

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

J. DE AZÚA
Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.

L. CARDENAL
Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.

V. CORTEZO
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY
Médico del Hospital General de Madrid.

A. FERNÁNDEZ
Alumno de Medicina.

M. GAYARRE
Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.

F. GONZÁLEZ AGUILAR
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. LOPEZ PRIETO
Ex-Médico-Titular.

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA. Académico de la Real de Medicina.

J. MADINAVEITIA
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

A. MEDINA
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

J. ORTIZ DE LA TORRE
Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.

S. PASCUAL Y RÍOS
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

P. DEL RÍO HORTEGA
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del 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).

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: La tabes y los desórdenes visuales, por el Profesor Fuchs. — Biología y feminismo, por G. Marañón. — Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—El romanticismo de Tolosa-Latour, por el Dr. César Juarros. — Contra la sindicación de la clase médica y en favor de las clases proletarias, por el Dr. Goyanes.—Detención de un médico falso. — Instituto Médico Valenciano.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas.—Vacantes.—Anuncios.

LA TABES Y LOS DESÓRDENES VISUALES

CONFERENCIA LEÍDA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, POR EL PROFESOR FUCHS (DE VIENA) EL MARTES 24 DE FEBRERO DE 1920.

Se abre la sesión y el presidente concede la palabra al Dr. Márquez.

Señores:

El presidente de la Real Academia Nacional de Medicina me hace el honor de encargarme de la presentación del profesor Fuchs. Jamás en caso análogo fué tan innecesaria la presentación de un conferenciante. Ni tampoco tan fácil. Basta, en efecto, con pronunciar su nombre. En los últimos treinta ó cuarenta años la historia de la Oftalmología mundial la llena esta figura ilustre. Profesor de Oftalmología en Lieja desde 1881 y de Viena desde 1885 hasta el 1915 en que á instancias suyas ha sido jubilado para poder recoger y publicar todos sus materiales dispersos, ha publicado durante toda una larga y gloriosa vida dedicada á la investigación y á la ciencia, infinidad de trabajos de mérito excepcional, presentados á Congresos y Academias ó publicados en las revistas oftalmológicas del mundo entero. Su Tratado de Oftalmología, que es sencillamente magistral, y que ha llegado á ser clásico, ha alcanzado 12 ediciones en alemán y ha sido traducido á varias lenguas, entre ellas al español (edición de EL SIGLO MEDICO), el francés, el italiano, el inglés y el japonés.

Su clínica del «Allgemeinen Krankenhaus», en Viena, ha sido durante todo ese tiempo el centro de peregrinación de los oculistas del mundo que acudían atraídos por las valiosas enseñanzas del maestro.

Después de retirado, continúa trabajando y aún tiene tiempo, al llegar aquí, de dar un curso magistral de Anatomía patológica ocular y conferencias interesantes como la de la Sociedad Oftalmológica, en los pasados días, y esta de hoy con la que seguramente ha de deleitarnos.

Y como una tal personalidad no necesita ser presentada y todos estaréis impacientes por oírle, yo le saludo en nombre de esta Real Academia y le agradezco de antemano el que nos honre con su conferencia, disponiéndome como todos á oírle, religiosamente, acerca del interesante tema de las «Relaciones entre la tabes y el ojo». He dicho.

El presidente concede la palabra al profesor Fuchs, que leyó en francés (1) el trabajo siguiente:

«Permitidme, señor presidente y señores miembros de la Real Academia de Medicina, que os dé en primer término las gracias más sinceras por el gran honor que me habéis hecho invitándome á presentar una comunicación á esta ilustre Asamblea, y muy particularmente á mi eminente colega y querido amigo el profesor Márquez por las palabras benévolas y demasiado lisonjeras para mí que acaba de pronunciar.

He creído deber elegir como tema de mi conferencia un asunto no muy de especialista, sino más bien de interés general como este de las *Relaciones entre el ojo y la tabes*. ¡Qué médico no se habrá sentido hondamente emocionado al ver hombres en pleno vigor y gozando en apariencia de una salud perfecta, sustraídos á su vocación y por esto arrojados en la miseria con sus familias á causa de una ceguera fatal!

Esta terrible enfermedad no sobreviene sin síntomas pre-

(1) El Dr. Márquez ha tenido la amabilidad, que le agradezco, de hacer la traducción del mismo.

monitorios, los síntomas iniciales de la tabes, en los cuales vamos en seguida á ocuparnos. Estos síntomas son:

1) *Los síntomas pupilares.*—El más frecuente de ellos es la *inmovilidad refleja* de la pupila, descubierta en 1869 por Argyll Robertson, y por esto designada con tal nombre. La pupila normal reacciona por contracción á la luz y á la convergencia y acomodación. De estos dos actos sólo la contracción á la luz es un acto *reflejo*, es decir, compuesto de la excitación de un nervio centrípeto, el nervio óptico, y de un nervio centrífugo, el óculo motor común, formando entre los dos el arco reflejo. En cambio el otro fenómeno, ó sea la contracción pupilar á la convergencia y á la acomodación, no es un acto reflejo, sino un acto *sinérgico ó asociado*, pues los núcleos del óculo-motor común que presiden á la convergencia, es decir, á los rectos internos, y á la acomodación, ó sea al músculo ciliar y al esfínter del iris, obran á la vez.

En cambio, la dilatación de la pupila bajo la influencia de una excitación sensitiva, sensorial ó psíquica corresponde también á un verdadero acto reflejo, cuya rama centrípeta son los nervios sensibles, la rama centrífuga el gran simpático, al cual se transmite la excitación de los nervios sensibles por el centro cilio-espinal situado en la parte inferior de la medula cervical.

En caso de inmovilidad refleja de la pupila, ésta no reacciona á la luz, mientras que se contrae bien y á veces hasta más que en estado normal con la convergencia y la acomodación. La inmovilidad refleja es uno de los síntomas más precoces y más frecuentes de la tabes, pues existe en el 70 á 80 por 100 de los casos, poco más ó menos, con igual frecuencia que la ausencia del reflejo rotuliano. En casos raros la inmovilidad refleja no se manifiesta más que en un ojo, presentando el otro una reacción normal, ya al ser iluminado directamente, ya al iluminar el otro ojo (reacción indirecta). No hay que contar entre los casos de verdadera inmovilidad refleja unilateral los casos mucho más frecuentes en los cuales está limitada á un ojo porque en el congénere existe una inmovilidad pupilar completa que, por su parte, ha comenzado por regla general con una inmovilidad refleja que ha desaparecido más tarde como tal al añadirse la parálisis de la pupila.

No se conoce hasta el día de una manera segura donde reside la lesión que interrumpe el arco reflejo. A partir desde el ganglio ciliar, por delante, hasta la medula cervical por detrás, se ha creído encontrar la lesión correspondiente. Es lo más probable que se encuentre sobre la vía que siguen las fibras pupilares del nervio óptico para dirigirse á los núcleos del oculomotor común, ó sea en la vecindad del acueducto de Silvio siguiendo probablemente el haz longitudinal posterior.

La inmovilidad refleja se encuentra también en la parálisis general (50 por 100) y en la sífilis cerebral (10 por 100), mientras que es excesivamente rara en otras afecciones nerviosas como la esclerosis en placas, la paranoia, la demencia senil, el alcoholismo, los traumatismos de la medula espinal. La inmovilidad refleja es, pues, un síntoma casi absolutamente seguro de una afección, ya parasifilítica, ya sífilítica, del sistema nervioso.

Para evitar errores de diagnóstico se impone distinguir bien la inmovilidad refleja *aparente* de la auténtica. La primera se observa alguna vez durante el período de curación de una parálisis del nervio motor ocular común. Antes que la motilidad de la pupila se haya restablecido por completo, hay un estado en que la pupila se contrae ya con la convergencia, pero no todavía con la luz. La causa de ello es que la inervación del esfínter asociada á la convergencia es ya en estado normal más fuerte que la provocada por la luz y

puede, pues, por esto, con un nervio debilitado producir la contracción de la pupila en un estadio en que el reflejo luminoso es todavía impotente para hacerlo. Entre estos casos de inmovilidad refleja aparente es preciso contar también muchos casos de contusión del ojo seguidos del fenómeno de Argyll Robertson que han sido observados especialmente por M. Magifot á consecuencia de heridas de guerra. La inmovilidad refleja aparente es de naturaleza transitoria, mientras que la verdadera inmovilidad refleja fabética es permanente.

La *inmovilidad total* de la pupila, que no reacciona ya á la luz ni á la acomodación ni á la convergencia, se distingue de la inmovilidad refleja de una manera fundamental. En ésta la lesión reside en las fibras que reúnen las fibras ópticas con el motor ocular común; en la inmovilidad total es el óculo motor mismo, ya sea el núcleo, el nervio ó sus terminaciones, el que está interesado. Por esto la inmovilidad total está á menudo acompañada de parálisis de la acomodación como en la parálisis completa del óculo-motor común ó como después de la instilación de atropina. En los casos de inmovilidad total tabética la pupila está por lo general dilatada aunque menos que en la parálisis ordinaria del óculo-motor común, porque preexistía de antemano la miosis especial y las pupilas mióticas se dilatan mucho menos que una pupila normal bajo la influencia de una parálisis ó de la atropina. Pero aún así y todo, la pupila con inmovilidad total será más grande que la otra pupila si ésta es normal, y todavía más si se halla atacada de miosis espinal.

Aunque en principio exista una diferencia fundamental entre la inmovilidad refleja y la inmovilidad total, en la clínica los dos síndromes son tan conexos á menudo, que esto explica porqué se les suele confundir en las estadísticas. La razón de ello es que en la tabes la inmovilidad refleja conduce á menudo á la inmovilidad total, de modo que los casos de transición son frecuentes. En otros casos, es cierto, la inmovilidad total se desarrolla de pronto como tal.

En la tabes la inmovilidad refleja es de más de tres veces más frecuente que la inmovilidad total. En la sífilis cerebral la inmovilidad refleja y la inmovilidad total son más raras, existiendo en 10 por 100 de los casos la primera y en un 4 por 100 la segunda.

La otra reacción refleja, la *dilatación* de la pupila á consecuencia de una excitación sensible, sensorial ó psíquica, transmitida por el gran simpático, se conserva en los tabéticos de pupilas normales y falta cuando hay inmovilidad refleja ó miosis. Hay, sin embargo, excepciones á esta regla. El reflejo orbicular, es decir, la contracción de la pupila cuando el enfermo se esfuerza en cerrar el ojo mientras que impedimos que esto se haga sujetando los párpados con los dedos, falta á menudo en los tabéticos, pero también ocurre esto mismo en algunos casos normales, de modo que no tiene valor diagnóstico.

La *miosis* es el segundo síntoma importante de la tabes inicial. Se puede hablar de miosis cuando el diámetro de la pupila es inferior á dos milímetros. Con un estrechamiento excesivo la pupila no es á menudo ya exactamente circular. La miosis se encuentra solamente en los casos con inmovilidad refleja, pero es menos frecuente que ésta, no presentándose más que en medio á un cuarto de los casos de inmovilidad refleja, que en los restantes casos coincide, por lo tanto, con una pupila de dimensiones normales.

Miosis con reacción pupilar normal no se encuentra apenas en la tabes, y se debe en estos casos pensar más bien en una miosis congénita ó senil ó por intoxicación crónica, como por ejemplo, por la morfina. Así como la inmovilidad refle-

ja, la miosis precede á los síntomas atáxicos, á menudo á veces hasta años.

La miosis es debida á una alteración del equilibrio entre el esfínter y el dilatador de la pupila. Podría tratarse de un espasmo del primero ó de la inactividad del segundo. En cuanto al esfínter, no podría admitirse espasmo, porque un proceso degenerativo, como en la tabes, es más apto para producir parálisis que espasmos, y porque en todo caso un tal espasmo no podría persistir durante años, como con la miosis ocurre. Además, en caso de espasmo la miosis debería ceder paso á una dilatación máxima, si el esfínter se paraliza con la atropina ó á consecuencia de una parálisis del oculo motor común. Ahora bien: en estas condiciones la pupila miótica no se dilata sino muy moderadamente. Es, pues, á la falta de acción del dilatador á lo que debe atribuirse la miosis. Hay que eliminar la idea de una parálisis de este músculo, innervado por el gran simpático, porque los otros síntomas de parálisis del nervio simpático, especialmente la ptosis, faltan. Hay que atribuir más bien la inactividad del dilatador á una falta de excitación. En estado normal la excitación de los nervios centrípetos entretiene, por la vía del gran simpático, un cierto grado de contracción permanente del dilatador. Si la excitación de los nervios centrípetos no llega á los centros nerviosos, como en la narcosis ó en el sueño profundo, la contracción del dilatador cesa y la pupila se estrecha; al despertar de la narcosis ó del sueño, ésta se dilata en seguida. Para la miosis espinal es probablemente la degeneración del centro cilio-espinal la que impide la transmisión de la excitabilidad de los nervios centrípetos al gran simpático, y por tanto al dilatador.

La *anisocoria*, es decir, la desigualdad de las pupilas es bastante frecuente en la tabes. No podría jamás ser la consecuencia de una lesión del nervio óptico. Aun en el caso de atrofia completa de uno de los nervios ópticos, la pupila del ojo ciego no es más grande que la de su congénere.

La anisocoria es siempre la consecuencia de una lesión de los nervios centrípetos, ya del oculo-motor común, ya del gran simpático. En el caso de anisocoria, una de las pupilas puede estar dilatada ó la otra estrechada. En la duda de cuál de las dos pupilas es la normal, hay que consultar la reacción, que es siempre menos viva en la pupila anormal. En la tabes, la anisocoria puede ser provocada por la miosis espinal de un ojo ó por la oftalmoplejia interna del otro ojo, ó por la combinación de los dos. La anisocoria se encuentra en los tabéticos en un cuarto de los casos, pero se encuentra también en muchas otras afecciones del sistema nervioso y hasta, por excepción, en un grado menor en individuos sanos, de modo que no tiene el valor diagnóstico que la inmovilidad refleja ó la miosis.

La anisocoria se presenta por lo común, como los otros síntomas pupilares, mucho tiempo antes de la aparición de los fenómenos atáxicos. Hay personas que habiendo adquirido la sífilis un gran número de años antes, tienen alteraciones pupilares y ausencia del reflejo rotuliano, pero gozan, por lo demás, de una salud perfecta hasta su muerte en una edad avanzada. Decir á estas personas que están amenazadas de una enfermedad grave, como la tabes ó la parálisis general, sería en muchos casos privarles para siempre de la alegría del vivir y hacerles hipocondríacos. Si se pudiese en un caso dado tener la seguridad de que se trata de una parálisis que ha llegado á quedar estacionaria, lo más acertado sería no comunicar nada al enfermo respecto á su lesión.

