesiones piramidales, hay notables diferencias. En la parálisis agitante, los músculos están duros al tacto, su contorno está definido, y su estado de hipertonibilidad da, cuando se trata de imprimir á los miembros movimientos pasivos, una sensación de resistencia cética. A veces se percibe una sensación de temblor, cuando éste en los casos muy claros no es visible á simple vista.

Ambas formas de hipertonus, rigidez y espasticidad aumentan por las excitaciones de la piel y por las psíquicas. En la espasticidad hay, sin embargo, fenómenos clónicos y exageración de reflejos tendinosos, que faltan por completo en la rigidez. La hipertonía espástica es de cualidad elástica; la rigidez es puramente plástica.

Este aumento del tonus se ha explicado por diversos mecanismos. El autor piensa, de acuerdo con su interpretación, que el striatum ejerce por intermedio del sistema eferente del globus pallidus y las vías extrapiramidales, la regulación y control de la motricidad. El striatum representa el más elevado centro de control de la motricidad, mucho más antiguo filogénicamente que el sistema córtico espinal.

Los músculos estriados ó de contracción voluntaria del organismo se componen de dos sustancias diferentes: una anisotrópica, innervada por las neuronas de las astas anteriores, los nervios mixtos medulares, y las placas motrices terminales. La otra es la sustancia sarcoplásmica, innervada por las células simpáticas de los cuernos anteriores, fibras nerviosas no meduladas y placas terminales motrices del sarcoplasma (sistema simpático).

Estas dos porciones musculares difieren esencialmente en sus características químicas, histológicas y fisiológicas, y están influidas por distintas innervaciones.

La sustancia anisotrópica, factor predominante de los movimientos voluntarios, tiene innervación corticoespinal. El elemento sarcoplásmico tiene una función plástica, es activo, especialmente en los movimientos automáticos y asociados, en la fijación de las actitudes. Los dos sistemas toman parte, sin embargo, en todos los actos de motilidad, aunque en proporciones diversas.

Probablemente, estas dos distintas innervaciones estarán bajo el control de dos centros diferentes correlativos. Ambos están á su vez bajo la dependencia del striatum. La pérdida de la acción moderadora sobre uno y otro, engendra los dos síntomas fundamentales de la enfermedad: la rigidez y el temblor.

En concreto: existen dos centros para el control del tono muscular de los músculos estriados: uno, el centro del tono contráctil que regula la actividad de la sustancia anisotrópica á través del sistema nervioso medulado; otro, centro del tono plástico que regula la ac-

tividad de la substancia sarcoplásmica á través del sistema nervioso amedulado. Ambos centros del tono están bajo el control del sistema eferente del globus pallidus en el striatum, y la desaparición de este control engendra el temblor ó la rigidez, según el sistema afectado.

El temblor es el tercer síntoma característico de la parálisis agitante. Es involuntario, rítmico (de tres á cinco oscilaciones por segundo). Es continuo, espontáneo, y no depende de los movimientos ni de la postura. No es intencional. Crece con la excitación mental y la actividad motriz. Desaparece durante el sueño.

Este temblor no es más que una forma involuntaria de la actividad motriz, ocasionada por la lesión de la función inhibidora del sistema eferente del globus pallidus sobre el mecanismo que domina las contracciones rítmicas del sistema de los discos anisotrópicos, del sistema muscular estriado.

Conclusión.—La sintomatología clínica de la parálisis agitante se puede explicar por lesiones del sistema motor del cuerpo estriado. Este sistema toma un origen en las grandes células motoras del cuerpo estriado (tipo globus pallidus) y termina en relación con núcleos importantes de la región hipotalámica (núcleo rojo, n. de Luys, substancia negra).

El sistema eferente del globus pallidus es el mecanismo para el control de los movimientos asociados y automáticos, y ejerce esta acción á lo largo de los haces extrapiramidales (rubroespinal y otros).

Las lesiones de este «sistema pallidal» pueden revestir tipos distintos: atrofia primaria, atrofia senil y lesiones vasculares; focos hemorrágicos, tumores. Todos ellos se traducen clínicamente por el síndrome de la parálisis agitante.

Estas conclusiones están fundadas en los hallazgos anatomopatológicos de tres casos de parálisis agitante: una juvenil y dos presenil. En ellas se ha encontrado siempre lesiones atróficas afectando las grandes células del tipo motor del globus pallidus. El sistema strio hipotalámico y la zona del ansa tienen lesiones menos señaladas desde el punto de vista macroscópico porque hay allí fibras aferentes y eferentes, y aquellas quedan naturalmente integra: no ocurre por ejemplo como en las lesiones piramidales que degeneran todas á la vez.

Los síntomas fundamentales de la parálisis agitante son: parálisis, rigidez y temblor. La parálisis afecta exclusivamente los movimientos automáticos y asociados.

La rigidez y el temblor en la parálisis agitante se explican por la lesión de la actividad inhibidora del striatum sobre el tono muscular que ocasiona la hipertonía.

Los músculos de fibra estriada están dotados de una doble innervación, que tiene centros, vías y terminaciones distintas. Uno regula la contractilidad de los discos anisotrópicos, es decir, los movimientos voluntarios, por el sistema nervioso medulado; otro influye sobre la substancia sarcoplásmica y la contracción plástica del músculo. El striatum tiene acción inhibidora so-

bre estos dos centros correlativos, y la lesión de las vías correspondientes engendra el temblor y la rigidez.

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.

Se coloca el blefarostato y se desinfecta el ojo en igual forma que lo hicimos para la debilitación del músculo. Después un ayudante por medio de una pinza para fijar, colocada cerca del limbo, sostiene por dentro del globo ocular, mientras que el operador coge con la pinza un pliegue de la conjuntiva, á unos 4 milímetros del limbo esclerocorneal y de un tijeretazo lo escinde, reseca una pequeña porción de conjuntiva en forma de media luna de concavidad corneal, que deja al descubierto la inserción muscular en la esclerótica. Descubierta la inserción del tendón, se coge la cápsula en el borde superior del músculo, y con la punta de la tijera se practica en ella una pequeña abertura, por la que se introduce un gancho fino de estrabismo, que llevándolo al ras de la esclerótica por debajo del músculo, viene á levantar en su borde inferior la cápsula que se desprende de un tijeretazo.

Cogido el tendón muscular en toda su extensión con el gancho, se disea el músculo con tijeras curvas de punta roma, aislándole de la conjuntiva de la cápsula y de tejido episcleral. Separado completamente, se levanta con la ayuda del gancho de estrabismo, para sujetarle con la pinza de Prince, á una distancia de su inserción tendinosa proporcional al grado de estrabismo. Colocado el músculo en esta situación, se secciona al ras de la pinza, por delante de ella, quedándonos un trozo suelto de músculo mayor ó menor, unido á la esclerótica por su inserción anterior, que será el que resequemos después de colocar la sutura en *rombo* que describiremos más tarde.

El trozo de músculo que resecamos, es más ó menos extenso, según sea mayor ó menor la desviación estrábica, calculando su extensión con bastante exactitud en la actualidad, á consecuencia de los estudios comparativos que hemos hecho en la clínica al ver los efectos que producen las distintas cantidades de músculo resecado.

Desde luego, podemos decir que no se pueden dar dosis de resección con exactitud matemática, por cada grado de desviación, pero podemos asegurar, que no se deben temer las amplias resecciones, y menos si se aplica este calificativo á la resección de 4 ó 5 milímetros como quiere Landolt.

(1) Véase el número anterior.

En los estrabismos muy pronunciados he llegado yo á resecar hasta 12 y 15 milímetros con un resultado muy satisfactorio.

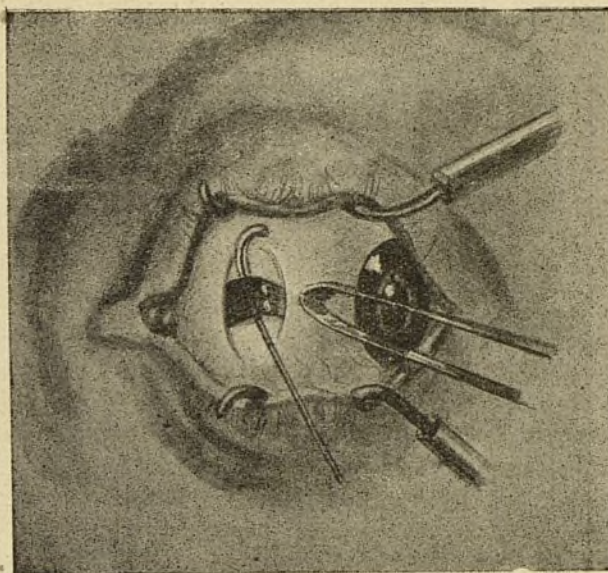
El Dr. Jenaro González, uno de los oculistas españoles que ha estudiado con más entusiasmo el problema quirúrgico del estrabismo, en su comunicación á la Academia Quirúrgica el año 1915, acerca de modificaciones quirúrgicas al procedimiento operatorio de resección tendinosa Schweigger, establece un cálculo matemático para precisar con exactitud la cantidad de tendón que hemos de resecar, conforme el ángulo de desviación estrábica. Según sus cálculos matemáticos, la cantidad de tendón que podemos resecar es de 2 milímetros por cada 10° de desviación. En la clínica esta cantidad resulta algo insuficiente, y el resultado de su modificación al procedimiento de Schweigger no lo cree muy seguro cuando dice: «En algunos casos puede completarse la operación alongando el músculo antagonista, según el método de Verhoeff.»

Es difícil responder á esta cuestión con una cifra exacta, dice Lagleyze, al hablar del acortamiento muscular, porque la solución depende de causas desconocidas que pueden cambiar según las circunstancias. Entre ellas, las resistencias de los diversos tejidos, que varían de un sujeto á otro, en virtud de la edad, de la antigüedad del estrabismo, de las diferencias de la estructura de los músculos, ó en las adherencias anormales que han podido realizarse en el transcurso del tiempo, del conocimiento exacto de la resultante de fuerzas, que acentúan sobre el ojo en distinta dirección, al ejecutar sus movimientos, y de causas funcionales ó anatómicas imposibles de resolver. De este modo, puede explicarse cómo en dos estrabismos de un grado igual de desviación, una misma cantidad de músculo reseca puede dar un resultado diferente. No obstante, creo se puede calcular aproximadamente una resección muscular de dos y medio milímetros por cada diez grados, por lo que he podido observar en la clínica.