Pero este diagnóstico podría hacerse á lo sumo á costa de una serie de investigaciones, á las cuales solamente se someterá en el caso de que se le hable por lo menos de la posibilidad de complicaciones posteriores. Por otra parte, el mé-

dico sería responsable de estas complicaciones, si hubiese podido prevenirlas por una cura precoz. El médico se encontrará, pues, en estos casos en una situación delicada, exigiendo mucho tacto y conocimiento del temperamento del cliente.

II.) Entre los síntomas oculares de la tabes, hay que enumerar, en segundo lugar, *las parálisis de los nervios motores de los ojos*. Se les encuentra, aproximadamente, en el 20 por 100 de los tabéticos. Como los fenómenos pupilares, las parálisis preceden á menudo con mucho á la aparición de la ataxia. Su presencia no es típica para la tabes, puesto que se producen á menudo también por otras causas. En efecto: solamente la quinta parte de los casos de parálisis ocular que se presentan en las clínicas de los ojos es de origen tabético. Pero si la parálisis, como tal, no es característica de la tabes, lo es á menudo por ciertas particularidades de las que he aquí algunas: Mientras que una parálisis ordinaria periférica tarda por regla general muchos meses en curarse, la parálisis tabética es muy á menudo transitoria, al menos en el estadio inicial, y sólo en muchos casos, por preguntas del médico, es cuando el enfermo recuerda haber visto doble alguna vez durante uno ó varios días. Más tarde la parálisis se repite, ya en el mismo nervio, ya en otro, para establecerse al fin de un modo permanente. La parálisis más frecuente es la del oculo-motor común en un 20 por 100 de todos los casos de parálisis tabética. El oculo-motor externo es afectado en 13 por 100, y el patético en un 3 por 100. La parálisis del oculo motor común es con frecuencia incompleta en el sentido de que solamente los músculos intrínsecos están paralizados ó solamente los extrínsecos. De estos últimos, uno ú otro puede ser menos afectado ó bien, exento de la parálisis. Y es sobre todo el elevador del párpado superior, aquel cuya parálisis es á menudo más fuerte ó mas débil que la de los otros músculos, y hasta puede ocurrir que sea el único paralizado. La ptosis presenta á menudo un grado variable, según la posición del globo ocular, aumentando cuando el ojo se dirige hacia afuera, para llegar á ser completa en la abducción también completa. Por el contrario, la ptosis disminuye durante la adducción, y hasta puede desaparecer del todo en la adducción máxima y alguna vez el párpado se encuentra hasta más alto que el del lado sano. La asociación anormal de la innervación del elevador con los movimientos laterales del globo se explica, porque, gracias á la degeneración de los núcleos del oculo-motor común, la excitación nerviosa enviada á un grupo de células ganglionares del núcleo no queda limitada á éste, sino que se reparte sobre los grupos vecinos. En caso de paresia del oculo-motor común, la adducción del ojo exige un esfuerzo más grande de innervación del recto interno que, pasando en parte al núcleo del elevador, refuerza también la innervación de éste, disminuyendo así la ptosis. En la abducción, al contrario, hay relajamiento completo del recto interno, y por esto la parálisis del elevador se manifiesta en toda su fuerza. En muchos casos de parálisis tabética el enfermo es capaz de vencer la parálisis por un esfuerzo mayor de innervación; de suerte, que puede, por ejemplo, en un caso de parálisis del oculo-motor común con desviación del ojo hacia afuera, llevar el ojo á la posición normal cuando se esfuerza en fijar un objeto próximo.

Por lo demás, este esfuerzo se agota muy pronto y el ojo se va de nuevo á su posición de abducción.

Las parálisis tabéticas se distinguen también á menudo en que los enfermos no sufren ó muy poco de diplopia ó de vértigo, tan molestos en las parálisis ordinarias. Esto recuerda el hecho curioso de que los enfermos afectados de ceguera cortical no tienen á menudo conocimiento de su ceguera,

En resumen: las parálisis tabéticas se caracterizan como tales, por su existencia transitoria, sus recidivas, el grado variable de la parálisis en los diferentes músculos inervados por el mismo nervio, la irradiación de la excitación al músculo elevador, el poder ser vencida la parálisis por un esfuerzo de la voluntad, en fin, el papel insignificante de la diplopia, de suerte que no es raro que se pueda ya tan sólo por el examen atento de la parálisis y antes de más amplia investigación del estado general del enfermo, establecer con cierta probabilidad el diagnóstico de una *tabes* como causa.

En las parálisis tabéticas la lesión reside en la mayor parte de los casos en la región de los núcleos de los nervios oculomotores, por debajo del acueducto de Silvio y en el suelo del cuarto ventrículo, lo que ha sido probado por un número considerable de exámenes necrópsicos. Se trata, sobre todo, de procesos degenerativos de proliferación del epéndimo, de esclerosis de la sustancia gris subyacente, seguida de atrofia de los nervios emergentes. En casos excepcionales se ha encontrado el sitio primitivo de la degeneración en los troncos nerviosos mismos ó en sus terminaciones en los músculos.

Como los fenómenos pupilares, las parálisis oculares aparecen á menudo en el período inicial de la *tabes*, en $\frac{4}{5}$ de los casos antes de la aparición de la ataxia.

III) La atrofia de los nervios ópticos es la complicación más funesta de la *tabes*, puesto que conduce fatalmente á la ceguera. Mientras que los fenómenos pupilares pasan, por lo general, inadvertidos para el enfermo, la disminución de la vista por atrofia óptica, es la que le obliga á consultar con el médico. La atrofia óptica es tanto más de temer cuanto que sobreviene á menudo en el estado inicial de la *tabes*, de suerte que estos desgraciados pueden quedar ciegos durante muchos años. Sólo por excepción sobreviene la atrofia en el estado atáxico ó paralítico, hasta tal punto, que un enfermo con ataxia notable no tiene que temer el llegar á ser ciego. Del mismo modo en los enfermos atacados de atrofia óptica la ataxia sólo llega muy tarde, de modo que desde este punto de vista se pueden considerar estos casos de *tabes* como relativamente benignos.

La atrofia óptica ataca al 10 ó 15 por 100 de los tabéticos, la mayor parte de ellos, hombres en la flor de su edad. Las mujeres, mucho más rara vez atacadas de *tabes* que los hombres, sufren todavía con menos frecuencia de atrofia óptica. Yo no he visto sino muy pocas mujeres con atrofia tabética en comparación con el gran número de hombres. La *tabes* infantil á consecuencia de sífilis hereditaria es rara, pero acompañada en la mayor parte de los casos de atrofia óptica.

Por regla general, la atrofia ataca á un ojo antes que á otro y hasta puede ocurrir que un ojo esté ya ciego, mientras que el enfermo cree que el otro ojo está todavía sano. Mas de todos modos, el examen de este ojo demostrará ya, si no una disminución de la agudeza visual, por lo menos el estrechamiento del campo visual y el debilitamiento del sentido de los colores, y el oftalmoscopio muestra la palidez de la papila. No se conoce al presente sino un número muy pequeño de casos en que la atrofia ha permanecido unilateral para siempre.

Me abstengo de describir los signos oftalmoscópicos de la atrofia. No son absolutamente característicos para la atrofia en la *tabes* ó en la parálisis general, porque pueden encontrarse también en casos de atrofia descendente por solución de continuidad de las fibras del nervio óptico, después de compresión por un tumor, después de una herida, después de una meningitis gomosa de la base del cerebro, etc. Mas en estos casos la atrofia exige un cierto tiempo para

llegar á la papila, de modo que la palidez de ésta no aparece más que algún tiempo después de la alteración de la vista, mientras que en la atrofia tabética ocurre lo contrario; la papila está ya pálida en una época en que el enfermo no se queja todavía de la vista. Además, la atrofia descendente es rara y siempre acompañada de otras manifestaciones de la lesión que produce la solución de continuidad de las fibras ópticas, de suerte que el diagnóstico diferencial con la atrofia tabética es, por lo general, fácil.

La palidez precoz de la papila demuestra que la degeneración que de ella es causa ataca en primer lugar á la extremidad anterior del nervio óptico. Hay hasta quien cree que comienza en la capa ganglionar de la retina; pero las investigaciones anatómicas recientes de Stargard demuestran que las alteraciones de esta capa son menos extensas y menos avanzadas que lo que corresponde á la cantidad de fibras degeneradas, de suerte, que la degeneración de la retina debe ser posterior á la del nervio óptico. La hemianopsia bitemporal en algunos casos de atrofia tabética prueba además que, por excepción, el sitio primitivo de la degeneración puede hasta estar más lejos por detrás del quiasma. Al principio la degeneración no se extiende de una manera uniforme á todos los haces del nervio, sino que ataca de preferencia á los periféricos. En casos más raros que comienzan por un escotoma central el haz papilomacular está lesionado en primer lugar. El microscopio revela la destrucción de las vainas miélicas y de los cilindros-ejes, casi al mismo tiempo. A consecuencia de la disposición de la sustancia nerviosa los núcleos de la neuroglia y las trabéculas se aproximan, lo que podía hacer creer en una proliferación de estos tejidos, que probablemente no existe. No hay alteraciones inflamatorias, de suerte que se trata de un proceso puramente degenerativo.

El primer síntoma de la decadencia de la vista, en una época en que la agudeza y el campo visual son todavía normales, es el retardo de la adaptación á la oscuridad, mientras que el sentido de la luz no está disminuido. Más tarde la agudeza visual baja y el campo visual se estrecha, primero para la percepción de los colores, sobre todo la del rojo y el verde que presenta ya un estrechamiento en una época en que el campo visual examinado con objetos blancos es todavía normal. La disminución del sentido de los colores precede, pues, á la del sentido del espacio (percepción de la forma de los objetos) y tiene por esto un gran valor para el pronóstico. Si dos casos tienen la misma agudeza visual y el mismo campo visual para el blanco, mientras que el campo visual para los objetos coloreados está más estrechado en un caso que en el otro, el primero debe ser considerado como más gravemente atacado que el segundo.

Entre la agudeza visual central y el estudio del campo visual no hay relación fija; ya es una, ora el otro, el que más ha sufrido. Desde este punto de vista hay, además de los casos ordinarios, algunos tipos especiales, á saber: 1) estrechamiento muy fuerte del campo visual con buena visión central; 2) campo visual poco alterado con mala agudeza visual á consecuencia de un escotoma central, y 3) hemianopsia bitemporal.

El primer tipo, campo visual mínimo, con buena agudeza visual, se encuentra en el glaucoma simple mucho más frecuentemente que en la atrofia óptica. La distinción se hace por el hecho de que en el glaucoma la percepción de los colores se mantiene en el pequeño campo visual, mientras que en la atrofia óptica se pierde muy pronto. Pero hay excepciones á esta regla y he aquí por qué algunas veces el diagnóstico diferencial entre el glaucoma simple y la atrofia es acaso difícil.

En el segundo tipo, con buen campo visual, la agudeza visual es mala por existir un escotoma central. Este, primero pequeño, redondo, situado exactamente en el centro, se agranda más tarde, sobre todo al lado temporal, de modo que acaba por confundirse con la mancha de Mariotte. Al principio el escotoma existe solamente para objetos coloreados, más tarde también para los blancos, de suerte que en la extensión del escotoma la visión es nula. La misma clase de escotoma central se encuentra también en las ambliopías tóxicas, por ejemplo en la nicotínica. Pero en estos casos los límites externos del campo visual persisten normales, no conduciendo, por tanto, jamás la enfermedad á la ceguera completa. Por el contrario, en la tabes el escotoma es seguido bien pronto de un estrechamiento, que progresivamente aumenta, del campo visual hasta la abolición completa de la vista.

Se había afirmado que el escotoma central en los tabéticos sería siempre la consecuencia de una complicación con una neuritis retrobulbar sífilítica. Admito que tal complicación sea posible, sobre todo para los casos mejorados ó aliviados con un tratamiento mercurial. Pero estos casos son ciertamente muy raros y por mi parte no he observado ninguno. Todos los casos, bastante numerosos, de atrofia con escotoma central que yo he podido observar en los tabéticos se han terminado por la ceguera á pesar del tratamiento antisifilítico. No podría yo, pues, admitir para estos casos la existencia de una neuritis sífilítica, sino que creo que en ellos se trata igualmente de la degeneración tabética auténtica que empieza excepcionalmente por el hacedillo papilomacular. El tercer tipo que se encuentra en raros casos de atrofia tabética es la hemianopsia bitemporal, como la tan conocida en los casos de tumor de la glándula pituitaria. En uno de los casos observados por mí se trataba probablemente de una complicación con paquimeningitis gomosa basal puesto que este caso fué casi curado por un tratamiento antisifilítico. Por el contrario, en otros cinco casos de hemianopsia bitemporal este tratamiento no produjo ningún efecto, de suerte que se trataba sin duda de la degeneración gris ordinaria cuyo sitio primitivo, por excepción, estaba en el quiasma.

Cualesquiera que sean las relaciones entre la agudeza visual central y el campo visual, la enfermedad se termina siempre por la ceguera completa. Es imposible pronosticar en un caso dado el tiempo que ha de transcurrir para la pérdida completa de la vista. Hay enfermos que llegan á ser ciegos después de dos ó tres meses, y otros que aun después de veinte años conservan todavía un poco de vista. La vista puede quedar estacionaria durante algún tiempo, y un ojo puede comportarse diferentemente que su congénere.

No se duda hoy de que la tabes sea una consecuencia tardía de la sífilis. En un caso observado por Cheray y Cornelius, la infección databa de cincuenta años. Se trata siempre de una sífilis en apariencia benigna. Los enfermos con recaídas frecuentes de accidentes sífilíticos no están amenazados de tabes. Es por esto por lo que no se ven jamás tabéticos con los resúdos de una iritis sífilítica, manifestación, por otra parte, tan frecuente de la sífilis, ni con el paladar perforado. Yo he observado un solo caso de tabes en un hombre portador de una sífilis gomosa de la piel.

El oculista es á menudo el primero en hacer el diagnóstico de tabes, ya porque encuentre, accidentalmente, los fenómenos pupilares en un cliente que le consulta para la elección de cristales ó por otro motivo, ó ya porque el enfermo acuda por la debilitación de su vista, como consecuencia de la atrofia óptica.

¿Cómo debe comportarse el médico para con un enfermo

que no presenta más que los fenómenos pupilares de la tabes? No tenerlos en cuenta sería acaso privar al enfermo de la probabilidad de preservarse de una tabes ó de una parálisis general en el porvenir por una cura hecha á tiempo. ¿Se tiene medios de pronosticar si tal enfermo está amenazado de estas enfermedades, para concluir de ello si una cura apropiada es de rigor ó no? Gracias á nuestros métodos modernos de investigación, es acaso posible establecer una base para la conducta al obrar. Además de un examen cuidadoso general del enfermo se impone el examen de la sangre y del líquido intrarraquídeo según el método de Wassermann, además del examen del líquido intrarraquídeo para la cantidad de globulinas y para la linfocitosis y, en fin, para las sustancias albuminoideas demostrables por el oro coloidal. Sin penetrar más lejos en esta materia se puede decir que si la reacción de Wassermann es positiva en la sangre y en el líquido ó solamente en este último, existe el peligro de tabes ó de parálisis ulteriores. Entonces se halla indicado un tratamiento enérgico y que debe continuarse hasta que las reacciones de la sangre y del líquido sean de nuevo normales. Si una vez que estas enfermedades han llegado á hacerse manifestas el tratamiento es poco eficaz, y si se produce á menudo una mejoría considerable de los otros síntomas de la tabes, su acción sobre el nervio óptico es nula. Cuanto á los remedios antisifilíticos, se emplea en la atrofia del nervio óptico el mercurio, el iodo y el salvarsán. Se pretende del mercurio que podría más bien ser perjudicial, acelerando á veces la degeneración de las fibras nerviosas. Yo no he podido convencerme de que este prejuicio esté justificado, pero cuando el empleo del mercurio no tiene ya efecto bienhechor sobre el nervio óptico, me abstengo por lo general de prescribirle. Las inyecciones de estricnina, de espermina, el nitrato de plata al interior, la galvanización, no dan tampoco resultado en la atrofia óptica. La poca eficacia del tratamiento antisifilítico en la parasífilis se explica acaso por las condiciones especiales de la circulación de la sangre y de la linfa en el sistema nervioso central. Las meninges son ricas en vasos que están en contacto íntimo con el tejido conjuntivo ambiente, de suerte que el plasma sanguíneo y las sustancias medicamentosas en él contenidas pueden pasar sin obstáculo desde los vasos al tejido de las meninges. Los vasos, por el contrario, que están situados en el tejido nervioso mismo están separados de éste por una vaina de tejido glial que parece presentar una barrera infranqueable al paso de ciertas sustancias desde los vasos al tejido nervioso, y se sostiene lo mismo para el plexo coroideo. Ahora bien: las afecciones sífilíticas del sistema nervioso están, sobre todo, producidas por la presencia en las meninges de espiroquetos que pueden allí ser fácilmente atacados por las sustancias medicamentosas que la sangre conduce. Por el contrario, en la parasífilis los espiroquetos se encuentran en el tejido nervioso mismo y son por esto poco accesibles á los medicamentos. Por esta razón se ha intentado llevar éstos directamente al tejido nervioso por la vía del líquido intrarraquídeo. El éxito obtenido por este método respecto á otros síntomas de la tabes, permite tal vez esperar que podría ser eficaz también en la atrofia del nervio óptico.

El presidente (Sr. Cortezo): Señores académicos: Creo que hoy mejor que nunca puedo tener el convencimiento de que interpreto vuestros sentimientos al dirigir palabras de gratitud y alabanza al ilustre y venerable profesor Fuchs, de Viena, por la hermosa conferencia que se ha dignado pronunciar en esta casa.

Más que mis palabras dicen en su alabanza la religiosa

atención con que la habéis escuchado y el entusiasta aplauso con que habéis manifestado vuestra complacencia.

Habéis hecho bien, y creo que yo no me excedo al calificar públicamente esta conferencia de verdadero modelo entre los trabajos de su índole. Ya lo habéis visto: desde las primeras palabras ha entrado el ilustre conferenciante en el tema que se había propuesto desarrollar, sin preámbulos, sin alardes retóricos, caminando rectamente a su propósito, y sin separarse ni un punto del tema, exponiendo siempre sus investigaciones propias, su juicio sobre las ajenas, y las conclusiones personales á que su larga experiencia y su copiosa erudición le han conducido.

Yo no tengo nada que decir sino expresar al eminente profesor vuestro reconocimiento por haber honrado esta tribuna y nuestro acuerdo de que forme desde hoy parte de esta Corporación, por haberle ella otorgado el título de académico honorario.

BIOLOGIA Y FEMINISMO

POR

G. MARAÑÓN

La lectura de algunas publicaciones recientes sobre el feminismo, y muy singularmente la de las Conferencias pronunciadas sobre este tema en la Academia de Jurisprudencia durante el invierno actual (1), me han movido á ampliar algunas ideas apuntadas en un reciente libro mío (2), en el que, si bien de refilón, tocaba el problema feminista. Meditaciones de cada día, y sobre todo, la observación continua é íntima de la vida, me hacen grato el tema y me animan á intervenir en él.

Que el feminismo es un asunto de inmediata actualidad, está en el ánimo de todos. Venía siéndolo desde hace algunos años, cada vez con mayor relieve y apasionamiento; y la guerra europea, al plantear el problema de la utilización forzosa de la mujer en trabajos hasta entonces reservados total ó casi totalmente al hombre, ha dado un súbito y enérgico impulso al movimiento feminista en las naciones beligerantes, y, de rechazo, en las neutrales. Las Asociaciones sufragistas han logrado, al calor de la guerra, objetivos que en los años anteriores se les negaban obstinadamente; lo mismo ha ocurrido con las aspiraciones económicas de la mujer; los grupos y organizaciones feministas de todo el mundo se agitan de nuevo, con las huestes más compactas que nunca y con la fe que dá el haber vencido ya parte de la batalla.

Sólo una síntesis informativa, imparcial, de cuanto se ha dicho últimamente sobre el feminismo, y un análisis de sus aspectos ya planteados en la práctica, justificaría el distraer un rato la atención del lector. Pero mi objeto es otro. El feminismo, en nuestro país, es todavía algo inorgánico, amorfo, embrionario. Ni existe una acción feminista con medula y nervios templados,

ni la masa de los españoles está preparada para recibir la reforma. Se corre el peligro (que en estos tiempos de vertiginoso andar de las Sociedades, no nos sorprendería) de que las aspiraciones de nuestras feministas alcancen estado legal de un modo prematuro. Porque si bien hay leyes que educan á los pueblos, hay otras leyes que exigen una previa educación en las muchedumbres; y de esta última clase son buena parte las que pretende implantar el feminismo.

Yo pienso, al leer la mayor parte de la artificiosa literatura feminista reciente, que es preciso, ante todo, considerar atentamente el problema de las aspiraciones actuales de la mujer desde un punto de vista biológico; esto es, no como algo rígido é invariable, sino como una cosa flexible, adaptable y viva, distinta para cada caso y en todo caso subordinada á las características biológicas del país donde se va á aplicar.

No es ninguna novedad enfocar el problema feminista en su aspecto biológico, en las raíces que le atan á lo íntimo de la naturaleza del sexo. Pero, en general, estas contribuciones son escasas, y, sobre todo, son apasionadas. Seguramente estáis pensando muchos en el libro de Moebius (1) tan llevado y traído por feministas y antifeministas, en el que el autor se ensaña con el sexo débil, diciendo, sí, muchas verdades sobre ciertos aspectos psicológicos de la mujer; pero presentadas y comentadas con tan rabiosa parcialidad que, sin querer, piensa el lector, mientras recorre sus páginas, que no debió irle muy bien al autor en la lotería de los sexos, que todos juzgamos con varia fortuna.

Yo creo que el aspecto biológico del feminismo no puede plan tearse partiendo, como Moebius, del prejuicio de la inferioridad de la mujer, que, como tesis general, es ya insostenible, y que, aunque fuese cierta, no sería un argumento en contra, sino, antes bien, favorable al movimiento feminista.

Lo que hay que estudiar es lo siguiente: los dos sexos que pueblan la tierra son fundamentalmente distintos, en cuanto sexos. Ahora bien; las diferencias que empiezan en la glándula genital del hombre y de la mujer, que se continúan en la morfología de cada sexo, grácil y delicada en la hembra, musculosa y fuerte en el varón; que dan las características sentimentales é instintivas tan claramente diferenciables en ambos tipos sexuales, sobre todo cuando las enciende el instinto específico, ya en su pureza brutal, ya nimbado de las llamas inmortales del amor; todas estas diferencias tan hondas, que normalmente atraen irresistiblemente á los dos sexos, haciéndoles chocar, pero nunca confundirse, ¿acaban aquí ó, por el contrario, se prolongan más allá en la esfera puramente intelectual y en el terreno de la actividad social del hombre y de la mujer?

He aquí el nudo del problema. Estas dos glándulas, la femenina y la masculina, tan distintas, más que distintas tan opuestas, como que son los polos en que se apoya el eje en torno del cual está girando la humanidad desde su comienzo hasta que desaparezca del cosmos, ¿hasta dónde extienden su influencia respectiva? En la

(1) DOÑA MARÍA ESPINOSA: *El Feminismo en España*.—D. M. CEBUET: *El feminismo en sus aspectos jurídico, constituyente y literario*. Conferencias pronunciadas en la R. A. de Jurisprudencia, 1919-20.

(2) MARAÑÓN: *La Edad Crítica*, Marzo, 1919.

(1) MOEBIUS: *Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes*, 1901.

vida vegetativa de los seres humanos hay, al lado de los sectores separados por el abismo del sexo, otros indistinguibles, comunes, como la digestión, la respiración, la circulación, que en nada ó sólo en pequeños detalles se distinguen en un hombre y en una mujer normales. En la vida afectiva y en la vida intelectual, en la actividad social de hombres y mujeres hay la misma comunidad de unos aspectos y la misma separación de otros. Y esto es lo que el biólogo, frente al problema del feminismo, debe tratar de diferenciar; porque las aspiraciones de la mujer serán tanto más legítimas cuanto más se ajusten á las modalidades fisiológicas de su sexo. En esto coincidirán los detractores más apasionados del feminismo con sus defensores más ardientes.

La diferenciación de los dos sexos se había estudiado, hasta hace poco tiempo, tan sólo en su aspecto morfológico. Bien conocidos son, por ser del uso diario de los sentidos su apreciación, los caracteres sexuales primarios y secundarios que en la especie humana y en todo el reino animal separan al macho de la hembra. Los naturalistas y biólogos afinaron después las diferencias que á la afectividad imprime el sexo; es decir, el distinto modo de sentir y de reaccionar en los momentos pasionales el alma de la mujer y la del hombre, distinción tan bien apreciada por el vulgo, que dice, por ejemplo, de un hombre pusilánime que «llora como una mujer», ó que llama «varonil» á una mujer decidida.

Pero no se reducen a esto las diferencias que el sexo imprime en la naturaleza humana. Los estudios recientes demuestran que el funcionamiento de cada célula de los diversos tejidos que constituyen el organismo es diferente en el varón y en la hembra; de ello resulta que es también diferente el conjunto de las misteriosas funciones de la transformación, aprovechamiento y eliminación de los materiales nutritivos que se conocen con el nombre general de «metabolismo orgánico». El metabolismo, lo más íntimo de la química, del sér vivo, es, por lo tanto, perfectamente distinto en cada sexo. Blair Bell (1), en un sugestivo libro, insiste mucho en estos hechos y en la importancia que tienen para la comprensión del feminismo actual. El metabolismo del varón tiende á la transformación rápida, al gasto dispendioso de los materiales nutritivos; es *catabólico*, según la acertada expresión de Geddes y Thompson (2); el de la hembra tiende á la síntesis, á la reserva; es *anabólico*; el primero, es derroche; el segundo, economía.

He aquí ya marcada, y en lo más hondo de la vida del organismo, una diferencia que nos enseña, con la fría exactitud demostrativa de la físico-química, cuáles son los caminos divergentes que para cada sexo ha trazado el Destino. El hombre tiene construída su economía para el desgaste; es decir, para la lucha en el ambiente externo. La mujer está hecha para el ahorro de la energía, para concentrarla en sí, no para disper-

sarla en torno; como que en su seno se ha de formar el hijo que prolongue su vida, y de su seno ha de brotar el alimento de los primeros tiempos del nuevo ser.

Claro es que esta diferencia fundamental en la íntima nutrición de cada sexo depende directamente del órgano característico del mismo; esto es, del ovario en la mujer y del testículo en el hombre, glándulas ambas que por intermedio de productos que vierten en la sangre—las ya tan vulgarizadas secreciones internas—actúan, en colaboración con otras glándulas de la misma categoría (el tiroides, la hipófisis, las suprarrenales), pero siempre bajo la dirección de las sexuales, sobre la nutrición del organismo, regulán lola, imprimiéndola mayor ó menor intensidad y haciendo así que predomine el gasto ó el ahorro.

Ahora bien; del metabolismo, de la modalidad nutritiva del organismo, depende la constitución morfológica de éste, y, por lo tanto, su aptitud funcional, no solo, como suele creerse, en el orden vegetativo, sino también en lo referente al funcionamiento intelectual. De aquí la conclusión, que parecerá atrevida á muchos, de que, en último término, no sólo la apariencia externa y la actividad vegetativa, sino también la elaboración mental de cada hombre y de cada mujer están directamente influenciadas por sus respectivas glándulas sexuales.

En los tiempos en que se discutía si el espíritu es independiente ó no de la materia, la anterior conclusión hubiera parecido fantástica. Hoy podemos enunciarla con el reposo de los hechos adquiridos por la Biología. No serán oportunas en esta conferencia de divulgación, demostraciones científicas (por lo demás bastante enrevesadas en algunas de sus partes); pero sépase que según los estudios de varios experimentadores modernos, principalmente ingleses y americanos, Sidney Ringer y W. Buxton (1), Blair Bell (2), Hoskins y Wheelon (3), de que ese metabolismo sea del tipo varonil ó del femenino depende, entre otras cosas, el que haya más iones de calcio en el organismo, y á este hecho tan material está en gran parte subordinada la mayor ó menor irritabilidad del sistema muscular, la mayor ó menor actividad vaso-motora y la mayor ó menor excitabilidad de la célula nerviosa. Factores todos tan importantes, como quede ellos depende, á su vez, el que la mujer sea como tipo general, lenta en sus movimientos, tímida y emocionable en la esfera afectiva y poco enérgica y rutinaria en su mentalidad; mientras que el hombre es, por los motivos opuestos, vivo en el ejercicio físico, más impasible ante las emociones y más pronto y original para el acto mental.

No es, pues, una posición teórica, más ó menos ingeniosa, sino un hecho basado en realidades biológicas, el considerar que en torno de cada sexo la influencia de éste traza un amplio círculo, y que dentro de ese círculo se agitan todas las actividades del hombre ó de la

(1) BLAIR BELL: *The Sex Complex*, 1916.