El mismo Dr. González expresa, que la solución matemática aplicable á los tejidos tiene su límite, porque en ellos intervienen ciertos factores que no es posible solucionar con números. Los músculos, dice Onfray, no son cintas inertes, sino tejidos que tienen una contractilidad propia, sometida á la acción más ó menos intensa de la energía nerviosa, y aunque pudiéramos calcular con exactitud matemática la mudanza de inserción del músculo reseca, aun en este caso, nos sería imposible precisar exactamente la cantidad de tendón que debemos resecar, porque la práctica clínica demuestra que tal precisión es imposible.

El trozo de tendón libre, separado de la pinza de Princep al ser cortado el músculo que permanece

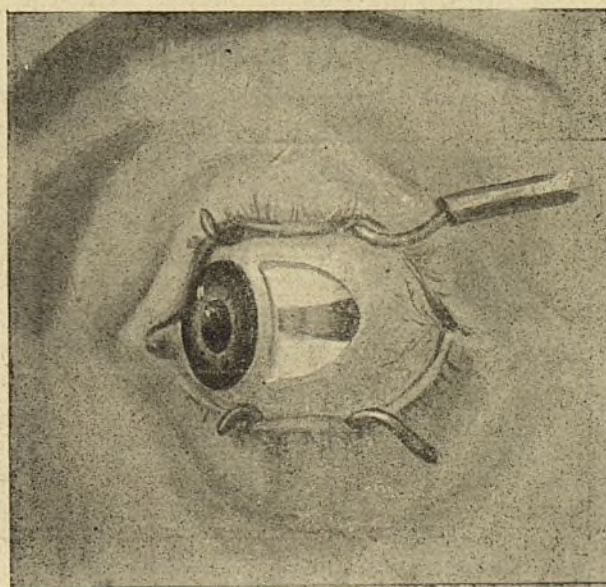
unido á la esclerótica en su parte anterior, nos sirve de punto de apoyo para sujetar con la pinza el glo-



Número 1.—Debilitación del músculo antagonista.

bo ocular, al colocar la sutura en rombo, que es otro de los puntos diferenciales importantes de este procedimiento.

La sutura en rombo la componen tres puntos, uno central y dos laterales. El primero sigue el diámetro horizontal. Comienza penetrando desde cerca de la córnea por debajo de la conjuntiva y de algunas fibras escleróticas, pasa por debajo de la inserción del tendón por donde sale, penetra de nuevo en

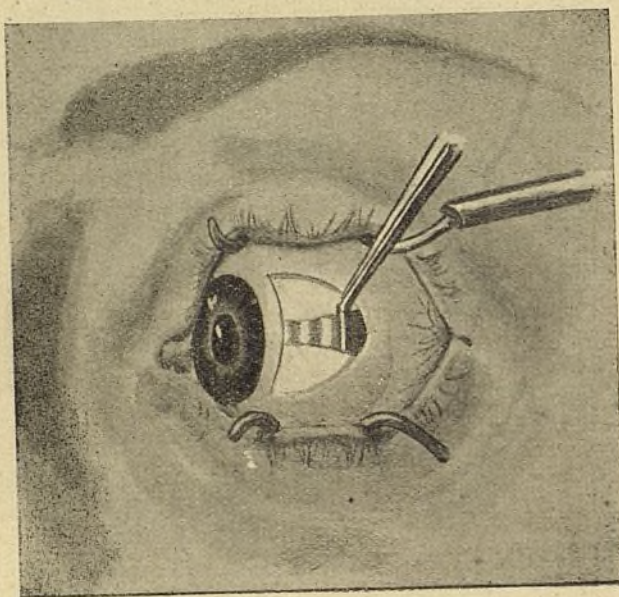


Número 2.—Resección de un trozo de la conjuntiva que deja al descubierto la inserción muscular en la esclerótica.

el espesor de las fibras de la esclerótica por donde camina en una extensión de unos dos milímetros, y finalmente, pasando de dentro á fuera por detrás de

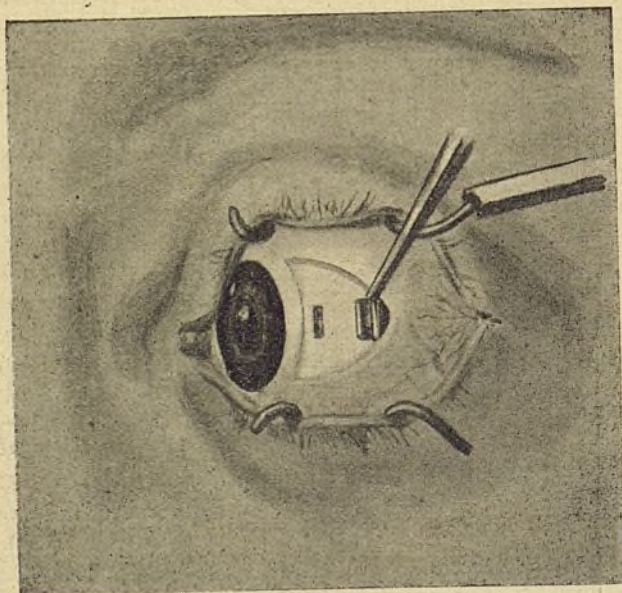
la pinza de Prince, el músculo, la cápsula y la conjuntiva, viene á salir cerca del ángulo palpebral externo.

Los otros dos puntos laterales de la sutura supe-



Número 3.—Cogida del músculo con la pinza de Prince, á una distancia de su inserción tendinosa, proporcional al grado de estrabismo.

rior é inferior, empiezan á unos dos milímetros del central y atraviesan los mismos tejidos. Al salir por debajo de la inserción tendinosa del trozo de músculo que hemos cortado se desvían hacia el ecuador



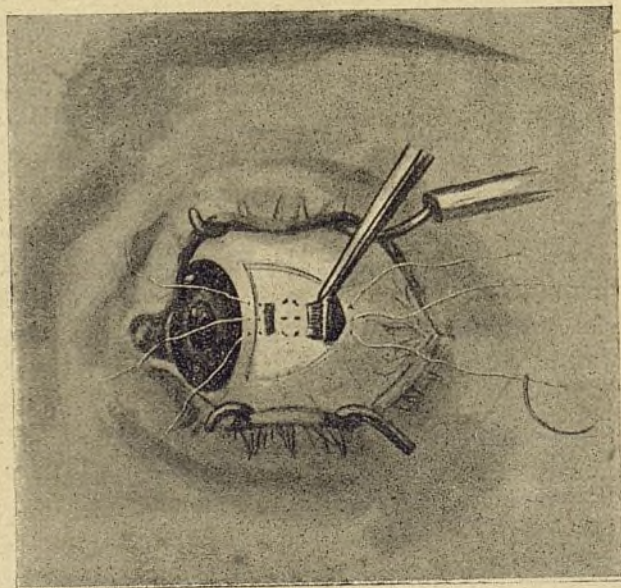
Número 4.—El músculo sujeto por la pinza de Prince, se secciona por delante de ella, quedándonos un trozo suelto, mayor ó menor, según la desviación estrábica, unido á la esclerótica por su inserción anterior.

del globo ocular, para atravesar en este punto algunas fibras escleróticas. Después de haberlas atravesado convergen en dirección al central y pasando

por la parte interna del músculo, cápsula y conjuntiva, viene á terminar en la misma región del punto central. Estos puntos de sutura pueden oblicuarse más ó menos, hacia arriba ó hacia abajo, si el estrabismo es algo superior ó inferior.

Constituída la sutura en esta forma limita una superficie romboidal con un diámetro anteroposterior mayor que el vertical. Actúan en ella tres fuerzas sobre la línea que une los tres puntos de intersección del músculo con la esclerótica, produciéndose así una composición de fuerzas cuya resultante dependerá del valor de cada una de ellas, ó sea de la potencia de cada una de estas cuerdas. Su colocación especial da lugar á fuertes adherencias escleróticas, que impiden con el tiempo vuelva á presentarse de nuevo la desviación ocular, como ocurre con las suturas que se practican en otros procedimientos, porque no debemos olvidar que la colocación de los puntos es uno de los factores principales de la operación.

Colocados en la forma indicada los puntos de sutura, se suelta la pinza de Prince, y teniendo los hilos de seda algo tensos un ayudante, se secciona la porción reseca del músculo al ras de su inserción tendinosa. Después, aproximando el ayudante con las pinzas los bordes de la incisión de la con-

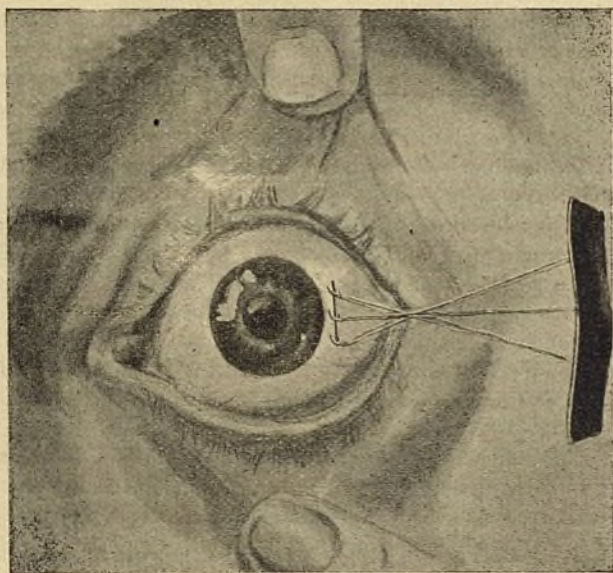


Número 5.—Sutura en rombo, compuesta de tres puntos, uno central y dos laterales, desviados hacia el ecuador del globo ocular, y que pueden oblicuarse si el estrabismo es algo superior ó inferior.

juntiva, se hace el anudamiento de los puntos, comenzando por el del centro. Al colocar éstos, se trae el borde cruento del músculo reseca á injertarle en el punto de la esclerótica, donde se insertaba el tendón, provocando, por lo tanto, un avanzamiento indirecto del músculo, puesto que una parte más posterior del mismo viene á colocarse en una región

más anterior de la esclerótica, pero sin traspasar los límites de la primitiva inserción tendinosa, con el fin no se rompa el equilibrio muscular. Si el estrabismo es directo, se aprietan igual todos los puntos, pero si es ligeramente oblicuo, pondremos un poco más tenso el lateral correspondiente.