(2) GEDDES and THOMPSON: *The Evolution of Sex*, 1901.

(1) S. RINGER and W. BUXTON: *Journ. of Physiol.*, 1885 y 1887.

(2) BLAIR BELL: op. cit. y *The Principles of Gynaecology*, 1910.

(3) HOSKINS and WHEELON: *Amer. Journ. of Physiol.*, 1914.

mujer, fatalmente sometidas á la influencia sexual. Ahora bien; así como en lo morfológico distinguimos los caracteres sexuales en «primarios» y «secundarios», así también, en lo funcional, podemos dividir las actividades orgánicas en «primarias» y «secundarias». Las «primarias» son las funciones sexuales propiamente dichas. Las «secundarias», todo el conjunto de las actividades sociales, en apariencia independiente del sexo, pero en realidad dentro de la órbita de su influencia.

Esta distinción aparecerá muy clara, en sus términos esquemáticos, si consideramos á la pareja humana primitiva en los albores de su vida sobre el planeta, ó bien á la pareja humana de los actuales pueblos incivilizados. En ambos casos, la vida del varón y de la hembra se reduce á cumplir estrictamente su fin reproductor. La función sexual primitiva es en el hombre breve, fugaz: dura lo que el rápido acoplamiento con la hembra. Pero en cambio las funciones sexuales secundarias son en él arduas y complicadas; el hombre ha de traer cada día el sustento preciso para la hembra y para la prole, buscando los frutos y alimenos vegetales donde los haya ó cazando á los animales, á veces con fatigas, cuando no con peligro de su vida; ha de defender también á la familia de los ataques de los hombres enemigos y de los animales feroces; debe resguardarlos, en fin, de las inclemencias del ambiente. Todo ello requiere tiempo, destreza, resistencia, construcción y manejo de herramientas y armas; mil modos de actividad, en suma, aparentemente extrasexuales, pero que, en realidad, responden estrictamente al fin sexual.

En la hembra, por el contrario, observaremos que la función sexual primaria es larga y complicadísima. Comprende toda la serie de funciones, á cual más complejas y delicadas, de la maternidad. Los nueve meses de la gestación, el trance cruento del parto, el año largo de lactancia, que absorbe casi por entero la vitalidad del organismo materno, y, por fin, los cuidados íntimos y continuos que requiere el niño hasta que empieza á valerse por sí solo. Este proceso, repetido varias veces, inutiliza para otra actuación á la mujer durante los años mejores de su vida y apenas la deja espacio para el cumplimiento de las funciones sexuales secundarias, que se reducen al cuidado interno del hogar (que fundamentalmente representa la preparación para nuevas procreaciones); y á las operaciones del adorno personal, que, á juzgar por los hallazgos arqueológicos, tenían ya un importante lugar en la vida de la mujer primitiva, y cuyo sentido sexual es indudable: como que representa los rudimentos de atraer al varón, fase previa obligada de todo el proceso sexual.

Esta distribución de las actividades respectivas en la pareja humana primitiva no obedece, pues, en modo alguno á esa «irritante desigualdad impuesta por el hombre» que constantemente invocan las feministas. Es que la Naturaleza ha marcado ya fatalmente la existencia de esa desigualdad. Y es inútil tratar de equiparar las actividades de los dos organismos, contruados con arreglo á un plan funcional diametralmente diferente.

Pero estamos hablando del hombre y de la mujer

primitivos, y—argüirán los feministas—el problema del feminismo no es de los tiempos prehistóricos, sino de los actuales. Es cierto, y vamos á hablar de éstos. La civilización actual ha cambiado por completo las condiciones de la vida de la Humanidad. Un abismo inmenso separa al actual hombre de ciencia, que inclina la frente dilatada sobre el microscopio, del fiero varón de la edad paleolítica, que, según nos describe Obermeyer, acechaba, agazapado entre los arbustos, avizor el ojo penetrante, la caída de un elefante ó un rinoceronte en la trampa, toscamente dispuesta. Y un abismo debe separar también á la mujer de hoy, culta, sensible, libre y consciente de sus derechos, de aquella «hembra infeliz—de que nos habla el malogrado Gómez Ocaña (1)—perseguida y sometida por el hombre de las cavernas».

(Se continuará).

Periódicos médicos.

MEDICINA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Carcinoma del oído externo, por el Dr. Richard L. Sutton.**—A los que no están al tanto del asunto, el tratamiento seguido de éxito del carcinoma superficial precoz del oído externo les puede parecer una cosa comparativamente sencilla, pero después que se ha adquirido alguna experiencia combatiendo aún el tipo más benigno de este trastorno en esta región, una actitud pesimista reemplaza por lo general á la optimista.

La dificultad de obtener una curación en tales casos se debe en gran parte á que la piel se halla muy cerca del cartilago; y aun cuando el último evada directamente la invasión cancerosa, las alteraciones inflamatorias crónicas á que se halla sometida, junto con el inadecuado riego sanguíneo impiden una curación pronta, aun después de eliminarse la causa original del trastorno.

Durante los dos años pasados, he tenido ocasión de estudiar diez y siete casos de carcinoma auricular. Todos los pacientes eran hombres. El más joven tenía veintiocho años de edad y el más viejo ochenta y uno. En cinco casos estudiados microscópicamente, todos los tumores eran del tipo de células basales.

Debido al carácter de los órganos invadidos, el cuadro histológico se diferencia en algunos puntos menores del que se ve en el carcinoma de células basales en otras partes del cuerpo.

En trece casos los tumores se habían desarrollado de seborrea queratosa, por lo general del tipo queratósico, y en casi todos los casos había una historia de herida primaria, como por ejemplo una cortadura ó un golpe. Once de los pacientes en una ocasión ó en otra habían sufrido congelaciones.

Todas las lesiones se presentaron en algún punto más arriba del nivel del suelo del meato auditivo externo. En ningún caso se había invadido primariamente el lóbulo. La parte superior de hélix era un sitio favorito para el desarrollo de las lesiones, probablemente á causa de su posición expuesta. De cuando en cuando la superficie craneada de la pinna se hallaba invadida, en un caso consecutivo á una lesión debida á la armazón de unas gafas y en otro á una cor-

(1) GÓMEZ OCAÑA: *El sexo, el feminismo y la natalidad*.—Calleja, edit., 1920.

tada ligera con una navaja que causó un barbero mientras arreglaba el pelo del paciente.

Había una semejanza muy notable en las historias clínicas. Consecutiva á una lesión ligera del oído, por lo general en algún punto del hélix, el paciente desarrollaba una úlcera superficial pequeña que se curaba muy lentamente. El retardo de la curación se debía hasta cierto punto al mismo paciente. Si no se arrancaba deliberadamente la costra á causa de la irritación que causaba, se la desprendía accidentalmente ó por la fricción de la toalla. Por fin, la lesión se curaba al parecer, pero se presentaba una pequeña queratosis en el antiguo sitio de la herida.

Puede que el desarrollo de los pequeños tumores hiperqueratósicos se retardase con aplicaciones frecuentes de grasa ó petrolato; pero en el transcurso de los meses ó años un porcentaje de ellos se volvían malignos. Los síntomas subjetivos eran al principio comparativamente ligeros y consistían en comezón y ardor en grado variable, que se aliviaban fácilmente con un antiprurítico suave. Más tarde, á medida que se desarrollaba el carcinoma y se afectaban los órganos más profundos, los pacientes se quejaban de dolor penetrante y palpitante, que se extendía á menudo á todo el lado de la cabeza y que aliviaban tan sólo los narcóticos.

El plan de tratamiento varía según el carácter, el estadio y la extensión de la lesión. En los tumores del tipo de células germinativas la extirpación precoz radical es el curso mejor y más seguro. Los tumores de células basales son menos graves, y debe considerarse más la importancia de un buen resultado cosmético cuando nos ocupemos de ellos.

Como medida profiláctica deben protegerse los oídos del frío durante los meses más severos del invierno. La congelación puede que no sea un factor causante directo, pero las lesiones repetidas que causa pr disponen indudablemente al cáncer.

Aun las heridas poco laceradas del oído deben recibir cuidado quirúrgico adecuado. Al tratar lesiones ásperas y desiguales de la piel, deben recortarse los bordes y aproximarse cuidadosamente y cerrarse, y cuidarse la herida escrupulosamente.

Las lesiones seborreicas, que son á menudo las precursoras de las lesiones más graves, pueden á veces combatirse con éxito empleando diariamente un queratolítico suave, tal como por ejemplo, un ungüento de ácido salicílico (al 10 por 100). También la nieve de bióxido de carbono es un remedio beneficioso en algunos casos, aunque su esfera de aplicación es limitada, y en las lesiones sospechosas probablemente puede que haga más mal que bien. Esto se debe en gran parte á que su acción destructora no es la de un escarótico directo, sino una secuela de las alteraciones inflamatorias agudas que siguen á una refrigeración intensa.

La dilatación extremada de los vasos junto con la disminución de la vitalidad de los tejidos adyacentes, tienden á extender más bien que á eliminar las lesiones atacadas. El cauterio es un agente mucho mejor en estos casos intermedios ó abiertamente malignos. Es seguro que se destruirá la lesión, porque como Hazen, Bloodgood, MacKee y otros han demostrado, se cierran prontamente los vasos eferentes, y la probabilidad de la extensión periférica se reduce al minimum. Por desgracia, los tejidos en esta vecindad no se curan desde luego á causa de la cauterización y las quemaduras que resultan con frecuencia una fuente de molestia extremada al paciente. La fulguración es dolorosa y, tal como se practica de ordinario, poco digna de confianza. De los varios cáusticos químicos, el óxido arsenioso que ha recomendado Robinson es probablemente el mejor; pero no

se le emplea en este sitio por presentar la misma objeción que el cauterio.

Antes de la invasión del cartílago, muchos de los casos responden muy bien al tratamiento por los rayos X y al radio en particular. Si se emplea el primero, debe usarse solamente el método intenso, pues de otro modo puede que los resultados sean desastrosos más bien que beneficiosos. Yo mismo vi una vez un caso de carcinoma superficial del pabellón, que en aquella fecha un cirujano competente hubiera extirpado con éxito y sin dificultad, en unos quince minutos. Nueve meses después vi otra vez el caso, pero en el intervalo el paciente había recibido más de cien exposiciones breves á los rayos X, en y alrededor del área afectada. Esto resultó demasiado para el enfermo, el cual murió.

En el tratamiento del carcinoma de la células basales del oído por medio de la radiumterapia, rara vez se necesita una reacción fuerte y en los casos superficiales debe evitarse siempre ésta. La piel en este sitio es muy fina y proporciona tan sólo ligera protección á los órganos subyacentes. Las alteraciones inflamatorias que se presentan como resultado de exposiciones prolongadas desaparecen muy lentamente y pueden pasar semanas y hasta meses antes de que la úlcera que indica la localización del antiguo carcinoma se cure por completo. El proceso de la curación puede á veces acelerarse empleando cuidadosamente la solución de nitrato mercúrico, un remedio que mi amigo el doctor T. S. Blakesley fué el primero que me lo indicó. Este medicamento se aplica por medio de un palillo de dientes y su acción se detiene prontamente al cabo de uno ó dos minutos con una capa abundante de bicarbonato de sodio. De cuando en cuando, la pomada diluida de citrina (pomada de nitrato mercúrico, una parte; petrolato, siete partes) resultará de valor en este estadio del trastorno. El aseo es esencial, porque como lo ha dicho el Dr. Du Noüy, las condiciones ideales para una curación perfecta y rápida se obtienen cuando se mantiene una herida casi estéril ó privada de microorganismos patógenos, tales como cocos, diplococos y estreptococos.

En los casos en que los cartílagos están afectados, he encontrado que tanto el radio como los rayos X son inútiles. La extirpación precoz es el plan mejor y más seguro, y en manos de un cirujano diestro los resultados son por lo general buenos. Por regla general la diformidad consecutiva es comparativamente pequeña y el paciente se desembaraça con rapidez de un trastorno que probablemente resultará al final molesto y peligroso para su vida. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1-15-920).

CIRUGÍA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento de la causalgia: resultado de las inyecciones intravenosas de alcohol al 60 por 100, por los Drs. Dean Lewis y Wesley Gatewood.—La causalgia es una de las más desagradables complicaciones ó secuelas de las lesiones nerviosas periféricas.

Este síndrome, observado por Weir Mitchell durante la Guerra Civil Americana, acusa dolor que es su fase más predominante. El carácter de este dolor se semeja al de una sensación quemante, pungente, por decirlo así, y á menudo se le compara á la sensación de la picadura de un alfiler, á la aplicación de un lienzo caliente, ó á alguna lesión de la carne.

Este dolor, una vez desarrollado, no cede nunca, ni aun de noche, y puede agravarse por diversas causas; y, finalmente, suele presentarse en forma de paroxismos.

Es difícil determinar la frecuencia de este mal, pues son

diversas las estadísticas referentes a lesiones de los nervios periféricos. Esta diversidad es debida quizás a diferencias de opinión con respecto a ciertos tipos que debieran considerarse como casos de causalgia. Obsérvanse varias clases de dolor como resultado de lesiones nerviosas periféricas; pero sólo el dolor intenso en forma de paroxismos debe considerarse como causalgia.

Se anotaron cuatro casos de esta enfermedad entre los 550 de lesiones de los nervios periféricos que se observaron en el Hospital General de los Estados Unidos, núm. 28. Tres de los pacientes habían sido operados y curados por las inyecciones intravenosas de alcohol al 60 por 100. Es probable que el cuarto paciente, que aún se halla en observación, necesite este mismo tratamiento.

Weir Mitchell abrigaba la opinión de que el dolor de la causalgia era debido a una neuritis ascendente que pudiera comprometer cualquier nervio lesionado y gradualmente todos los nervios de la extremidad afectada. Parece haberse demostrado, sin embargo, como resultado de la intervención quirúrgica, que el nervio medio es el que con más frecuencia se encuentra complicado en las causalgias de la extremidad superior; y el popliteo interno en las de la extremidad inferior. Cuando una lesión del nervio cubital va acompañada de dolor intenso, esto se debe por lo general a una lesión asociada del nervio medio, o a una lesión del plexo braquial que afecta ambos nervios: el cubital y el medio. Pueden estar comprometidos otros nervios. En uno de los casos observados por nosotros, el dolor, aunque no muy notable en intensidad, persistía sobre la distribución del nervio safeno interno por inyección del popliteo interno. El dolor desapareció cuando la inyección se aplicó directamente al nervio safeno interno.

La patología de este mal es asaz diversa en los diferentes casos. Joyce ha dado cuenta de cinco casos, en uno de los cuales el nervio medio, aun cuando separado del tejido cicatricial, se hallaba hinchado y exhibía un color gris azulado con manchas purpúreas. Encontróse un pequeño neuroma adherido al bíceps. En otro paciente, que se quejaba de dolor intenso en el pie al andar, al sentarse o al recostarse, pero que no acusaba parálisis o anestesia, encontróse, mediante un examen radiográfico, un pequeño cuerpo extraño a inmediaciones del nervio ciático. Al practicar la operación, vióse que dicho cuerpo extraño se hallaba incrustado en el tejido cicatricial inmediatamente detrás del nervio. La extirpación del cuerpo extraño produjo un alivio inmediato y permanente. Gosset sólo encontró ligeramente afectado el nervio medio en las operaciones por él practicadas para combatir la causalgia de las manos. En uno de los casos observados por nosotros, los nervios medio y cubital se hallaban incrustados en el tejido cicatricial, y el nervio medio se encontraba definitivamente hipertrofiado y endurecido un poco arriba del pliegue de la sangradera. En otro de los casos, el nervio popliteo interno se hallaba rodeado de adherencias ligeras, y el nervio safeno interno (que después fué inyectado abajo de la herida) presentaba un estado normal.

En estos dos casos se había practicado previamente la neurolisis, pero sin producir alivio alguno. En el tercer caso, el nervio medio aparecía enrojecido y algo hipertrofiado, pero su consistencia era aparentemente normal.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1.—Nervios medio y cubital incrustados en el tejido cicatricial en el tercio inferior del brazo izquierdo. Nervio medio hipertrofiado y enrojecido, inmediatamente arriba del pliegue de la sangradera. La neurolisis previa no había producido alivio alguno.

El soldado raso G. E. herido en Chateau-Thierry, el 14 de Julio de 1919, había sido tocado por una bala de ametralladora en el brazo izquierdo, entre el omoplato y el codo. Esto produjo una fractura comminuta del húmero y una parálisis de los nervios cubital, medio y músculoespiral. Restablecióse gradualmente de la parálisis del nervio músculoespiral; pero como diez días después de haber recibido en la herida, el paciente comenzó a quejarse de una sensación quemante en la mano, que pronto fué de carácter paroxístico. Cualquier esfuerzo, por pequeño que fuese, de parte del enfermo, como por ejemplo, el simple reclinarse de la cama al acostarse, o cualquier otro movimiento rápido, irregular, del cuerpo, aumentaba el dolor.

El paciente fué operado en el campamento Grant, el día 10 de Febrero de 1919. Aplicóse entonces la neurolisis de los nervios medio y cubital. Una vez separados los nervios se les rodeó de un transplante grasoso. Evidentemente que la arteria braquial había sido lesionada, toda vez que cuando se practicó la operación no se notaba pulsación alguna abajo de la herida. En el curso de la operación encontróse el nervio medio adherido a la parte inferior del bíceps, torcido por tejido cicatricial. No estaba interesado el nervio cutáneo interno.

Examinado el 15 de Abril, el paciente sostenía el brazo flexionado en un ángulo de 80°, con la mano levantada y los dedos extendidos. Estos últimos aparecían delgados, y toda la mano se encontraba como atrofiada, comparada con la contraria. La piel estaba seca; no había transpiración. Notábanse escamas furfuráceas, especialmente sobre el dorso. La piel, en especial sobre el dorso, exhibía un color blanquizco y relumbrante, mientras que la de la palma de la mano era rojiza; pero no se observaba diferencia alguna sobre la distribución de los nervios medio y cubital.

Todos los movimientos de los músculos (flexores y extensores) estaban limitados. Esta limitación era probablemente debida al temor, de parte del paciente, de que sobrevinieran los paroxismos dolorosos, paroxismos provocados al menor esfuerzo de movimiento. La flexión extrema de los dedos estaba limitada por una fibrosis.

El paciente se quejaba de un dolor continuo en la mano, el cual era más intenso sobre la distribución del nervio medio, y cualquier movimiento lo agravaba. La acción del calor seco, la de una corriente de aire, y muy especialmente la de una atmósfera caliente, provocaban asimismo los paroxismos de dolor. Para evitar éstos el enfermo acostumbraba usar un guante humedecido con agua fría. Cuando dejaba de usar el guante, ponía la mano con frecuencia bajo un chorro de agua fría, pues sólo así obtenía alivio. Asumía el paciente diversas posturas a fin de dar protección a la mano, la cual sostenía alzada, inclinando el cuerpo hacia el lado izquierdo.

El dolor intenso aludido había afectado tanto la mentalidad como el carácter natural del enfermo. Evitaba el contacto con los demás pacientes de la sala y a menudo se ausentaba por largos períodos, pues evidentemente prefería la soledad. Algunas veces se le encontraba encogido sobre la cama, con el brazo doblado y sin movimiento, y con el cuerpo encorvado sobre la mano afectada.

El día 17 de Abril se descubrieron los nervios medio y cubital en el tercio inferior del brazo. Encontráronse incrustados en tejido cicatricial, del cual se liberaron. Luego se inyectó el nervio medio con una solución alcohólica al 60 por 100.

El enfermo obtuvo un alivio casi inmediato, desapareciendo el dolor. Restablecióse el movimiento, y aunque existía una atrofia considerable, háse notado una mejoría pro-

gresiva en la mano, así como en la salud general del enfermo.

Caso 2.—Causalgia del pie izquierdo. Ulceración del pie y de la pierna como resultado de maceración de la piel, debida al uso de toallas mojadas, por varias semanas consecutivas para envolver la pierna. El nervio poplíteo interno estaba rodeado por una cantidad pequeña de tejido cicatricial. Neurolisis previa, sin alivio alguno por transplatación grasosa. Curación por inyecciones de alcohol en los nervios poplíteo y safeno interno.

S. H. T. recibió en Chateau-Thierry, el día 28 de Julio de 1918, una herida por proyectil de ametralladora en la pierna izquierda. El proyectil había entrado en la superficie anteromedial del muslo, 8 pulgadas arriba del nivel de la rodilla, saliendo al mismo nivel sobre la superficie posterior y externa. Desde que recibiera la herida, habíase desarrollado dolor sobre la parte posterior de la pierna y sobre la cara interna del tobillo y del pie.

Una operación practicada en el campamento Crant, el 11 de Febrero de 1919, reveló la existencia de tejido cicatricial alrededor del nervio ciático, estado que, sin embargo, no había causado cambio patológico visible en el nervio. Empleóse la neurolisis por transplatación grasosa. En la historia del caso anotóse que una bolsa con hielo se aplicó el 24 de Febrero, con el objeto de combatir el dolor.

El paciente fué admitido en el Hospital General de los Estados Unidos, núm. 28, el 19 de Marzo. Dijo que no había sentido alivio alguno como resultado de la operación; que el dolor se agravaba con las aplicaciones calientes ó cualquiera otra irritación, pero que experimentaba mejoría con las aplicaciones frías.

El enfermo presentaba un aspecto bien triste. Permanecía en cama constantemente. El pie y la pierna estaban envueltos en toallas mojadas. Estas tenían que cambiarse con frecuencia, pues sólo el agua fría producía alivio. Como resultado de estas continuas aplicaciones de toallas humedecidas, la piel presentaba una maceración notable y habíanse formado varias úlceras grandes en el pie, y multitud de otras más pequeñas, debidas á la abertura y degeneración de vesículas. Conservábanse los movimientos, pero en esto había su limitación porque cualquier esfuerzo muscular producía paroxismos dolorosos.

El día 24 de Abril se puso al descubierto el nervio ciático, arriba del sitio de la operación previa, y entonces inyectóse el nervio poplíteo con una solución de alcohol al 60 por 100. A este procedimiento siguió un alivio inmediato sobre la distribución de este nervio; pero aunque menos intenso, persistía el dolor.

Anotóse en la historia del caso que antes de la inyección todos los movimientos de los músculos inervados por el gran ciático se conservaban intactos. Después de la inyección desapareció la flexión de los dedos del pie, y observóse al mismo tiempo una debilidad en la extensión y flexión del pie correspondiente.

Asimismo, después de la inyección, desaparecieron tanto el dolor como el tacto en la planta del pie y detrás del talón. Quedaba, sin embargo, un hipersensibilidad atrás y en la cara interna de la pierna hasta el maleolo interno en donde se produjo una completa pérdida de sensibilidad.

Cualquier presión sobre el muslo, ya fuese sobre la distribución de los nervios ó no, producía un dolor agudo que comenzaba en la cara interna de la rodilla y continuaba por sobre la parte interna de la cresta de la tibia hasta el maleolo interno, terminando en la parte posterior de esa región. Este dolor había existido desde el principio y persistía después de la inyección. Un sacudimiento ligero del enfermo, ó

aun el simple tacto, provocaba dicho dolor. Un eritema notable habíase desarrollado sobre la cara interna de la pierna. Esta lista eritematosa tenía de dos á tres pulgadas de ancho y se extendía hasta el maleolo interno, y al dorso de éste por sobre la cara interna del pie. La posición de esta extremidad no modificaba de manera alguna el dolor.

El día 28 de Junio se puso al descubierto el gran safeno, al nivel de la rodilla, y aplicóse una inyección de alcohol al 60 por 100.

El alivio fué inmediato. El día 30 de Junio anotóse en la historia del caso que las úlceras estaban en vías de cicatrización, que el eritema había desaparecido y que el enfermo se encontraba en condiciones satisfactorias. Poco después ya pudo el enfermo ponerse un zapato y andar con la ayuda de un bastón, pues las úlceras habían sanado por completo.

Para el día 10 del siguiente Agosto, habíanse restablecido todos los movimientos de los gemelos, del sóleo y del tibial posterior, así como la fuerza normal de estos músculos. El dolor no ha vuelto.

Caso 3.—Causalgia de la mano izquierda. Grietas y ulceración de la piel debidas á la sequedad, lo cual producía un estado sangrante de esa extremidad. El nervio medio hinchado y enrojecido. Alivio completo después de una inyección de alcohol al 60 por 100.

McM. H. R. recibió el día 2 de Octubre de 1918 una herida perforante por arma de fuego en el brazo izquierdo, una pulgada arriba del codo, sin fractura. Inmediatamente después de recibida esta lesión observóse una parálisis muscular espinal, así como de los nervios cubital y medio. Tres días más tarde la mano acusaba dolor: éste semejaba una sensación quemante ó á la que producen picaduras de alfiler ó de agujas. A las dos semanas el dolor se había intensificado. La piel de la mano había comenzado á exfoliarse al mismo tiempo, principiando este fenómeno en la palma de la mano y en la superficie palmar de los dedos índice y de su medio.

Para Diciembre de 1918, habíase desarrollado una erupción eritematosa húmeda que cubría toda la mano, excepto el dorso del pulgar. Se extendía por sobre el dorso de la mano hasta la muñeca. Las aplicaciones calientes agravaban el dolor; por el contrario, las frías, so re todas las de agua helada, lo aliviaban. Para obtener alivio el enfermo envolvía la mano en toallas empapadas en agua fría.

Por varios meses el estado descrito era tal, que el menor sacudimiento de cualquier parte del cuerpo provocaba hiperalgesia. Para evitar todo movimiento corporal, el enfermo procuraba andar sobre los dedos de los pies. Las fricciones de la piel, especialmente las secas, producían una sensación quemante. Un ruido repentino empeoraba el dolor. El paciente sentía la mano «caliente y seca». No era tan intenso el dolor en tiempo lluvioso, pero sí cuando la mano se calentaba y sudaba profusamente.

Para el mes de Marzo de 1919 había casi desaparecido la parálisis músculo-espinal, y el paciente podía extender la muñeca. Para Mayo ya podía cerrar la mano casi por completo. Para el 1.º de Julio había readquirido todos los movimientos de la mano y de la muñeca. Ya podía considerarse normal la fuerza de los músculos.

Al principio, la ulceración afectaba toda la palma de la mano y el dorso hacia arriba hasta la muñeca. El dorso de la mano cicatrizó gradualmente de arriba hacia abajo, y cuando se examinó por primera vez en el Hospital General de los Estados Unidos, núm. 28, sólo se percibía una ligera resequedad, enrojecimiento y exfoliación sobre el dorso de la mano. La palma se encontraba ulcerada y sangrante. Las úlceras despedían un olor asaz desagradable. Producíase un

dolor agudo en la mano y el brazo al ejercer presión sobre el curso del nervio medio al nivel de la cicatriz.

Pensóse alguna vez en la existencia de un neuroma; pero no podía practicarse un examen satisfactorio debido al dolor que se causaba á la presión sobre el trayecto del nervio.

El día 6 de Septiembre se puso al descubierto el nervio medio, arriba de la herida vieja. Aquí encontróse el nervio enrojecido y como inyectado. Presentaba un tamaño mayor que el normal; pero no se notaba diferencia alguna en su consistencia. Inyectóse entonces con una solución alcohólica al 60 por 100.

Para el día 8 de Septiembre observóse que el dolor había desaparecido; la mano se hallaba seca y comenzaba á cicatrizar.

Para el día 11 del mismo mes ya no había dolor alguno, las úlceras habían sanado y la mano se encontraba seca con algo de exfoliación.

La inyección de alcohol fué seguida de una parálisis casi completa del flexor común superficial de los dedos, del flexor profundo del índice y dedo del medio, y una parálisis completa de los flexores del pulgar. Notábase á la vez una ligera debilidad del palmar mayor, y una casi completa parálisis del palmar menor. Quedaba alguna fuerza en el oponente del pulgar.

Para el 17 del propio mes de Septiembre, el dolor había desaparecido por completo. La mano, según las propias palabras del enfermo, sentíase como si fuera «una mano nueva». Había reaparecido una gran parte de la fuerza motriz en los últimos seis días, en especial en el oponente del pulgar y los flexores del dedo del medio. Comenzaba á restablecerse la fuerza motriz en el flexor profundo del índice; pero no se observaba aún el restablecimiento de la flexión del pulgar. El enfermo se ausentó con permiso para visitar á su familia.

COMENTARIOS

Por regla general el dolor adquiere su mayor intensidad á los cuatro, cinco ó seis meses después de recibida la lesión; entonces disminuye lentamente (algunas veces muy lentamente), de manera gradual. El temor de provocar paroxismos de dolor, puede persistir aun después que dicho dolor ha cedido, y los enfermos procuran evitar la recrudescencia del síntoma aludido.

Quizás no se observe una mejoría en los movimientos voluntarios, ó puede sobrevenir de una manera lenta, aun después de que el dolor ha cedido; y las posturas de las partes afectadas suelen persistir, dando por resultado el desarrollo de anquilosis que difícilmente pueden corregirse, dejando inútiles el pie ó la mano.