Hecho esto, se fijan los extremos de la seda con un esparadrapo á la parte externa, se instilan en ambos ojos unas gotas de atropina con el fin de paralizar la acomodación, y se coloca un vendaje bi-



Número 6.— Sitio de unión de los puntos de sutura después de verificar el avance indirecto, fijando los extremos de los puntos de seda con un esparadrapo, en la parte externa ó interna, según el estrabismo que se opere.

nocular. Los grabados que publicamos hacen que se comprendan fácilmente los distintos tiempos de la nueva técnica operatoria que empleamos para corregir el estrabismo.

Si hemos seguido todas las reglas de la asepsia, no hay temor á la infección, y, por lo tanto, no es necesario levantar el vendaje hasta pasadas las cuarenta y ocho horas después de la operación. Al levantar el vendaje lavaremos bien ambos ojos con la solución bórica é instilaremos nuevamente atropina. Estas curas se repetirán cada dos días, y al octavo se podrán quitar los puntos de sutura, dejando un vendaje monocular en el ojo que no se desviaba, y en el estrábico una pantalla colocada más hacia el lado que tuvo el estrabismo, para que el enfermo mire por el lado contrario. Se sigue instilando atropina hasta que desaparezca por completo todo fenómeno de reacción operatoria, y llegado este momento se suprime el midriásico para que vuelvan á contraerse las pupilas, conseguido lo cual se hace la corrección del defecto de refracción que hubiere en los ojos y se da comienzo á la gimnasia de convergencia y acomodación, que ejecutará el enfermo

por espacio de mucho tiempo, empleando los medios ortópticos, con el fin de conseguir la visión binocular, que es la verdadera curación del estrabismo.

Desde el año 1915, que empecé á practicar esta técnica operatoria, hasta la época presente, la he modificado en algunos detalles para corregir pequeñas deficiencias que pude observar tenía en mis primeras intervenciones. En la descripción que dejo expuesta, se incluyen hasta los datos más insignificantes de las modificaciones hechas en el procedimiento operatorio hasta el momento actual. Creo se puede decir que he llegado á su perfeccionamiento completo, si tenemos en cuenta los resultados altamente satisfactorios que obtengo con su empleo.

El número de enfermos que he sometido á esta intervención quirúrgica desde el año 1915 al 1919 pasan de 80. No he exponer las historias clínicas de todos ellos, para no hacer más extenso y sumamente pesado este trabajo, sino solamente aquéllos que por la importancia de la desviación estrábica merezcan especial atención, acompañando las fotografías comparativas, para que se pueda juzgar mejor de la bondad del nuevo procedimiento quirúrgico del estrabismo. En el historial clínico, consignaré solamente aquellos datos que juzgue necesarios, para que se pueda formar juicio del resultado operatorio.

(Continuará.)

Periódicos médicos.

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Quistes hidatídicos abiertos en las vías biliares, por el Dr. Blanc y Fortacín.**—Enfermo que entra en la visita del autor, con fiebre, ictericia y emaciación. Algunos meses antes había comenzado á notar un abombamiento del hipocondrio derecho seguido de escalofríos, fiebre y sudores unas semanas después. Más tarde sobrevinieron dolores muy vivos en el epigastrio é hipocondrio derecho, abultamiento del vientre y fiebre. Se le practicó una laparotomía, se evacuó la bilis y el pus, pero no tuvo mejoría, y tres días después se le condujo al hospital. El autor creyó que la primera operación había sido poco extensa y que se trataba de un quiste de evolución superior que debía ser atacado por su parte alta. Practicó una incisión á lo largo del borde costal y al abrir el peritoneo salió pus y bilis; reseco el cartílago costal para descubrir la cara superior del hígado, y pasando á través de este órgano, llegó á la cavidad de un quiste hidatídico supurado, de la que salió la membrana germinativa, pero sobre todo una gran cantidad de bilis oscura y fétida. La exploración de la cavidad del quiste permite observar un orificio situado en su parte inferior por el cual se llega á una zona de adherencias infrahepáticas que había sido evacuada en la primera operación. La existencia de este orificio y la salida de la bilis hicieron creer al autor que el quiste se había abierto en el conducto hepático y que este conducto se había perforado, lo que había producido el cuadro peritonítico que indujo á practicar la primera operación.

Enfermo con ictericia intensa; á los quince días se presenta una peritonitis brusca y violenta. La operación no fué aceptada por la familia, pero ocho días después se practicó. La vesícula biliar estaba distendida y fué vaciada por medio de la punción, y así se pudo llegar á una masa fluctuante, situada entre el hígado y el duodeno, que no era otra cosa que un quiste hidatídico, con vesículas, el cual se había vaciado en el conducto hepático produciendo el síndrome de obstrucción biliar.

Joven de veinticinco años, con ictericia y cierta resistencia hacia el borde libre del hígado; pocos eosinófilos; Weinberg negativo, y escasa polinucleosis. Laparotomía. Vesícula biliar distendida y tumefacción en la región del pedículo hepático, que fué tomada por un cáncer del páncreas. Se estableció una colecistoyunostomía transmesocólica.

El enfermo no mejoró. Se practicó una nueva laparotomía y se puncionó la masa subhepática mencionada, lo que hizo ver que se trataba de un quiste hidatídico de la parte posteroinferior del hígado. Como el paciente se encontraba en muy mal estado, se interrumpió la operación, y al cabo de algunos días se atacó el quiste por la vía posterior, reseando la décima y undécima costillas, lo cual permitió vaciar el quiste.

El diagnóstico de los quistes hidatídicos que se evacúan en los grandes conductos biliares es difícil, y con frecuencia son tomados por casos de litiasis; pero falta la anamnesis de esta enfermedad, y los accidentes llegan rápidamente á su máximo de intensidad, lo cual no es frecuente en la litiasis. Estos accidentes son de naturaleza infecciosa y este carácter explica la perforación del conducto por donde se verifica el desagüe, como ocurre en los dos primeros casos y los accidentes graves en el tercero.

El tratamiento de estos quistes que se evacúan en los grandes conductos, debe tener dos objetivos: la evacuación de la bilis, cuyo curso está interrumpido; y la evacuación del quiste infectado. Si éste es pequeño, su evacuación puede obtenerse por medio de la coledocotomía, mientras que si es grande se deberá practicar una incisión en el tejido hepático y se llegará al quiste por la vía mejor posible. No se debe jamás establecer la evacuación del quiste por la vesícula biliar. (*Revista Española de Medicina y Cirugía*, Abril 1919, Barcelona.)

2. La incisión estrellada en las intervenciones del abdomen superior, por el Dr. José Arce.—El autor divide su técnica operatoria en lo que él llama laparotomía estrellada, en los siguientes tiempos:

1.^{er} tiempo. Incisión transversa de la piel, que partiendo á dos traveses de dedo por fuera de la línea media, alcanza la línea axilar media al nivel ó un poco por debajo del reborde costal. Esta incisión corre aproximadamente á unos dos traveses de dedo por encima del nivel del ombligo. En caso necesario, puede ser prolongada hacia adentro, hasta la línea media, y hacia afuera, hasta donde sea necesario.

2.^o tiempo. Seccionadas la piel y tejido celular, se entreabren las fibras del músculo oblicuo mayor, que á ese nivel corren de arriba á abajo y de atrás á adelante, avanzando en la separación, todo lo más arriba que permita el borde superior de la herida cutánea, y hacia abajo hasta llegar al borde externo del recto del abdomen.

3.^{er} tiempo. Rechazando hacia abajo el borde inferior de la abertura hecha al gran oblicuo, se descubren las fibras del oblicuo menor que corren normalmente á las del anterior y que son igualmente disociadas en toda la extensión visible hasta alcanzar en el borde externo del recto el punto en que termina la incisión del oblicuo mayor.

4.^o tiempo. Se secciona transversalmente la hoja anterior de la vaina del recto del abdomen desde el punto de su borde externo alcanzado por las incisiones musculares antes descritas, hasta donde lo permita el extremo interno de la incisión cutánea. Se rechaza el músculo recto hacia adentro, con un separador de Farabeuf, y si esto no se obtiene fácilmente, porque el músculo adhiere á la vaina, se seccionan estas adherencias que son generalmente pocas y débiles, con lo cual la maniobra resulta siempre posible.

5.^o tiempo. Se seccionan el músculo transverso y la hoja posterior del recto del abdomen, juntamente con el peritoneo, en un solo plano que alcanza hacia adentro y hacia fuera los extremos de la herida.

Terminada la incisión, basta entreabrir la herida con dos valvas vaginales largas, ó con un separador bi ó trivalvo (hemos hecho construir especialmente uno trivalvo) para tener ante la vista, el duodeno y el píloro hacia adentro, el ángulo hepático del colon hacia abajo; el riñón hacia atrás y la vesícula biliar y los canales biliares por debajo del hígado hacia arriba.

Caso necesario, puede seccionarse el recto del abdomen y aún mismo prolongarse la laparotomía hacia adentro hasta alcanzar la línea media.

Mediante esta incisión se puede operar: vías biliares, duodeno, píloro, gastroenterostomía, quistes y abscesos de la cara superior é inferior del hígado. (*Anales del Instituto Modelo de Clínica Médica*, Buenos Aires, Julio-Diciembre de 1918.)

3. Indicaciones operatorias en la liatiasis bilateral, por el profesor José A. Presno.—Estudia la frecuencia relativa de la calculosis bilateral, y respecto de las indicaciones operatorias, deduce el autor las siguientes conclusiones:

1.^a Sobre la necesidad de hacer en la liatiasis urinaria radiografías completas, totales, si se quiere obtener de este excelente medio de diagnóstico todo el beneficio posible. En nuestro caso, el cálculo silencioso del riñón izquierdo no fué descubierto sino por este proceder.