Los tres pacientes tratados por las inyecciones intraneurales de alcohol al 60 por 100, experimentaron un alivio inmediato. Las úlceras, así como las grietas de la piel, cicatrizaron rápidamente, y la parálisis producida por las inyecciones fué tan sólo temporal.

El uso temprano de los músculos de las extremidades afectadas, evitó el desarrollo de contracciones y de la atrofia.

En el primer caso, en que el nervio medio fué inyectado el 17 de Abril de 1919, un examen practicado el 25 de Septiembre siguiente, reveló el restablecimiento de la fuerza, prácticamente normal, de todos los músculos en la distribución del nervio medio.

En el segundo caso, el nervio poplíteo interno se inyectó el 24 de Abril de 1919, y para el día 10 de Agosto, 1919, encontróse después de practicado el examen respectivo que todos los músculos bajo el dominio de dicho nervio habían readquirido sus movimientos, y que era prácticamente nor-

mal la fuerza exhibida por los gemelos, el sóleo y el tibial posterior.

En el tercer caso púsose la inyección el 6 de Septiembre, y para el 17 del mismo mes habían vuelto los movimientos en el oponente del pulgar y en los flexores del dedo del medio. Comenzaban á restablecerse los movimientos en la parte del flexor profundo inserta en el índice; pero la fuerza muscular no había reaparecido en el flexor largo del pulgar.

Parece que en algunos casos el alcohol al 60 por 100 interrumpe el curso de los impulsos sensorios; pero no afecta la transmisión de los impulsos motores. Por los extractos de historias de casos, que se han citado, se ve que las parálisis del movimiento, cuando llegan á presentarse, exhiben un carácter transitorio, pues el restablecimiento al estado normal es rápido.

Al practicarse esta inyección, los nervios afectados deben descubrirse bajo anestesia. La inyección debe ponerse más arriba de la herida ó del lugar de la lesión; pues en aquellos casos en que se puso más abajo de dichos sitios, los resultados fueron temporales. Deben inyectarse, como dosis, de 1 á 2 centímetros cúbicos de una solución alcohólica al 60 por 100. Después de la inyección el nervio se hincha y adquiere un color blanquizco semejante al que se produce en los nervios que se han puesto en alcohol para estudios histológicos.

En el tratamiento de estos casos, Leriche ha recomendado la simpatectomía periarterial. El procedimiento por inyecciones intraneurales de alcohol al 60 por 100, sugerido por primera vez por Sicad, es tan sencillo, y son tan satisfactorios los resultados, que debe ser el preferido. Siempre que se practique la neurolisis en los casos de causalgia, debe acompañarse de una inyección alcohólica al 60 por 100. La neurolisis, por sí sola, no domina el dolor en muchos casos y en aquellos en que lo hace, el alivio es tan sólo temporal. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1-15-920.)

2. Un caso de extirpación del bazo por herida de bala, por S. Mitterstiller.—Hombre de veintidós años, que á una distancia de medio metro recibe el proyectil de 7,5 mm. de una pistola Frommer. Orificio de entrada en la parte externa del sexto espacio intercostal izquierdo, expectoración y vómitos sanguinolentos, dolor en la parte izquierda y superior del vientre; pulso débil con 70 latidos al minuto. Laparotomía con extirpación del bazo, en el que después de haber atravesado el pulmón, se alojaba la bala (presentada por el autor con el bazo al dar cuenta del caso); se limpió el peritoneo, en el que existía gran cantidad de sangre, se suturó el diafragma y se cerró la herida operatoria, dejando desagüe. El paciente pudo abandonar la cama á los catorce días; algunos después sobrevinieron síntomas de inflamación pulmonar, con fiebre alta, de los que al fin curó.

Por disminución del número de glóbulos rojos y aumento del de los blancos la proporción entre ellos llegó á ser de 1:124 en vez de 6:200. Los glóbulos blancos estaban entre sí en estas proporciones:

Polinucleares, 47 por 100; normal, de 70 á 72 por 100.

Pequeños linfocitos, 35,5 por 100; normal, de 20 á 25 por 100.

Grandes monucleares, 10,5 por 100; normal, de 3 á 5 por 100.

Eosinófilos, 4,5 por 100; normal, de 0,5 á 3 por 100.

Influyó sin duda la hemorragia en este proceso, que se refiere á los treinta días que siguieron á la extirpación; dos meses más tarde, aunque con diferencias menores, los resultados eran en el mismo sentido. (*Wiener Klinische Woch.*, núm. 53 de 1919.)—L. P.

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.

Oposiciones y escándalo.— Más datos para la autonomía.

Nuevamente ha venido á preocupar la atención pública un escándalo promovido en San Carlos por la votación pública del resultado de unas oposiciones á Cátedra.

Tenemos la certeza de que nuestros lectores no han olvidado lo que hace dos años ocurrió con motivo de una Cátedra de Madrid: gritos, silbidos, protestas, y por último, *veto* impuesto por el público al funcionamiento del Tribunal. Entonces se impidió que los ejercicios se efectuaran: hoy se ha pedido con violencia que se anularan los ya efectuados, por asegurar el público que la Cátedra se había concedido al peor de los opositores.

Carecemos de datos positivos para emitir un juicio sobre asunto tan delicado, en el que sin antecedentes y detalles es temerario y absurdo dar opinión; pero esto no empece á que llamemos la atención del señor ministro de Instrucción Pública sobre este pleito de las oposiciones.

Somos partidarios acérrimos y convencidos del sistema de oposición, sobre todo en un país en el que todo otro procedimiento conduce siempre á la arbitrariedad, al nepotismo y á los excesos del favor ó del capricho. Reconocemos que el procedimiento de la oposición tiene defectos; pero no se nos negará que es el que menos peligros encierra.

Lo que los buenos gobernantes tienen el deber de hacer es corregir los defectos, sobre todo aquellos que son de tanta evidencia como los que hoy perturban el claro y recto funcionamiento de la provisión de Cátedras.

Un ministro improvisador y genial (*á modo suo*), inspirado por un genio tutelar asfixiante, planteó el actual sistema de los cinco jueces, todos de una misma asignatura y automática y rotativamente designados. Entonces pronosticamos lo que sucedería; hoy vemos confirmado lo que anunciábamos como efecto del improvisado disparate.

Éljese el Sr. Rivas en lo que ocurre y ponga decidida mano para obtener una medida legislativa que de una vez establezca un sistema de garantía y de eficacia para asunto, que no es sólo de interés para las *cofradías monásticas* universitarias que ahora se disfrazan con los eufemismos de la auto-

nomía, sino que es de interés general, nacional social, que está y debe estar por encima de todos los egoísmos de un funcionalismo estrecho y de un nepotismo bien comprobado.

A la obra, pues, y á modificar ese Reglamento imposible, engendrador de todo linaje de dificultades y amenazador de continuados amaños.

A propósito de autonomía universitaria, las cosas ocurridas en los últimos días empiezan á ser verdaderamente elocuentes: un Tribunal compuesto de tres priores (rectores) de respectivas cofradías docentes, son objeto de silbas y protestas por parte del público que les acompaña, apedreándoles é insultándoles, hasta el Ministerio donde se acogen, y al día siguiente cierran en el Parlamento con diatribas y agresiones contra el cuarto prior, ó sea con el rector de la Universidad de Madrid, porque no les amparó y defendió en su gestión, desarrollando una eficacia política, una previsión inverosímil y una ubicuidad imposible. ¡Lo que nos queda que ver en cuanto estos señores sean verdaderamente autónomos y tengan como única garantía de su función la unión y el espíritu de clase y el entusiasmo y el interés de la enseñanza!

DECIO CARLAN

El romanticismo de Tolosa-Latour⁽¹⁾

POR EL
DR. CESAR JUARROS

Pasó la enfermedad; pero dejando tras sí inesperada estela de preocupaciones. El bebé de seda, nácar y oro, está triste y llora. Llorando pasa los días y su llanto monoritmico, sin inflexiones, ni descansos, derrama lancinante inquietud sobre los espíritus de la familia, no repuesta todavía de los sustos que acarreara la pasada dolencia.

Besos, mimos, ofertas de juguetes, carantoñas del abuelo, nada logra contener las lágrimas de la nena rubia, blanca y delicada, como las princesitas de los cuentos; nada, ni las zalamerías de «Tarugo», el gatito blanco y runruneante.

De las amapolas de las mejillas no desaparece el rocío de las lágrimas, que los labios de la madre sorben ansiosos, ilusionados, con la esperanza de agotarlas.

¿Por qué tal dolor? ¿Qué extraño y profundo mal es este que así viene á truncar la prometida convalecencia?

Automática, incesantemente el bebé repite:

—Mi muñeca Rosita está muy enferma. ¡Se va á morir! Y de nuevo el llanto copioso, desgarrador, martilleante.

(1) Cuartillas leídas en la sesión celebrada en recuerdo de Tolosa-Latour por la Sociedad Española de Higiene.

Al comienzo todo fué tomarlo á broma, reír, celebrar la precoz seriedad de la pequeñuela, su aire de persona mayor; pero viendo pasar las horas y llegar á dos las noches faltas del consuelo del sueño, á la algazara siguió el silencio, al silencio la inquietud, á la inquietud el sobresalto, y al sobresalto el miedo, ciego, frenético.

Una vecina, comadre de media calada, traje de seda y zapato de charol; pero tan intrínsecamente comadre como la portera más portera de la calle de Zurita, aventuró la hipótesis. A los pocos momentos la angustia habíase adueñado de los ánimos todos.

—¿Se habrá vuelto loca?

El abuelo dejó quieta la desdentada boca, el gatazo pacífico, gordo, sibarita, recibió con el manotón más fuerte que sufriera jamás, la severa prohibición de volver á subirse á la cama; las lágrimas de la madre fundiéronse con las de la hija y las criadas se contaron bajito, bajito, en un rincón de la cocina, cómo el señor al tropezar con el balón había sacado un pañuelo para enjugar, Dios sabe qué, indiscretas humedades de los ojos.

—¿Se habrá vuelto loca?

Y mientras todos la miraban sobresaltados, la nena seguía repitiendo en un canturreo monótono como rezo de vieja, lluvia de invierno ó ruido de carcoma:

—Mi muñeca ¡Rosita! está muy enferma. ¡Se va á morir!

La opinión fué unánime.

¡Que venga Tolosa!

Llegó Tolosa. Su presencia tuvo el significado de una tregua en la victoria del dolor.

Se limitó á ordenar que se dijese á la niña que el doctor Fausto iba á venir á ver á ver á la muñeca, á aquella «Rosita» coloradota, de cara porcelánica que abría y cerraba los ojos y sabía decir papá y mamá.

Poco después la doncella entraba en la alcoba anunciando:

—¡El Dr. Fausto!

Y avanzó Tolosa.

—¡Pero tú eres Tolosa!

—No, nena, yo soy el Dr. Fausto.

—¡No, no, tú eres Tolosa! ¡Dame un caramelo!

—Te equivocas. Para los niños soy Tolosa; pero para las muñecas soy el Dr. Fausto.

Pulsó á la muñeca, la percutió, simuló detenido examen, sacó una receta y escribió seria, atentamente.

—¡Mira, nena, cuando la chacha traiga estos polvitos los echas por la boca de la muñeca y la levantas! Eatará curada.

La niña rubia, blanca y delicada, obedeció fielmente; cesó el llanto y volvió la calma á la familia.

Tolosa apuntó aquél día en el Dietario donde consignaba sus enfermas: «Rosita».

Este era Tolosa. Un romántico.

Por serlo regatearon tanto su valor y fué tan incomprendido su sentimentalismo, siempre en flor.

¡Un romántico!

Un rebelde. Uno que se resiste á mirar al suelo, un soñador. Otro más de esa legión de hombres llenos de piedad y ternura que inventaron para consuelo de los demás mortales, las exquisitas mentiras de que el amor puede ser único y eterno, de que vale más una mirada que un puñado de pesetas. Un fabricante de disfraces con que enmascarar, endulzar y embellecer la tiranía de los instintos. Un peregrino conocedor de ocultos senderos donde escuchando la canción del viento, puede presentirse la posibilidad de otro vivir más cordial, más empapado de ilusión. ¡Un romántico! Un

ser extraño capaz de llorar la muerte del sol en los crepúsculos invernales, de besar un pañuelo y de llevar flores á una tumba desconocida, sólo porque el epitafio pregona juventud, miseria y orfandad.

Los otros, los del sentido práctico, los de corazón frío y ojos reseco, los vencedores; no son justos en su desagrado para con los románticos.

En la pasada guerra contribuyeron considerablemente al triunfo los que confeccionaban ingeniosas simulaciones con que ocultar á la vigilancia de los aeroplanos enemigos, baterías y defensas.

Idéntica misión á la de los románticos que con bastidores de ilusión, ramajes fingidos y viejos troncos de la dulce mentira, pretenden ocultar la cruel verdad de la vida.

Hay muchos modos de ser romántico.

Tolosa lo era constitucionalmente, no tenía un romanticismo sugerido, ese romanticismo voraz campeador, que atraviesa una vez en la vida por las almas como una ola de poesía y ensueño, dejándolas sembradas de nostalgias imposibles; ni tampoco el romanticismo segmentario que sólo brilla en un pequeño sector psicológico, el romanticismo profesional de muchos poetas, duros, crueles, insensibles al dolor ajeno, é incapaces de toda exaltación lírica fuera de la forja de sus versos.

No era tampoco el de Tolosa un romanticismo impuesto, actitud meditada y escogida como arma de combate; no; Tolosa era un hombre saturado de romanticismo centrífugo, sincero, oleoso, refractario á la noción exacta de lo real.

Este modo de ser explica, perfecta, plenamente, su personalidad médica, su intensa labor de apóstol en pro de la infancia, su escasa producción de carácter científico. Era el suyo cerebro de muy extrañas y bellas cristalizaciones dando á esta palabra el significado que la da Stendhal. El espectáculo de su vida aparece contemplado serenamente como tenaz pugna por someter un temperamento rebelde por ansias de romanticismo á las angosturas de un casillero profesional.

Para poder seguir remando de por vida en las galeras de la profesión más ingrata y difícil de las profesiones, Tolosa tuvo que revestir el banco del remo con tapices imaginarios. Tal esfuerzo no fué jamás bien comprendido por los compañeros, ni por el público, y sin embargo, ¡cuanta abnegación, cuánta tenacidad, qué rico caudal de renunciaciones, supone el empeño de continuar prisionero voluntario!

¡Cuántas voluptuosidades espirituales desperdiciadas! ¡Cuántas orfebrerías de ensueño desdichadas en nombre de un deber tiratol!

Pocos sabrán comprender el dolor de este esfuerzo, y sin embargo, cuánta energía, cuánta generosidad aliena en el sacrificio de renunciar á esas horas de fantasía desbordada en que el sol parece venir á contarnos, como á la reina Saba, lo que vió al pasar sobre los desiertos y los mares.

Y esta lucha sostenida sin ayuda de orgullo alguno, sin la defensa moral de un hijo, frente á la incompreensión de los filisteos, que piensan que el mundo del sentimiento es cosa sin importancia, una locura enamorarse de las estatuas y una necedad soñar con grutas de cristal escondidas en las entrañas de la tierra.

El romanticismo causó á Tolosa graves perjuicios, le impidió dejar obra técnica digna de su inteligencia, le creó enemigos, empedró de ingratitudes los senderos de su vida; pero contra lo íntimo del carácter no cabe luchar y él al intentarlo, si no consiguió el ideal de vencerse, alcanzó al menos el triunfo de conseguir para su vida una patina de aristocrático esteticismo.

Así era el romanticismo de Tolosa, y en hacerlo resaltar

no hubo por mi parte ni elogio desmedido, ni propósito de adulación, ni ofuscamiento de buen amigo; aunque al oírme pueda alguien haber pensado con la Gerarda de «La Doctorea»:

¡Viene de la huesa y pregunta por la muerte!

Contra la Sindicación de la clase médica y en favor de las clases proletarias.

Constantes en nuestro deseo de publicar todas las opiniones importantes que acerca del pleito de la Sindicación se nos envían ó ven la luz en otros colegas, damos hoy cabida al notable artículo que en el periódico *El Sol* ha publicado nuestro corredactor el Sr. Goyanes.

Dice así:

«El rechazar de plano la hoja de adhesión enviada por el grupo sindicalista de la clase médica á todos los colegas (y este nombre suena más armonioso que el de síndicos), me obliga á explicar mi actitud de una manera abierta y pública, exponiendo las razones por las que me opongo á la congregación sindical y lucharé contra ella.

La sindicación de las clases proletarias es una organización moderna, todavía amorfa y de poca consistencia, pero de decisiva importancia para la redención de la servidumbre á que aquéllas se hallan todavía sometidas, pues en la ruda lucha por la vida, los trabajadores manuales, á causa de su pobreza é ignorancia, se hallan en un grado de indefensión inconcebible y arbitraria.

Biológicamente, la sindicación consiste en congregar en un organismo provisto de centro cefálico director á cada grupo ó gremio; algo así como la centralización nerviosa de un cierto conjunto de elementos celulares en los seres vivos, diferenciados para constituir centros de la vida de relación.

Pero, á nuestro juicio modesto, el grupo sindicalista constituido, gobernado por su centro cefálico, debe llevar su acción exclusivamente á la lucha para mejorar sus relaciones con el capitalismo, y aun para suprimirle, ya que éste, amparado siempre ó casi siempre por los organismos directores de la nación, tiene ganada la batalla. Y, en efecto, los Gobiernos nunca han protegido al trabajador manual por impulso espontáneo, sino á remolque de los tiempos, de un modo precario y con leyes arrancadas al temor ó á la eficacia de huelgas y movimientos revolucionarios. La transformación sucesiva de las relaciones entre el capital y el trabajo, y aun la supresión final de aquél como elemento de producción, constituye, á nuestro modo de ver, el objeto y fin de la formación de los grupos sindicales.

El trabajador manual no se halla hoy capacitado, dada nuestra organización social, para poder trabajar en relación directa con el individuo que utiliza el producto de su trabajo, sino que se encuentra más ó menos explotado por el intermediario capitalista.

En cambio, el trabajador intelectual ó, si queréis, obrero de las profesiones llamadas liberales, no tiene ó no debe tener intermediario que le explote, sino que recibe su retribución (honorarios, fijaros bien, honorarios!), del que aprovecha su actividad. Por eso el médico ó el abogado que trabaja en una Sociedad y es explotado por su capitalista (profesional ó no) es un hombre que se ha sometido voluntariamente á una servidumbre, incompatible con su dignidad de trabajador liberal. Pero no existiendo explotación en el trabajo profesional, salvo en los casos de esos siervos de las Sociedades llamadas de médico, botica y entierro (y este último parece

la consecuencia final y lógica de la actuación de aquél), los médicos no necesitan sindicarse.

Los servicios prestados en las Beneficencias nunca pueden considerarse como explotación, por mezquino que sea el sueldo percibido; pues además del recurso de dedicarse á la actividad profesional libre, ni el Estado, ni la provincia, ni el Municipio tratan de beneficiarse con el trabajo del médico, es decir, no le explotan.

Convertir en liberales, es decir, no explotados por intermediarios, todas las profesiones y oficios, es, ó debe ser el norte y fin de la sindicación. Conseguido esto, las agrupaciones sindicales se desharán, como los terrones de azúcar echados en el agua, que al principio la enturbian, pero al disolverse, aquélla recupera su hermosura y transparencia, y, además, queda endulzada.

El mejoramiento de las condiciones morales y materiales de cada hombre libre depende, en primer lugar, de su propio honor y conducta (cada uno vale en este mundo solamente tanto cuanto él se hace valer, dice un rico proverbio); en segundo lugar, de su educación general en la escuela y en la familia, y en último y más ligado término á su actuación como profesional, en la educación que en los órdenes ético y científico, no en la mera instrucción, debe respirarse en ese trozo del «alma mater» de los médicos que se llama Facultad de Medicina, donde, por desgracia, la atmósfera que se respira es asfixiante, salvo contados sitios llenos de vivificador oxígeno, esparcido por preclaros y excepcionales maestros.

El Colegio Médico es, ó debe ser, una institución orgánica suficiente para mantener las armónicas relaciones entre los profesionales, y conducir al mejoramiento de la clase, y por lo tanto, la dictadura nepocrática de unos señores colegas, constituidos en Junta sindical, ó la echocrática de una mayoría, casi siempre mediocre é ignara, es tan inadmisible y repugnante como la guardia pretoriana de Roma ó el regimiento de los genizaros de Constantinopla.

No deben, pues, sindicarse los militares, que son los músculos y la fuerza de la patria; ni los médicos, que son el corazón que endulza y mitiga los dolores del cuerpo social; ni los abogados y jueces, alma vigilante en la armonía entre los ciudadanos; ni los arquitectos é ingenieros, esqueleto del cuerpo social ó trabazón física de su bienestar material; ni los hombres de política, Estado y Gobierno, cerebro director de la nacionalidad. Sólo deben sindicarse los trabajadores manuales, para impedir su explotación por esos parásitos de la sociedad, que son los capitalistas que no trabajan.

Yo opino, lo mismo que Madinaveitia, que los médicos y demás trabajadores de las profesiones liberales no tienen derecho á la huelga, no solamente por la elevada índole de su trabajo, sino porque no siendo, como no son, explotados por ningún capitalista, no deben valerse de aquella arma.

Dr. J. GOYANES.

Es de notar en el anterior artículo, lo mismo que se puede notar en la conferencia del Sr. Madinaveitia, el que sus autores, bien conocidos por lo avanzado y radical de sus ideas, no confunden el pleito del proletariado manual con el de las profesiones liberales, como tampoco lo ha confundido el Congreso socialista últimamente celebrado, al repudiar el apoyo á las huelgas médicas que algunos solicitaban de él.

UN CASO ESCANDALOSO

DETENCION DE UN MEDICO FALSO

«En la noche del día 7, sábado, fué detenido en Viana (Orense), un sujeto llamado José Luis Blanco, que se hacía pasar por médico americano, procedente de la Universidad de Filadelfia.

Hace algunos años llegó al pueblo de Manzanedo, partido de Trives, donde había nacido el citado individuo, instalando un gabinete médico con todo lujo, sin que sus antiguos conocidos pudieran explicarse cómo pudo obtener en tan poco tiempo el título de médico. El Colegio de Médicos, á quien infundió cierta desconfianza, se negó á admitirle, pero tuvo que ceder á virtud de apremiantes órdenes del Ministerio de Instrucción Pública.

No obstante, el expresado Colegio, después de insistentes gestiones, pudo averiguar que el individuo en cuestión se hizo pasar en Filadelfia como médico español, exhibiendo un título expedido por la Universidad de Valladolid, en cuyo Centro se ha comprobado que no cursó estudio alguno el falso médico.»

Hasta aquí la referencia que tomamos de un popular diario; pero ahora añadimos nosotros: ¿Qué apremiantes órdenes pueden ser esas emanadas del Ministerio de Instrucción Pública? ¿De cuándo acá tiene este departamento competencia para influir en los Colegios Médicos con objeto de que admitan en sus listas á individuos cuyos títulos les parecen sospechosos? El Colegio de Orense cumplió estrictamente con su deber al pedir la exhibición de un título profesional, sin el cual no pueden incluir en sus listas á persona alguna.

Convendría que quien esté suficientemente enterado dijera con claridad lo que en ello haya ocurrido; pues si los Colegios Médicos, que realmente comienzan ahora á vivir, ceden en la defensa de una atribución que les es esencial, no podrán quejarse de caer más tarde ó más temprano en una anulación de su eficacia que redundará en perjuicio de todos.

INSTITUTO MEDICO VALENCIANO

CURSO DE 1919-20

Extracto de la primera conversación médica, celebrada el día 20 de Enero de 1920.

El presidente, Dr. D. Juan Peset, da por inaugurado este período de sesiones.

Un caso de encefalitis letárgica, por el Dr. Martínez Sabater.

L. G., de quince años, sin antecedentes patológicos familiares ni propios; bien constituida y reglada desde los trece años, presenta el día 12 de Diciembre de 1919 ligero quebrantamiento general, fiebre de 40°, débil cefalea. Al siguiente día mejora la cefalea y aparece ligero malestar, estrabismo y diplopía, y por la tarde cierta torpeza en los movimientos, la cual va acentuándose hasta que al tercer día de enfermedad la niña se encuentra en verdadero estado catafórico.

En nuestra visita (cuarto día de enfermedad), decúbito supino, completamente extendida, ni rigideces ni contracturas, respiración normal, marcada ptosis palpebral bilateral, facies de indiferencia sin reacción mímica: somnolencia en la que volvía á caer en cuanto dejaba de interrogarla, mas

sin pérdida de conocimiento. En tórax nada de anormal. Pulso algo bajo de tensión, á 110-120, correspondiendo á su estado febril 38-39°. Lengua roja, descamada en el centro y con fuliginosidades; ligero estreñimiento y meteorismo; ni gorgoteo, ni infartos viscerales. Incontinencia de orina; por sonda se obtuvo más de un litro por veinticuatro horas.

Por parte del sistema nervioso ni delirio, ni agitación, ni contracturas, ni vómitos; ligera anestesia a nivel del tronco; Babinski y Wespall positivo y aumentado; ausencia de raya meníngea de Trousseau y Kernig conservando todos los movimientos del cuello; predominaba la señalada tendencia al letargo.

Instigado por tal cuadro decidí completar su estudio en el laboratorio, á lo que tan graciosamente se ofreció el doctor J. Peset.

Análisis de sangre: Negativos el hemocultivo y reacciones de aglutinación del grupo tífico.

Análisis de orina: Nada anormal.

Análisis de líquido cefalorraquídeo: Normal. Sin albúmina exagerada, ni globulinas, ni leucocitos y sin elementos bacterianos al examen directo y en su cultivo.

Con todos los datos anteriores y por exclusión, vine á deducir me encontraba en presencia de la *enfermedad misteriosa* de los ingleses ó del *nona* de los italianos, que tan admirablemente describieron algunos autores á raíz de la epidemia gripal del 89-90 del pasado siglo. Y efectivamente: continuados estudios me confirmaron se trataba de tal enfermedad, descrita también por Netter en 1918 con el título de *encefalitis letárgica*.

El 22, delirio durante unas horas.

El 24, la ptosis palpebral había casi desaparecido; pupila menos contraída, reaccionando mejor á la luz y rehabilitándose la visión, disartria por la mañana y afasia por la tarde; ni ceguera ni sordera verbal.

El Dr. García Donato opina que se concede frecuentemente demasiada extensión al concepto de encefalitis letárgica.

El Dr. García Brustenga invita al Dr. Sanchis Bergón á que exponga los datos que tiene reunidos sobre el particular. Este promete hacerlo después de la conferencia que dará el Dr. Rodríguez Fornos. Este agradece dicha atención y promete dar una conferencia antes de la próxima sesión ordinaria del Instituto. El Dr. Muñoz Carbonero excitó á todos los compañeros, que tantos casos ven de tal enfermedad, á aportar los datos que recojan.

Medio para evitar la acción local de los inyectables por vía hipodérmica, por el Dr. Gay Méndez, farmacéutico del Hospital Provincial.

La ionización de las sales en solución inyectable, cuya ionización seguida de la hidrólisis que pueden verificar, da á las soluciones carácter francamente ácido ó básico, según el poder de ionización del ácido y base resultantes de este proceso químico, y como consecuencia de él, la producción de fenómenos locales en el punto de la inyección, dolores, escaras, flemones, etc.

Fijóse especialmente en una fórmula muy corriente, de glicerosfato sódico, cacodilato sódico y cacodilato ó sulfato de estricnina; que presenta reacción fuertemente alcalina, debida no sólo á la cantidad de carbonato sódico libre que suele acompañar al glicerosfato, sino también á la disociación de esta sal y como consecuencia de estos hechos, á más de ser de aplicación bastante dolorosa, se produce la precipitación del alcaloide; inconvenientes ambos que se han podido resolver con la adición de iones ácidos, resultando las soluciones en condiciones no sólo de llevar el al-

caloide deseado y disminuída la acción local de la solución, sino también de contrarrestar cuando el líquido se ha acidulado lo suficiente el alcalí resultante de la descomposición de los vidrios empleados para la fabricación de las ampollas que se utilicen.

Este procedimiento presenta el inconveniente de modificar algo la fórmula pedida por el médico, en virtud del desalojamiento de algunos ácidos de las sales por el que se añada, pero este inconveniente parece compensarlo con creces con las ventajas obtenidas.

En atención á estos hechos preguntó al concurso si podría establecerse el mismo medio en otros muchos casos análogos, que ocurren á diario en la práctica farmacéutica.

El Dr. J. Peset felicitó al comunicante y le rogó ampliase la comprobación experimental de que los cationes ácidos ó bases añadidas en los casos citados disminuyen dicha acción local en distintos casos particulares.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Administración.

OPOSICIONES Á CUATRO PLAZAS VACANTES EN EL CUERPO MÉDICO DE BENEFICENCIA GENERAL

Programa de las preguntas que, para el primer ejercicio, ha redactado el Tribunal de dichas oposiciones, en cumplimiento de lo dispuesto en el párrafo último de la convocatoria publicada en el día 21 de Octubre de 1919 (1).