Es la radiografía la que ha venido á demostrar la frecuencia de las diversas formas de liatiasis bilateral, en muchos casos en que los cálculos no se revelaron clínicamente sino en un solo lado, contrariamente á la opinión sustentada por Dean Bevan de que á la inversa de la liatiasis biliar, la liatiasis renal nunca dejaba de revelar sus síntomas.

2.^a Que el precepto de Albarrán y de Legueu de operar la liatiasis bilateral primeramente del lado más sano, si es indiscutible para la doble calculosis renal, no lo encontramos justificado en la calculosis bilateral reno-uretral; porque aquí, la extracción del cálculo detenido en el uréter es la indicación más urgente.

3.^a El drenaje por la pelvis renal, ó pielostomía, poco generalizado, es un tratamiento simple que cura sin dejar fistulas, y que como su preliminar operación, la pielotomía, que preconizamos en nuestro último Congreso Médico para el tratamiento quirúrgico de la nefrolitiasis, respeta la integridad del parénquima renal. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, Febrero, 1919.)

EN LENGUA EXTRANJERA

4. La raquianestesia general por novacaína (vía lumbar), por V. Riche (*Presse Médicale*, 28-IV-1919, pág. 225).—El autor hace notar el progreso que la raquianestesia supone para la cirugía, limitada al principio en altura á las espinas pubianas, pero posible hoy como método de anestesia general, todavía no muy generalizado á pesar de las publicaciones de Jonnesco y de Filiaire.

Se debe ello probablemente á los inconvenientes de ambos métodos: el primero expone á la herida de la médula cervical y á la impregnación toxica de los centros bulbares vecinos. El segundo utiliza la cocaína, de elevada toxicidad.

El autor después de un estudio experimental en animales se ha decidido á emplear la novocaína que parece menos tóxica que la estovaina y que la cocaína.

La dosis determinada por tanteo es de dos miligramos de novocaína por kilo, es decir, un centigramo de medicamento por cada cinco kilos de peso del enfermo.

La técnica es la siguiente: enfermo purgado la antevíspera de la intervención. La víspera por la noche, lavado intestinal. Dos horas antes de la operación (cuando ésta no ha de radicar en el tubo digestivo), un tazón de líquido: caldo, café, café con leche ó chocolate.

Media hora antes de la operación inyección subcutánea de un centigramo de morfina y 2 c. c. de aceite alcanforado al 20 por 100.

El instrumental es el de Tuffier: jeringa de Strauss Collin de 2 c. c., aguja fina de bisel corta de 7 centímetros de longitud. Esterilización por ebullición en agua pura.

Se emplean soluciones de novocaína al 8 por 100. Formalmente proscrita la asociación con adrenalina. Asepsia usual de la región (lavado con alcohol, éter). Punción en el segundo espacio (ó mejor en el primero) lumbar.

Se dejan salir, recogidos en probeta graduada, de 10 á 25 c. c. de líquido cefalorraquídeo, según su tensión. Inmediatamente se inyecta la solución anestésica muy lentamente (un centigramo por minuto). Para realizar mejor la mezcla del anestésico con el líquido cefalorraquídeo, es conveniente aspirar éste varias veces en el curso de la inyección.

Terminada la inyección, decúbito supino, cabeza muy baja. La anestesia general ó existe ya ó se completa al cabo de unos minutos.

En 60 casos de raquianestesia general, sólo en 3 ó 4 de los primeros no se obtuvo éxito, quedando limitada la zona anestesiada por debajo de las clavículas.

La duración de la raquianestesia general varía de treinta minutos á una hora y media.

Accidentes.—En 4 casos, seminarcosis. En 3 casos, molestias respiratorias pasajeras. En 14 casos, á la media hora de la inyección palidez, tendencia al vómito, náuseas, constantemente lentitud de pulso, que si persiste debe ser tratada con inyección de cafeína.

Accidentes tardíos. Raquialgia que dura dos días, cefaleas, vómitos persistentes (dos casos) y retención pasajera de orina (dos casos).

La raquianestesia general parece, pues, el método de elección en aquellos casos en que una anestesia general es necesaria en enfermos particularmente débiles. Puede substituir con ventaja al cloroformo y al éter.—*Banús.*

5. Drenaje parafinado.—Soresi, en el *Policlínico*, de Roma (Diciembre, 1918), no duda en calificar este método de nuevo principio de drenaje en la cirugía. Está basado en el hecho que la parafina no ejerce afinidad sobre ninguna otra substancia y no es afectada por los flúidos orgánicos. Su nombre *parum affinis* sugiere esta idea. Una mecha de gas, impregnada de parafina y llevada á la profundidad de una herida, se mantiene separada de los tejidos y flúidos dejando siempre un espacio libre entre ella y los tejidos y flúidos. Este espacio, ayudado por la gravedad, es siempre suficiente para el más amplio desagüe de las secreciones de las heridas. No son necesarios tubos ni ningún otro dispositivo. Tres años de experiencia con las heridas de la guerra le han demostrado que en absoluto, sin excepción, toda cantidad de flúido de secreción que pueda formarse en una he-

rida es desaguada por el método de la gasa parafinada. Cualquier parafina sirve. Calienta una cubeta de fotografía que contenga agua sobre una lámpara de alcohol. Una cubeta más pequeña colocada sobre la mayor tiene la parafina y una delgada mecha de gasa ó de lienzo, mantenida en suspensión por sus dos extremos y se la hace deslizar varias veces sobre la fundida parafina hasta que se impregne bien. Si se emplea una gasa muy ordinaria puede doblarse antes de sumergirla en la parafina. La mecha puede sumergirse más de una vez si así se desea. Después se sumergen los dos extremos que antes no fueron introducidos en la parafina fundida. En parafina se pueden sumergir también hilos, vendas de gasa y tubos que pueden así ser recubiertos de parafina y emplearse en usos y según indicaciones especiales. Otro medio de emplear la parafina es verter la misma parafina fundida directamente en la herida. Penetra en los abscesos más profundos y aglutina el pus y los cuerpos extraños libres, mientras el desagüe continúa á su alrededor y la parafina caliente ejerce una acción estimulante sobre los tejidos. Soresi da ilustraciones para aclarar la técnica sencilla de este método y las ventajas que pueda tener sobre otros métodos de desagüe. Recomienda se utilice la ayuda de la gravedad.—*P. M.*

OTORRINOLARINGOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Las vegetaciones adenoides en la etiología de la tuberculosis, por el Dr. Antonio Martín Calderón.—En una comunicación presentada al Congreso Nacional de Medicina, recientemente celebrado en Madrid, el autor recoge unas observaciones de su práctica, y de su estudio deduce las siguientes conclusiones:

1.ª Que las vegetaciones adenoides constituyen mecánica y funcionalmente una causa posible de tuberculosis.

2.ª Que esta etiología no se ejerce de una manera directa sino por la aptitud en que colocan al organismo para tuberculizarse.

3.ª Que á la vista de un adenoideo debemos extirparle las vegetaciones, toda vez que los riesgos operatorios son insignificantes con relación á los que su permanencia puede acarrear.

4.ª Que esta extirpación debe hacerse siempre sistemáticamente aun cuando el estado del niño parezca una contraindicación (siempre y cuando que la edad del mismo nos antorice para ello).

5.ª Que en presencia de un niño que se nos aparezca con un ligero retardo nutritivo debemos explorar siempre el estado de su amígdala faríngea para en todo caso poder intervenir y combatir la afección general subsiguiente á su hipertrofia en todas las ventajas que proporciona una terapéutica temprana y bien dirigida; y

6.ª Que cuando nos encontramos ante un caso de coexistencia de vegetaciones y tuberculosis, siempre debemos extirpar primero aquéllas para luego poder combatir éstas en un organismo al que por lo menos ponemos en condiciones de integridad para que, cooperando á su defensa, haga más útil nuestra labor. (*Archivos Españoles de Pediatría* Madrid, Abril 1919.)

2. Albuminurias consecutivas á las intervenciones en las fosas nasales y su interpretación clínica, por el doctor José María Barajas y de Vilches.—Estudia el autor la frecuencia con que se presenta la albuminuria en los casos de intervención en las fosas nasales y deduce las conclusiones siguientes:

1.ª La albuminuria consecutiva á las intervenciones en las fosas nasales se presenta muy frecuentemente.

2.^a Se presenta exclusivamente cuando las intervenciones recaen en la pared externa de las fosas nasales, no habiéndola observado ninguna vez cuando la intervención recaía en la pared interna.

3.^a Debemos siempre que actuemos en un enfermo que requiera ser intervenido quirúrgicamente ó cauterizado en sus fosas nasales, investigar la presencia de albúmina en su orina, sobre todo durante las veinticuatro horas que siguen al tratamiento.

4.^a Las observaciones practicadas en casos vistos anteriormente nos permitirán formular un buen pronóstico, á pesar de que coincida dicha albuminuria con síntomas alarmantes generales.

5.^a La patogenia de esta albuminuria consiste en un acto reflejo, que partiendo de la pituitaria termina en el riñón por intermedio de los diversos centros nerviosos, principalmente la medula oblongada en unión del aparato vascular.

6.^a El hecho de presentarse este síndrome, no sólo en los cauterizados, sino también en los turbinectomizados, permite desechar las antiguas teorías que suponían al estímulo que actúa sobre los centros nerviosos, ser producido por una substancia química elaborada en el lugar de la cauterización. (*La Medicina Ibero*, Madrid, 24 de Mayo de 1919.)

RADIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La termopenetración (diatermia) y sus aplicaciones clínicas, por el Dr. Luis Cirera Salse.—He aquí las conclusiones de la ponencia que sobre este asunto presentó en el Congreso Nacional de Medicina, últimamente celebrado en Madrid, el Dr. Cirera, de Barcelona:

1.^a La termopenetración (diatermia), es una de las modalidades de las corrientes de alta frecuencia descubiertas por Arsonval, Tesla y adaptadas á la Medicina por Arsonval, siendo Bernd, Doyen, Nagelschmidt, Preyss y Zeineck los primeros propagadores.

2.^a Su gran producción térmica les ha dado un ancho campo de aplicaciones clínicas, tanto en Medicina como en Cirugía.

3.^a La acción curativa del calor es bien conocida en Medicina y apreciada como de gran valor; en la termopenetración la acción del calor va realizada por producirse en la intimidad misma de los procesos morbosos que se trata de combatir.

4.^a Sería, no obstante, una equivocación el atribuir solamente la acción curativa al calor desarrollado; pues, además, la termopenetración atenúa los cultivos microbianos, es microbicida, exalta las defensas orgánicas, aumentando los anticuerpos, y es analgésica á más de la analgesia que produce el calor.

5.^a La Cirugía aprovecha su acción térmica para la destrucción de los tejidos, haciendo posible intervenir casos inoperables por otros medios.

6.^a Con el procedimiento bipolar se pueden intervenir con ventaja pequeños procesos de la nariz, boca y demás cavidades naturales.

7.^a Por el procedimiento subdérmico se pueden destruir procesos profundos, respetando la parte superficial si no está afectada. (*Terapia*, Barcelona, 15 Mayo 1919.)

BIOLOGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Sobre los procedimientos biológicos de diferenciación específica de carnes y leches, por Juan Castro y Valero y Tomás Campuzano é Ibáñez.—He aquí las con-

clusiones que los autores establecen en su notable ponencia presentada al Congreso Nacional de Medicina:

1.^a La precipitación es un buen procedimiento biológico para la diferenciación específica de albúminas animales, principalmente de carnes.

2.^a La anafilaxia es procedimiento biológico más factible que la precipitación para la diferenciación específica de albúminas animales, aun en exigua cantidad, principalmente de leches.

3.^a La fijación del complemento es procedimiento biológico utilizable para la diferenciación específica de albúminas animales, principalmente de carnes frescas y conservadas por desecación; pero no es utilizable en la diferenciación específica de las albúminas animales conservadas por el calor y por antisépticos ó en incipiente estado de alteración; y

4.^a Para certidumbre en la diferenciación específica de las albúminas de carnes y de leches, se deberá recurrir, si fuera posible, á los tres conocidos procedimientos biológicos (*Revista de Higiene y Sanidad pecuarias*, Mayo, 1919.)

HIGIENE

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. ¿Se puede intentar la profilaxis del cáncer?, por Agustín Sánchez Lozano.—Estudia las teorías histogenéticas de producción del cáncer, especialmente la de Schleich, y deduce el autor las siguientes conclusiones:

1.^a Que no debemos conformarnos con decir que la causa hace que una célula epitelial entre en proliferación exagerada y engendre un epiteloma que se desconoce, sino que es necesario tratar de explicarla de alguna manera, y á ello deben ir encaminados todos nuestros esfuerzos.

2.^a Que es probable, por lo anteriormente dicho, que la citada causa, en vez de residir en la secreción interna del hígado, como la hacen suponer algunos autores, resida en la secreción interna de las glándulas genitales (secreción interna del ovario para la mujer y del testículo para el hombre), y sea tal vez producida por un desequilibrio de la citada secreción.

3.^a Que dependiendo nuestra ignorancia sobre este punto de la pobreza de conocimientos de la química biológica, es de desear vivamente que ésta llegue á descubrir un procedimiento por medio del cual pudiéramos, no sólo determinar la naturaleza de las hormonas, diferenciando las unas de las otras, sino llegar á determinar el número de cada una de las distintas especies para que pudiéndonos servir de comparación los casos patológicos con los normales, ver el desequilibrio producido, así como también ver los límites de ese desequilibrio.

4.^a Que el conocimiento de la causa íntima de la hiperproducción epitelial traería como consecuencia la resolución de un problema de gran importancia para la Higiene, pues consecutivamente podrían establecerse medidas profilácticas apropiadas.

5.^a Que no sólo quedarían resueltos problemas de orden higiénico, sino que también quedarían resueltos de un modo satisfactorio los de orden terapéutico, teniendo en cuenta que el tratamiento precoz de las neoplasias va siempre acompañado del más lisonjero éxito. (*Revista de Especialidades Médicas*, Madrid, 20 Mayo 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.

Nuevas esperanzas.

Como consecuencia del pequeño artículo que en nuestro número anterior nos permitimos dirigir al presidente del Consejo de Ministros Sr. Maura, autor de la Instrucción general de Sanidad, tuvo al día siguiente de su aparición una entrevista con dicho señor nuestro director Dr. Cortezo. Que la entrevista fué cordial y afectuosa, es inútil que lo digamos dada la cordial y bien probada amistad que entre ambos interlocutores media, y que el Sr. Maura recibió con simpatía y atención las calurosas demandas del Sr. Cortezo, es también de suponer, dadas las condiciones y las perseverantes y bien demostradas disposiciones de ambos señores en favor de la clase médica rural.

En cuanto á lo que podamos pronosticar como resultado de estas buenas disposiciones y de lo que los acontecimientos políticos consientan, nada nos atrevemos á decir, pues no somos partidarios de formular augurios que no esté en nuestra misma mano realizar. Esperemos una vez más y pronto veremos lo que haya podido conseguirse.

Imágenes y sacristanes.

Son las imágenes representaciones materiales de cosas respetables ó santas; símbolos ó emblemas de ideas más ó menos abstractas y espirituales, que infunden recogimiento, veneración ó al menos respeto en las personas devotas, que llegan á identificar en el retrato material el alto concepto representado.

Es cosa por sabida proverbial que los individuos dedicados al cuidado, limpieza y ornamentación de estas imágenes, llegan con el tiempo á no ver de ellas más que lo material y convencional, adquiriendo familiaridad tal que, si no olvidan, disminuyen el respeto á lo simbolizado.

Quiere esto decir que el ejercicio diario profesional embota en cierto modo el efecto fascinador é impositivo de las cosas más respetables, y traémoslo á cuento, á propósito de la soltura y ligereza con que algunas veces nuestros jurisconsultos, jurisperitos y hombres de toga tratan los Códigos, las leyes y las disposiciones en que se contiene y encarna como derecho positivo el ideal inmanente de la justicia.

Lo que para un médico, un ingeniero ó un industrial sería desacato y sacrilegio, no pocas veces es para aquellos señores cosa baladí y de poco momento. Un artículo de la Constitución del Estado, una ley del Reino, un capítulo del Código civil ó del penal, una sentencia del Tribunal Supremo producen tan impositivo

y religioso efecto en la generalidad de los ciudadanos que toman en serio sus deberes de tales, que es muy difícil que cuando ellos están llamados á moverse en esferas más ó menos modestas de administración ó de gobierno, dejen en sus iniciativas de seguir las pautas y los trámites legales en sus actos y en sus proyectos de reforma.

No hacen con ello sino cumplir deberes elementales; pero es el caso que no suelen darles el ejemplo los que por el hábito del manejo diario de tales Códigos y leyes han adquirido con ellas envidiable confianza.

Lo que á diario venimos diciendo respecto á la falta de cumplimiento de las disposiciones administrativas referentes al ejercicio de la profesión médica, particularmente con relación á los médicos municipales, es buena demostración de nuestro aserto, amén de la facilidad con que acólitos de no tanta cuantía como los alcaldes y secretarios llegan á imitar la despreocupación de los directores generales y de los ministros.

Pero dejando por hoy este aspecto de la cuestión, hemos de señalar un ejemplo de no ser proposición sistemática ni fácil ingeniosidad lo que venimos diciendo.

Nos referimos al discutido decreto del Sr. Silió acerca del régimen autonómico en las Universidades. De que esta real disposición modifica ó pone en olvido los preceptos de la ley de Instrucción pública de 1857 no creemos que á nadie, ni siquiera al Sr. Silió, pueda caberle duda; pero este olvido lleva en sí la indulgencia que inspiran los precedentes, y aunque no los aprobeamos no hemos de negar que son tan numerosos los que á nuestra memoria acuden que nos quitan toda energía para la censura del caso actual. Una ley del año 57 manoseada por tantos ministros, pasada por tantos parlamentos, modificada por tantos decretos-leyes y conculcada por tantas disposiciones gubernativas de varia y desigual categoría, no es ya imagen que inspire mucha devoción ni infunda gran respeto. Confesamos que no tenemos valor ni para defender ni para censurar el procedimiento de su conculcación.

Pero hay cosas que hasta ahora venían siendo intangibles y respetadas y debieran seguir siéndolo principalmente para los hombres de administración y para los que por antonomasia se llaman letrados. Tal el Código civil y tal la ley de Administración y Contabilidad de la Hacienda pública que apenas cuenta con doce años de antigüedad y que fué elaborada y sancionada de común acuerdo por los diferentes partidos políticos con objeto de formalizar y encauzar el régimen de la economía nacional. Desde los ordenadores de pagos al tramitar las cuentas, hasta los Parlamentos al elaborar los presupuestos, todos los funcionarios de la Adminis-

tración, del Gobierno y de la Representación nacional venían sometiéndose sin protesta y con convencimiento á sus preceptos. En uno de éstos se determina la prohibición de las cajas especiales; pues bien, en el Decreto que empezamos á comentar se autoriza á los claustros universitarios para que haciéndose cargo de un ingreso del Tesoro público, como lo es el importe de las matrículas de estudios, ingreso que hasta ahora venía significando correspondencia con los gastos de personal y material de la enseñanza, lo distribuyan los mismos claustros en dos partes, la una en la adquisición de láminas intransferibles que vendrán constituyendo el tesoro universitario, y la otra mitad para que las Facultades respectivas hagan de ellas no sabemos si este mismo empleo ó el que les plazca, según las necesidades á que crean que deben atender. ¿Se quiere una *caja más especial* que ésta? ¿En qué otro ramo de la administración financiera se establece semejante contabilidad particular para separar ingresos de ingresos y distribuir gastos al buen arbitrio de funcionarios, que son pagados por el Tesoro público, aparte de tales consignaciones? No creemos que las Cortes dejen de fijar su atención en esto *cuando se les dé de ello cuenta*, como generosamente promete hacerlo el señor Ministro, no haciendo sino cumplir un trámite obligado por el que estos Reales decretos refrendados en las épocas interparlamentarias deben pasar.

Tampoco esperamos que se deje sin discusión y aprobación parlamentaria, la modificación que en el Código civil supone el párrafo del Real decreto en el que, hablándose de los recursos de las Universidades, se consigna entre ellos *los bienes de los catedráticos muertos ab intestato y sin parientes hasta sexto grado*. Lo que nuestro Código civil dispone respecto á tales bienes de catedráticos ó de otros ciudadanos, es que ingresen en el Tesoro público y que sean destinados á beneficencia ó á instrucción gratuita, fijando el orden de su aplicación: primero á la Beneficencia y enseñanza gratuita del municipio del difunto, después á iguales atenciones de la provincia, y por último, á las análogas de la Beneficencia general y la Enseñanza superior. Es decir, que las Universidades, según este artículo del Código, representan herederos de tercer grado y mancomunados con la Beneficencia, y el señor Ministro, experto letrado, las hace pasar por un Real decreto á herederos únicos en primer grado (1). ¿Puede esto hacerse? A los que no somos abogados nos parece que no, y lo mismo creemos que les parecerá en cada caso particular á los señores abogados que representen los intereses contrarios, con lo cual cada caso particular dará lugar á un semillero de litigios que llegarán hasta el Tribunal Supremo y que

éste en su alta sabiduría resolverá seguramente en contra de las Universidades.

Si nos propusiéramos hacer un estudio de detalle al través de las diferentes disposiciones que la referente á la autonomía universitaria encierra, veríamos como se encuentra confirmada nuestra aserción de que el desenfado y la familiaridad con que proceden los ministros letrados son para causar asombro á los que tomamos en serio los Códigos y disposiciones legislativas y guardamos hacia ellas un respeto que, por lo visto, no infunden á los que tienen por oficio su presentación y su aderezo.

Hasta aquí van nuestras consideraciones puramente encaminadas al aspecto estrictamente jurídico del inesperado Real decreto; sin que sean ellas las únicas de esta índole que sin ser jurisperitos nos permitimos hacer, omitiendo muchas otras de no tan alta cuantía; pero si entráramos en lo que pudiéramos llamar lo práctico y viviente del régimen que trata de establecerse, tendríamos que ser tan largos y prolijos que cansaríamos á nuestros lectores, sin lograr persuadir al señor Ministro, á que antes de poner manos en asuntos en que hay acopiada tanta experiencia, es necesario tenerla ó adquirirla, por el estudio de la ajena ó vivida como propia. Cada una de las disposiciones complementarias de la disposición ministerial que examinamos, ha sido, ora por unos, ora por otros, intentada ó ejecutada y los frutos obtenidos no justifican, ni con mucho, las soluciones dadas por el Sr. Silió. De buenas intenciones está, como el infierno, empedrada la *Gaceta*, y ni en el uno ni en la otra se obtienen buenos resultados, ni las más de las veces expiación de los errores.

Decía Arias Montano: «No bastan leyes solas, ni ser uno letrado de leyes, que por la mayor parte, los que no han estudiado más que leyes son *rudes in ceteris publicis et privatis rebus*»

C.

Colegio del Príncipe de Asturias para huérfanos de médicos.

En las reuniones últimas que viene celebrando esta benéfica Institución se han tomado acuerdos que complacerán seguramente á todos nuestros compañeros.

Dado el estado de fondos recaudados y los gastos de instalación y mueblaje ya hechos y en vías de ultimarse, el Colegio se abrirá en el próximo mes de Julio y a ser posible en los primeros días. Se ha preferido esta fecha con objeto de que los niños y niñas vayan adaptándose á la vida interior antes de comenzar la enseñanza en los primeros días de Septiembre.

Entre las numerosas instancias presentadas, no se ha dado otra preferencia que á los huérfanos de padre y madre en primer lugar, y en segundo á los de padre que tengan edad inferior á diez años, para lo cual se les ha clasificado cuidadosamente hasta por días. Con ellos se completa el número de 100 (50 de cada sexo) que son los que consiente el actual local, si han de estar con la holgura y condiciones higiénicas apetecibles. La lista nominal de los admitidos se publicará en los periódicos médicos en breve, y los comprobantes de las razones de la admisión estarán en la Secretaría y Dirección á la disposición de los que quieran examinarlos.

(1) Art. 956 del Código civil.—A falta de personas que tengan derecho á heredar conforme á lo dispuesto en las precedentes secciones, heredará el Estado, destinándose los bienes á los Establecimientos de beneficencia é instrucción gratuita, por el orden siguiente:

- 1.º Los Establecimientos de beneficencia municipal y escuelas gratuitas del domicilio del difunto.
- 2.º Los de una y otra clase de la provincia del difunto.
- 3.º Los de beneficencia é instrucción de carácter general.



El Patronato ha puesto empeño en que la manutención, vestuario y educación de los niños sea lo más perfecto posible, como corresponde á hijos de hombres de carrera y que han de ser á su vez personas dignas de sus padres y de la clase á que éstos han pertenecido.

No se quiere que esta Institución sea un asilo, sino un colegio gratuito en el cual puedan tener los educandos los mismos cuidados que hubieran tenido en su casa.

El cuidado y asistencia del establecimiento está confiado á las Siervas de San José, comunidad que tiene también encargada la del Colegio de Huérfanos de la Armada, colaborando en la enseñanza los profesores de instrucción primaria (por ahora) que sean necesarios.

El suspirado sueño es ya una realidad. A los médicos todos compete ahora el que el sostenimiento y la continuación del empeño llevado á cabo por algunos hombres generosos, no decaiga y se desorganice. Cada médico español debe considerarse como patrono y agente de la obra de caridad que será agradecida con ternura por sus compañeros muertos.

Las actas detalladas, las cuentas y demás documentos se publicarán puntualmente. Se envían gratuitamente reglamentos á quien los pide y se ruega á los médicos de Madrid y á los de provincias que se hallaran de paso que visiten el Colegio cuyo acceso es libre para todo el mundo.

No se verificará inauguración solemne y los niños irán ingresando por grupos de á diez en días sucesivos para dar lugar á los mejores cuidados necesarios en su ingreso.

EL PAGO DE LOS TITULARES

Sentencia importante.

Como prometíamos en nuestro número anterior, á continuación copiamos íntegra la sentencia dictada por la Audiencia de Granada en 27 de Enero de 1919 y que publicó la *Gaceta* de 27 de Mayo del año corriente.

D. Mariano Alonso Calatayud, Magistrado de Audiencia provincial y Secretario de Sala de esta Territorial.

Certifico: Que en los autos seguidos en esta Audiencia á instancia de D. Jaime Ors y Ortega contra D. Aureliano González Anaya, como alcalde del Ayuntamiento de Iznatoraf, sobre responsabilidad civil, se ha dictado por la Sala de lo Civil de esta Audiencia la siguiente

Sentencia número 16.—En la ciudad de Granada, á 27 de Enero de 1919; en la demanda de responsabilidad civil deducida ante este Tribunal á nombre de D. Jaime Ors y Ortega, médico y cirujano, vecino de Iznatoraf, representado por el procurador D. Rosendo Rivas y defendido por el letrado D. Guillermo García Valdecasas, contra D. Aureliano González Anaya, en concepto de alcalde presidente del Ayuntamiento de Iznatoraf, que no ha comparecido; habiéndose entendido en su virtud en cuanto al mismo la tramitación con los Estrados del Tribunal:

Resultando que con fecha 3 de Enero de 1918 y ante este Tribunal, por el procurador D. Rosendo Rivas López, en nombre y con poder de D. Jaime Ors y Ortega, con dirección de letrado, se dedujo demanda de responsabilidad civil contra el D. Aureliano González como alcalde del citado Ayuntamiento, alegando substancialmente como hechos que el demandante, á virtud de contrato celebrado con el Ayuntamiento de Iznatoraf de 25 de Diciembre de 1907, viene siendo médico titular de dicho pueblo, y siendo alcalde de dicho

Ayuntamiento el D. Aureliano González se le dejó de abonar por éste la mensualidad de Diciembre de 1915 y las de Abril, Mayo, Junio y Julio de 1917; que en 4 de Agosto de 1917 el Sr. Ors y Ortega formuló escrito ante la Alcaldía, del que acompañaba el duplicado, reclamando de ella el pago de sus haberes devengados y no satisfechos en debido cumplimiento al contrato y como obligada exigencia de lo establecido en el art. 4.º del Real decreto de 18 de Abril de 1917; que con igual fecha el Sr. Ors y Ortega formuló también escrito á la Alcaldía en cumplimiento de lo establecido en el art. 11 del Reglamento de 23 de Septiembre de 1904, dictado para la aplicación de la ley de 15 de Abril del mismo año, para responsabilidad de funcionarios públicos en preparación de la oportuna demanda de responsabilidad, escrito del que acompañaba duplicado, en el que se cita concretamente el precepto legal infringido con tales hechos por la Alcaldía, consignando los hechos y fundamentos de derecho que se estiman como base de la reclamación formulada y en el que se hace el anuncio y protesta de formular la demanda de responsabilidad civil, y que el citado alcalde D. Aureliano González, que lo había sido hasta el 1.º de Enero de 1918, no sólo no había atendido tan reiteradas y legítimas reclamaciones, negando injustificadamente y con infracción manifiesta de claros y terminantes preceptos legales el abono de las mensualidades reclamadas, sino que durante todo el tiempo posterior en que siguió siendo alcalde, hasta 1.º de Enero de 1918, no abonó ni una sola mensualidad al demandante, debiéndose, por tanto, del tiempo en que dicho señor fué alcalde, á más de Diciembre de 1915, desde Abril á Diciembre de 1917, inclusive; invocando como fundamentos legales el art. 1.254 del Código civil, el 1.256 del mismo Código, el Real decreto de 10 de Abril de 1907, el art. 4.º del Real decreto de 18 de Abril de 1917, art. 1.º de la ley de 5 de Abril de 1905, los artículos 2.º, 3.º y 6.º de la misma ley, los artículos 3.º y 11 del Reglamento de 23 de Septiembre de 1904, y concluyeron solicitando que en definitiva y previa la tramitación correspondiente, se sentenciase condenando á D. Aureliano González, por la responsabilidad contraída como alcalde de Iznatoraf, á abonar al demandante el importe de las mensualidades reclamadas que ascienden á 1.100 pesetas líquidas, con más los perjuicios representados por el interés legal de su importe á partir de la reclamación formulada, acompañándose á dicha demanda los duplicados de los escritos dirigidos por el D. Jaime Ors y Ortega al alcalde-presidente del Ayuntamiento del pueblo de Iznatoraf en 4 de Agosto de 1917, de los que se hace expresión de los hechos:

Resultando que admitida la demanda y conferido traslado de la misma, con emplazamiento y entrega de las correspondientes copias al demandado para que se personara ante este Tribunal en el término de nueve días por medio del procurador debidamente apoderado, practicado el emplazamiento, transcurrió el término señalado al demandado, sin personarse éste en las actuaciones, por lo que, á instancia del demandante, le fué acusada la rebeldía, continuando, por virtud de ello, la tramitación en cuanto al mismo, con los Estrados del Tribunal:

Resultando que recibidas á pruebas las actuaciones, por la parte demandante se propuso la documental, consistente en aportar varias certificaciones por la Alcaldía de la villa de Iznatoraf, y admitida dicha prueba y entregada al demandante la correspondiente carta orden, no fué posible á

SIL-AL

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

dicha parte que se le expidieran, á pesar de los requerimientos hechos por actas notariales al secretario y actual alcalde presidente de aquel Ayuntamiento, este último que dijo ser cuñado del demandado, por afirmarse no se habían podido terminar por tener que acudir al despacho de expedientes de quintas y á otros muchos asuntos de importancia y urgencia que no admitía aplazamiento:

Resultando que concluso el término probatorio y unidas las actuaciones á los autos, se mandó proceder, á la vista de los mismos, con citación de las partes, y transcurrido el término legal sin pedirse vista pública, por acuerdo de esta Sala, y para mejor proveer, se libró la correspondiente carta orden al Juzgado, á virtud de la cual se han aportado á las actuaciones certificados expedidos por el Ayuntamiento de Iznatoraf, de los que constan que desde el 4 de Abril al 31 de Diciembre de 1917 se han decretado y hecho efectivos por el alcalde que fué en aquel período de tiempo, D. Aureliano González Anaya, libramientos importantes 15.089 pesetas con veintidós céntimos, sin que entre dichos pagos exista ninguno á favor de D. Jaime Ors y Ortega; que examinados los antecedentes de la contabilidad de aquel Municipio relativos á los años 1917 y 1918, no consta que por la Alcaldía de aquella villa se haya abonado á D. Jaime Ors y Ortega los haberes que como médico titular de aquella localidad le correspondieron en los meses de Abril á Diciembre de 1917; que durante el expresado período de tiempo, ó sea desde Abril á Diciembre de 1917, desempeñó el cargo de alcalde presidente de aquella villa D. Aureliano González Anaya, y que, según resulta de los documentos obrantes en el Archivo, D. Jaime Ors y Ortega viene siendo médico titular de aquella villa á partir del 25 de Diciembre de 1907, con la retribución anual de 1.500 pesetas, que se consignan en los respectivos presupuestos municipales, de la que corresponde mensualmente á dicho señor 125 pesetas:

Resultando que en la sustanciación se han observado las prescripciones legales:

Siendo ponente el magistrado D. Francisco Esteban García:

Considerando que el art. 1.254 del Código civil dispone que el contrato existe desde que una ó varias personas consienten en obligarse respecto de otra ú otras á dar alguna cosa que presten algún servicio, como se obligó el médico hoy demandante D. Jaime Ors á prestar sus servicios profesionales en 1907 al pueblo de Iznatoraf, y el Ayuntamiento, en compensación, á retribuirle con 1.500 pesetas al año, correspondiendo 125 á cada mes, que parece es como se le abonaban:

Considerando que el art. 4.º del Real decreto de 18 de Abril de 1917 previene que los médicos y farmacéuticos titulares á quienes no se satisfaga el sueldo convenido pueden dirigir instancias al alcalde correspondiente, á partir del siguiente día al en que venza el plazo estipulado para el pago en abono por el Ayuntamiento. Si el alcalde dentro del plazo de quinto día, que debe contarse á partir del en que la instancia se presente, no proveyere, ó su contestación fuera incongruente, evasiva ó negativa, el médico ó farmacéutico titular puede dirigirse, formulando el correspondiente recurso de queja, al gobernador, quien, previa audiencia del Ayuntamiento y del alcalde, resolverá en el plazo de diez días, á contar del ingreso de dicho recurso en el Gobierno civil. La resolución gubernativa será inmediatamente ejecutada bajo la responsabilidad del alcalde, que no podrá librar

ningún pago sin haber hecho efectivo el que fué objeto del recurso de queja:

Considerando que el art. 1.º de la ley de 5 de Abril de 1904 ordena que los funcionarios civiles del orden gubernativo, cualquiera que sea su clase y categoría, desde ministro de la Corona hasta agente de la autoridad, que en el ejercicio de sus cargos infrinjan con actos ú omisiones algún precepto cuya observancia les haya sido reclamada por escrito, quedarán obligados á resarcir al reclamante agraviado los daños y perjuicios causados por tal infracción legal. Iguaes responsabilidades serán exigibles á quienes ejerzan funciones en la Administración municipal ó provincial, designados por el Gobierno, por ministerio de la ley ó por elección popular. La acción para el resarcimiento quedará expedita en cualquier estado del asunto desde que, no obstante la reclamación, se halla consumada la infracción legal por resolución firme definitiva ó de trámite, aunque no se hayan agotado los recursos admisibles. Se entenderá que es firme una resolución cuando no quepa contra ella recurso alguno, aunque esto proceda de no haberse interpuesto en tiempo los que la ley otorga, y, según el art. 2.º del Reglamento para la ejecución de la citada ley, se entienden actos ú omisiones lesivos los realizados con infracción de precepto legal expreso en agravio de un derecho definido en disposición legal y la inobservancia de trámite ó diligencia de substanciación prevenidos por ley ó Reglamentos vigentes, siempre que la acción ú omisión no puedan ser acciones imputables al que se dice perjudicado; y el art. 1.º de dicho Reglamento declara que la responsabilidad civil exigible á los funcionarios á quienes se refiere el art. 1.º de la ley estará limitado al resarcimiento de los daños y perjuicios estimables en el juicio.

Considerando que la retribución del médico de Iznatoraf D. Jaime Ors se incluía todos los años, según certifica el secretario, en los presupuestos municipales:

Considerando que á los alcaldes incumbe publicar, ejecutar y hacer cumplir los acuerdos de los Ayuntamientos, según el art. 114 de la ley Municipal, previniendo el 155 que la distribución é inversión de fondos se acordará mensualmente por el Ayuntamiento con sujeción á los presupuestos, y en el 156 confiere al alcalde la ordenación de pagos:

Considerando que el médico D. Jaime Ors ha dado cumplimiento á lo mandado en el Real decreto de 18 de Abril de 1917 y en el art. 1.º de la ley de 5 de Abril de 1904, requiriendo de pago al demandado y señalando el precepto infringido, como lo acreditan los documentos de los folios 1 y 3, copias de los dirigidos al alcalde de Iznatoraf en 4 de Agosto de 1917, D. Aureliano González, responsable para con el actor de los daños y perjuicios que le causó por omisión lesiva al no librarle las cantidades que, como médico, le correspondían desde Abril á Diciembre de 1917, infringiendo el texto expreso del art. 4.º del Real decreto citado de 18 de Abril de 1917, ascendentes á la cantidad de 1.100 pesetas, con más el interés legal á partir de la reclamación formulada, desde Abril hasta Julio inclusive y los restantes meses de 1917 desde la demanda, que constituyen los daños y perjuicios, artículos 1.106 y 1.108 del Código civil, cantidad no abonada al actor, como se aprende de la certificación obrante al folio 62, donde se dicen no constan antecedentes en los de la Contabilidad del Ayuntamiento de haberse pagado á D. Jaime Ors por el alcalde de Iznatoraf, los meses dichos:

Considerando que los alcaldes ejercen funciones en la Administración municipal, siendo designados por elección po-

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI

que elimina el azúcar á razón de UN gramo por día, fortifica, calma la sed y evita las complicaciones diabéticas.

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras gratis. LABORATORIO PESQUI Prim 25. San Sebastián

pular como concejales y por el cabildo ó por el Gobierno como alcaldes, sujetos por tanto á la ley de 5 de Abril de 1904:

Considerando que la condena al demandado en estos juicios lleva aparejada la imposición de costas, á tenor de lo preceptuado en el art. 13 de repetida ley de 1904:

Vistos los citados, ley de 5 de Abril y Reglamento de 23 de Septiembre de 1904,

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 1.100 pesetas, 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.

Así por esta nuestra sentencia, que se publicará en la *Gaceta de Madrid* y *Colección Legislativa*, definitivamente juzgando, lo pronunciamos, mandamos y firmamos.—*Lorenzo del Fresno. José Luis Arcoleya. Francisco Esteban. Manuel Romero González. Luis María Regife.*

Crónicas.

ESPAÑA

Nuevos consejeros de Sanidad.—La *Gaceta* ha publicado recientemente dos Decretos nombrando consejeros de Sanidad á D. Manuel Durán de Cottes y á D. Antonio Marín de la Bárcena.

Publicación.—Lefda y publicada fué la anterior sentencia por el Sr. D. Francisco Esteban, magistrado ponente que ha sido en estos autos, estándose celebrando audiencia pública en Granada, á 27 de Enero de 1919.—*Mariano Alonso.*

Lo anteriormente inserto es cierto y está conforme con su original, á que me remito.

Y para que conste é insertar en la *Gaceta de Madrid*, extendiendo y firmo la presente, en Granada, á 9 de Abril de 1919.—*Mariano Alonso.*

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,9; mínima, 701,8; temperatura máxima, 26°,2; id. mínima, 10°,4; vientos dominantes, O. SO. N.

Han vuelto á presentarse algunos catarros bronquiales leves y generalizados. Las congestiones pulmonares y de los centros nerviosos también han aumentado en frecuencia, así como los estados asistólicos y las hidropesías en los cardíacos crónicos.

En los niños siguen las anginas tonsilares, las bronquitis benignas y las toses convulsivas,

debiendo decir: «El examen *macroscópico* no puede asegurar un diagnóstico de sífilis».

Aunque el buen criterio de nuestros lectores ya la habría subsanado, hacemos con gusto esta aclaración.

Médicos y enfermos abandonados.—Comunican de Alicante que una Comisión de médicos y practicantes del Hospital provincial ha visitado al gobernador para manifes-

Expedientes de pensión informados por el Real Consejo de Sanidad en sesión de 23 de Mayo de 1919.

PROVINCIA	PUEBLOS	SOLICITANTES	CAUSANTES
Albacete.....	Villamalea.....	Vicenta Soler Pareja.....	Fio Aurelio Valera.
Alicante.....	Pego.....	Maria de la Concepción Genovés Creisach..	Evaristo Cendra Fullana.
Alicante.....	Altea.....	Maria Vallés Devesa.....	Miguel Vallés Sastre.
Almería.....	Vera.....	Natalia Yañez Montes.....	Eduardo Yañez.
Almería.....	Viator.....	Joseta Blanes Sánchez.....	Guillermo Massa Arévalo.
Cádiz.....	Sanlúcar de Barrameda..	Joaquina Barca Márquez.....	Manuel Jiménez Castro.
Ciudad Real.....	Argamasilla de Alba....	Luisa Padilla Parra.....	Angel Pereira Cabrera.
Coruña.....	Santiago.....	Argemira Nine.....	Narciso Carrero Goyanes.
Granada.....	Salobreña.....	Teresa Rodríguez Valenzuela.....	Salvador Villaseca.
Huesca.....	Graus.....	Purificación Vidal Abad.....	José Vidal.
Logroño.....	Alesanco.....	Vitoria Calvo Alonso.....	Eliseo Alvarez Hervás.
Pontevedra.....	Pontevedra.....	Maria Señorans Lores.....	Benito Pazos González.
Tarragona.....	Pingpelat.....	Flora Orús López.....	Francisco Martí.
Tarragona.....	Monblanch.....	José Gomá Gil.....	José Gomá Gil.
Zamora.....	Breto de la Rivera.....	Marcelina Rodríguez Llamas.....	José Bezal Becerra.
Zamora.....	Villamor de los Escuderos.	Cándida Sánchez Juanes.....	Aurelio Perlones Hernández.

NOTA.—En el actual año han sido despachados 69 expedientes de pensión, que con los anteriores suman 85, existiendo otros 14 expedientes para informe de la Sección en la sesión que ha de celebrar el 3 de Junio actual.

Es de alabar la actividad con que el Real Consejo de Sanidad y la Inspección general están procediendo en este asunto. Ya que no nos sea dado el que los médicos titulares tengan aún las consideraciones que les son debidas por parte del Estado, que á lo menos éste no desampare del todo á las viudas y los huérfanos de los que han muerto en el cumplimiento de su deber.

Errata importante.—En el número de EL SIGLO MÉDICO correspondiente al día 10 de Mayo pasado y en el artículo del Dr. José Luis Carrera, titulado «Concepto anatómopatológico moderno de la sífilis», se decía: «El examen *microscópico* no puede asegurar un diagnóstico de sífilis»,

tarle que aquéllos están dispuestos á abandonar el servicio si no se les pagan las mensualidades que les debe la Diputación. También pidieron que se restablezca el servicio de gallinas y huevos, que se daban á los enfermos y que fueron suprimidos hace tiempo, dejando una alimentación insuficiente. El gobernador ofreció atender estas justísimas quejas.

La opinión está indignada contra la Diputación que tiene abandonados á los niños, ancianos y enfermos.

Los periódicos publican varias denuncias sobre este asunto.

Armonías universitarias.—Nos aseguran que en contra de la candidatura del decano de la Facultad de Medicina para representar en el Senado á la Universidad de Madrid, se presenta últimamente la de otro señor catedrático de la misma Facultad. Está visto que la *autonomía* se impone.

PEÑACASTILLO

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

Obra utilísima.—Convencidos de la necesidad y conveniencia de reunir en un breve TRATADO todos los asuntos relativos a la TÉCNICA MÉDICO-FORENSE que a diario se presentan ante los médicos prácticos, hemos encomendado la redacción de obra tan útil al profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid D. Antonio Piga, quien ya hace tiempo la tenía en preparación. Verá, pues, la luz en breve plazo con la de los Sres. Pittaluga y Goyanes, y formando parte de la *Biblioteca selecta de Medicina*.

AMÉRICA LATINA

URUGUAY

Contra el alcoholismo.—La lucha contra el alcoholismo hace grandes progresos en este país, inspirándose en la labor de los doctores Salterain, Etchepare, Rodríguez y otros profesores.

Ha salido para los Estados Unidos, en representación a la Liga antialcohólica en la Asociación Mundial de Templanza, una Comisión de señoras propagandistas.

El Comité de señoras de la Liga contra el alcoholismo ha hecho personalmente entrega al señor presidente de la República, Dr. Baltasar Brum, de una solicitud pidiendo que en todos los banquetes y ceremonias oficiales se prohíba el uso de sustancias alcohólicas. Esta solicitud fué acogida por el señor presidente con verdadero agrado, suponiendo las señoras que lo que se pide, pronto será una realidad.

CHILE

La tuberculosis en Chile.—La Sociedad Médica de Valparaíso ha llamado a concurso a los médicos titulados en la Universidad del Estado para resolver el tema «Tuberculosis en Chile».

Ha recomendado especialmente como puntos de estudio diversas cuestiones pertinentes, expuestas taxativamente en la circular que para aquel fin envió a los profesionales del país a fines del año pasado.

En breve llegarán los Dres. Richard M. Pearce y Harold Austin, ambos profesores de la Universidad de Pensilvania, comisionados por el Instituto Rockefeller, de New-York, para estudiar el estado sanitario y la organización y medios de que dispone el país para combatir moderna y científicamente las enfermedades infecciosas.

Es lo probable que, como en otros países, ese Instituto se encargue de una campaña de saneamiento.

FRANCIA

M. Launay ha presentado a la Sociedad de Cirugía (sesión de 2 de Abril) un clavo de siete centímetros de largo que estaba alojado en el ciego de un «hombre avestruz», el cual en otro tiempo ejerció la profesión de tragarse piedras y clavos. Los últimos ejercicios realizados por el referido individuo datan de hace siete años. Después de algunos meses se resintió en la fosa ilíaca derecha de dolores que hicieron creer en una apendicitis.

Una radiografía reveló el cuerpo extraño. Su extracción fué fácil y seguida de curación.

M. Quénn ha operado un enfermo que ejercía igual profesión y en el que encontró unos 300 clavos aproximadamente mezclados con materias fecales que habían determinado una obstrucción intestinal.

Médicos extranjeros.—La Asociación de Médicos de la Girona ha emitido un voto en virtud del cual se pretende de los Poderes públicos que procedan a una seria revisión de los títulos expedidos a favor de los médicos extranjeros.

Estadística municipal de la ciudad de París.—Se han registrado durante la 26.^a semana 826 fallecimientos en lugar de 890 que se registraron en la semana anterior. El promedio es 837.

La viruela ha causado 3 defunciones en vez de 6 en la semana anterior (el término medio es 0).

La difteria ha ocasionado 6 fallecimientos (el promedio es 3).

El número de muertes producidas por otras enfermedades, viene a ser igual o inferior al corriente.

INGLATERRA

El movimiento de población y la guerra.—Sir Bernard Mallet ha dado en la Royal Statistical Society algunos interesantes datos relativos al número de matrimonios, nacimien-

tos y defunciones ocurridos durante la guerra. Desde Agosto de 1914 hasta Junio de 1917 han contraído matrimonio en Inglaterra 200.000 personas, que no se hubieran casado en época normal. En materia de nacimientos, la cifra normal en el período comprendido entre Mayo de 1915 y Junio de 1918 debía haber sido de 3.500.000, y puede calcularse que no han pasado de 2.950.000; en Alemania debía haber sido de 5.850.000, y será solamente de 3.250.000; en Hungría debía haber llegado a 2.600.000, y no pasará de 1.100.000. Este decrecimiento equivale en el Reino Unido a la pérdida de los nacimientos de seis meses normales; en Alemania, a la de diez y siete meses, y en Hungría, a la de veinticuatro meses.

Respecto al aumento de nacimientos ilegítimos, atribuido a la guerra, pueden comprobarse las siguientes cifras: en 1913 hubo en el Reino Unido 37.909 nacimientos de esa clase; en 1915, 36.245 y en 1916, 37.689.

Una observación curiosa es la de que en tiempo de guerra aumenta proporcionalmente el número de varones que nacen, con relación al de hembras. Von Firks se había dado ya cuenta del fenómeno en el estudio que hizo sobre los efectos en Alemania de las guerras de 1866 y 1871.

La mortalidad infantil ha disminuido, afortunadamente, en los años de guerra. En 1916 la proporción de defunciones de niños en Inglaterra fué de 22 por cada 1.000 nacimientos, lo cual representa una baja de un 19,5 por 100 si se compara con la cifra media del decenio anterior.

Comparada la mortalidad de la población civil inglesa durante la guerra con la de los Imperios centrales, resulta que desde Agosto de 1914 en un solo mes han ocurrido en Londres más defunciones que nacimientos, mientras que en las seis capitales enemigas la única ocasión en que los nacimientos han excedido a las defunciones ha sido en Munich, en Agosto pasado.

ESTADOS UNIDOS

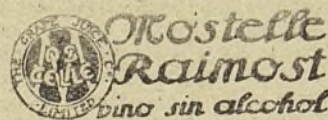
La «lewisita», el veneno más activo.—El *New York Times* habla extensamente del veneno inventado por el profesor Lewis, del servicio de Minas, y al que se ha llamado «lewisita».

De ese veneno, que se fabricaba a razón de tres toneladas diarias al firmarse el armisticio, habría bastado la cantidad transportada por 10 aeroplanos para extinguir en Berlín toda huella de vida animal.

Una sola gota vertida en la mano de una persona penetraría en la sangre, produciendo la muerte inmediata después de horrible agonía.

Hay en Cleveland (Ohio) una fábrica destinada exclusivamente a producir este veneno, que es el más violento conocido hasta hoy. Con la sola producción de un día, sobra para matar a todos los habitantes de Nueva York.

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



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

SOLUCION BENEDICTO

Glicerio-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

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

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