- Núm. 106. Tratamiento de la neumonía fibrinosa.
- Núm. 107. Bronco-neumonía aguda: Lesiones; síntomas; tratamiento.
- Núm. 108. Tratamiento medicamentoso de la tuberculosis pulmonar.
- Núm. 109. Formas clínicas de la tuberculosis del pulmón.
- Núm. 110. Del llamado diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar.
- Núm. 111. Tratamiento higiénico-dietético de la tuberculosis pulmonar.
- Núm. 112. Tratamiento denominado específico de la tuberculosis pulmonar: Indicaciones razonadas.
- Núm. 113. Indicaciones y técnica del pneumotórax artificial.
- Núm. 114. Orientaciones actuales de profilaxis individual y social de la tuberculosis pulmonar.
- Núm. 115. Procesos principales que pueden confundirse con la tuberculosis pulmonar.
- Núm. 116. El mediastino: Recuerdo anatómico; síndrome clínico del mismo.
- Núm. 117. Ventajas é inconvenientes de la hospitalización en los enfermos del aparato respiratorio.
- Núm. 118. Edema agudo del pulmón: Síntomas y tratamiento.
- Núm. 119. Cáncer del pulmón y de la pleura: Sus síntomas y tratamiento.
- Núm. 120. Indicaciones y técnica de la toracentesis en los derrames de la pleura.

(1) Véase el número anterior.

- Núm. 121. Valor clínico de la auscultación como método exploratorio.
- Núm. 122. Examen clínico de las vibraciones torácicas de la voz; Su importancia diagnóstica.
- Núm. 123. Del pulso venoso como medio de diagnóstico.
- Núm. 124. Datos estructurales y embriológicos del miocardio de positivo valor clínico.
- Núm. 125. Formas clínicas de la endocarditis aguda.
- Núm. 126. Juicio crítico de los distintos medios exploratorios de la tensión arterial.
- Núm. 127. Principales alteraciones del ritmo cardíaco.
- Núm. 128. Signos físicos y trastornos funcionales que caracterizan la estrechez mitral.
- Núm. 129. Signos clínicos precisos de la angina de pecho: Tratamiento del acceso.
- Núm. 130. Etiología general de las lesiones urico-valvulares del corazón.
- Núm. 131. Gobierno nervioso del corazón.
- Núm. 132. Signos clínicos de la pericarditis.
- Núm. 133. Caracteres clínicos de la insuficiencia valvular aórtica.
- Núm. 134. Principales lesiones congénitas del corazón.
- Núm. 135. Elementos fundamentales del pronóstico en las lesiones cardíacas.
- Núm. 136. Aneurismas de la aorta torácica: Síntomas y tratamiento.
- Núm. 137. Del insomnio en los cardíacos: ¿Cómo se produce?; ¿cómo se alivia?
- Núm. 138. Valor clínico de la esfigmografía y cardiografía moderna.
- Núm. 139. Diagnóstico precoz de la insuficiencia cardíaca.
- Núm. 140. Principales formas clínicas de la asistolia confirmada.
- Núm. 141. Tratamiento hidromineral de las cardiopatías crónicas.
- Núm. 142. Principales embolias viscerales de origen cardíaco: Síntomas de las mismas.
- Núm. 143. Cuidados higiénicos en las distintas cardiopatías.
- Núm. 144. Anestesia general en los cardíacos: Problemas que suscita.
- Núm. 145. Embarazo, parto y puerperio en sus relaciones con las cardiopatías.
- Núm. 146. Arterioesclerosis en general: Patogenia y tratamiento.
- Núm. 147. Descripción anatómica del riñón: Su estructura.
- Núm. 148. Funciones del riñón: Secreción urinaria.
- Núm. 149. Estudio de la secreción interna del riñón.
- Núm. 150. Exploración funcional de los riñones: Juicio crítico de los diversos procedimientos.
- Núm. 151. El análisis de orina y de la sangre en las enfermedades del riñón.
- Núm. 152. Estudio de la albuminaria y del edema en las afecciones renales.
- Núm. 153. Concepto y clasificación de las nefritis.
- Núm. 154. Etiología general y patogenia de las nefritis.
- Núm. 155. Estudio anatomopatológico de las nefritis.
- Núm. 156. Diagnóstico y pronóstico de las nefritis agudas.

SIL - AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO.
Laboratorio Gamir, VALENCIA.—J. Gayoso, MADRID

- Núm. 157. Principales síndromes de las nefritis crónicas.
 Núm. 158. Estudio de la esclerosis renal.
 Núm. 159. Tratamiento de las nefritis: Indicaciones de régimen de cloruración.
 Núm. 160. Opoterapia renal en el tratamiento de las enfermedades del riñón.
 Núm. 161. Complicaciones cardioaórticas de las nefritis.
 Núm. 162. Concepto y formas clínicas de la uremia.
 Núm. 163. Patogenia y tratamiento de la uremia.
 Núm. 164. Estudio de las lesiones sífilíticas del riñón.
 Núm. 165. Diagnóstico diferencial entre el coma urémico, coma diabético y la hemorragia cerebral.
 Núm. 166. Fundamentos de la doctrina de las secreciones internas.
 Núm. 167. Influencia de las glándulas de secreción interna en el desarrollo de lesiones cardiovasculares.
 Núm. 168. Funciones de la glándula tiroides y síndromes tiroideos fundamentales.
 Núm. 169. Indicaciones y valor práctico de la opoterapia tiroidea.
 Núm. 170. Características etiológica, patogénica y clínica del bocio exoftálmico.
 Núm. 171. Juicio crítico del tratamiento no quirúrgico del bocio exoftálmico.
 Núm. 172. Funciones de las cápsulas suprarrenales: Indicaciones y valor práctico de la opoterapia suprarrenal.
 Núm. 173. Enfermedad de Addison.
 Núm. 174. Insuficiencia suprarrenal en las infecciones: Estudio clínico.
 Núm. 175. Funciones de la hipófisis y síndromes hipofisarios.
 Núm. 176. Estudio de la diabetes insípida.
 Núm. 177. Insuficiencia ovárica.
 Núm. 178. Fisiopatología de la glándula timo.
 Núm. 179. Síndromes pluriglandulares.
 Núm. 180. Anafilaxia.
 Núm. 181. Estudio de la hemoglobinuria paroxística.
 Núm. 182. Formas clínicas, diagnóstico y tratamiento de la obesidad.
 Núm. 183. Bases para el establecimiento del régimen dietético en la diabetes sacarina.
 Núm. 184. Tratamiento farmacológico en la diabetes sacarina.
 Núm. 185. Formas clínicas de la diabetes sacarina.
 Núm. 186. Formas anatómicas de las hemorragias meningéas: Su diagnóstico diferencial.
 Núm. 187. Patogenia y evolución de las hemorragias meningéas en el acto del nacimiento.
 Núm. 188. Causas, síntomas y pronóstico de las meningitis serosas.
 Núm. 189. Descripción de las meningitis tuberculosas parciales.
 Núm. 190. Tratamiento de la meningitis cerebroespinal epidémica.
 Núm. 191. Síndrome de degeneración lenticular.
 Núm. 192. Síndromes talámico y tálamo-capsular.
 Núm. 193. Síndromes del pie y de la calota del pedúnculo cerebral.
 Núm. 194. Parálisis alternas protuberanciales.
 Núm. 195. Parálisis alternas bulbares.
 Núm. 196. Localizaciones cerebelosas.
 Núm. 197. Etiología de la poliomiелitis anterior aguda infantil.
 Núm. 198. Formas clínicas de la parálisis infantil epidémica.
 Núm. 199. Diagnóstico diferencial de las heredoataxias medular y cerebelosa.
 Núm. 200. Formas tóxicas de la esclerosis en placas.
 Núm. 201. Diagnóstico diferencial de la esclerosis en placas, la esclerosis difusa, y la pseudoesclerosis de los centros nerviosos.
 Núm. 202. Síndromes de las esclerosis medulares combinadas.
 Núm. 203. Variedades topográficas de los tumores medulares y su diagnóstico.
 Núm. 204. Patogenia de los síntomas medulares en la espondilitis tuberculosa.
 Núm. 205. Síntomas precoces de la tabes dorsal, Las tabes monosintomáticas.
 Núm. 206. Concepto y pronóstico de la tabo-parálisis.
 Núm. 207. Manifestaciones psiconeuróticas y psicóticas no paralíticas en la tabes dorsal.
 Núm. 208. Patogenia de la miastemia grave.
 Núm. 209. Régimen de los reflejos profundos y superficiales en la sección medular transversa total.
 Núm. 210. Polineuritis autotóxicas.
 Núm. 211. Síntomas tróficos de las neuritis.
 Núm. 212. Electrodiagnóstico moderno de las neuritis.
 Núm. 213. Diagnóstico topográfico de las oftalmoplejias.
 Núm. 214. Síntomas de los tumores del nervio acústico.
 Núm. 215. Variedades tóxicas de la parálisis facial periférica.
 Núm. 216. Síntomas de la parálisis del nervio radial.
 Núm. 217. Síntomas de la parálisis del nervio mediano.
 Núm. 218. Síntomas de la parálisis de las ramas terminales del nervio ciático.
 Núm. 219. Indicaciones y técnica de las inyecciones neuróticas en el tratamiento de las neuralgias.
 Núm. 220. Diagnóstico de la ciática radicular.
 Núm. 221. Síntomas y tratamiento de la coxalgia.
 Núm. 222. Tratamiento de las formas graves del corea agudo vulgar.
 Núm. 223. Descripción del corea crónico degenerativo heredo-familiar.
 Núm. 224. Anatomía patológica de la parálisis agitante.
 Núm. 225. Pronóstico de las formas del mal menor epiléptico.
 Núm. 226. Clasificación de las psico-neurosis.
 Núm. 227. Hipótesis modernas sobre patogenia de los trastornos histéricos.
 Núm. 228. Manifestaciones viscerales del histerismo.
 Núm. 229. Discusión de la fiebre histérica.
 Núm. 230. Relaciones de la psicastenia con las psicosis.
 Núm. 231. Perturbaciones psíquicas y somáticas fundamentales en el síndrome de angustia.
 Núm. 232. Fundamentos y resultados de la opoterapia en las neurosis vasomotoras.
 Núm. 233. Degeneración mental: Herencia y predisposición en las enfermedades mentales.

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York

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

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

- Núm. 234. Síntomas psíquicos referentes á la percepción, memoria y la idea.
- Núm. 235. Trastornos de la atención en sus relaciones con las perturbaciones emocionales.
- Núm. 236. Modo de explorar las perturbaciones de la memoria.
- Núm. 237. Diferentes formas de delirios; Perturbaciones de la afectividad y de la voluntad; obsesiones é impulsos.
- Núm. 238. Alteraciones de la expresión mímica, del lenguaje y de los actos.
- Núm. 239. Caracteres de la conciencia: Trastornos de la personalidad.
- Núm. 240. Síntomas físicos de que se acompañan los procesos mentales.
- Núm. 241. Estigmas de la degeneración mental: Su valor clínico.
- Núm. 242. Concepto de los síndromes fundamentales en psiquiatría.
- Núm. 243. Clasificaciones psiquiátricas: Su crítica.
- Núm. 244. Manía: Sus diferentes formas.
- Núm. 245. Melancolía: Distintos tipos clínicos.
- Núm. 246. Locuras de doble forma, periódicas y circulares.
- Núm. 247. Locura maniaco-depresiva: Su crítica y formas.
- Núm. 248. La confusión mental: Descripción clínica de sus manifestaciones.
- Núm. 249. Delirios de los degenerados: Diferentes formas de paranoias.
- Núm. 250. Concepto general de las demencias.
- Núm. 251. Demencia precoz: Sus formas.
- Núm. 252. Demencias de involución.
- Núm. 253. Demencias orgánicas.
- Núm. 254. Demencia parálitica: Sus diferentes formas.
- Núm. 255. Hemorragias, variedades: La muerte por hemorragia; mecanismo.
- Núm. 256. Tratamiento de las hemorragias agudas y crónicas.

(Continuará.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,4; íd. mínima, 707,8; temperatura máxima, 17°2; íd. mínima, 4°2; vientos dominantes, NE. SE.

Escasas son las variaciones observadas en el estado de la salud, desde la aparición de nuestro último número. Siguen disminuyendo las neumonías y bronconeumonías y son más benignas las bronquitis y laringitis; continúan siendo numerosos los casos de reumatismos agudos articulares y de neuralgias y localizaciones musculares de índole reumática. En los niños se presentan casos de sarampión y escarlatina y bronquitis de carácter gripal.

Crónicas.

En memoria del Dr. Tolosa Latour.—Son varias las instituciones científicas y las personalidades de Madrid y provincias que han ofrecido contribuir con donativos á la

suscripción nacional iniciada para erigir un monumento en la corte que perpetúe la memoria del Dr. D. Manuel Tolosa Latour.

El Comité organizador se ha constituido por los señores siguientes:

Presidente, D. Angel Pulido; vocales: duque del Infantado, duque de la Vega, D. Joaquín Ruiz Jiménez, D. Avelino Montero Villegas, marqués de Guerra, D. José Francos Rodríguez, D. José Ortega Munilla, D. Fidel Pérez Mínguez, D. Pedro Pablo de Alarcón, D. José Luis Escobar, D. Eduardo Masip, D. Nemesio Fernández Cuesta, D. Gabriel Abrén, D. Miguel Gómez Cano, secretario.

Los progresos de los rayos X.—Un telegrama procedente de Londres, y que publica la prensa diaria, dice:

Dos conocidos sabios franceses han perfeccionado un aparato que consiste en una combinación de la máquina cinematográfica y los rayos X, que permite la reproducción en una película de los órganos internos de los animales.

En la cinta pueden verse detalladamente los movimientos más insignificantes de los músculos, del corazón, de los intestinos, órganos respiratorios, etc. Se está trabajando ahora para modificar los aparatos, á fin de poder sacar películas del cuerpo humano. (Telegrafía sin Hilos.)

Congreso de la Cruz Roja en Ginebra.—Según las últimas noticias, han llegado á Ginebra los representantes de casi todos los países que han de tomar parte en este importantísimo Congreso.

La Cruz Roja española estará representada por el general Mille y el marqués de la Puebla de Rocamora.

La Delegación inglesa está presidida por Sir Arturo Stanley, presidente de la Cruz Roja británica, y la francesa, por el general Pau, presidente de la Cruz Roja de Francia.

Figuran también en esta última los Sres. Thiebaud, de la Bobouliniere, Luthard y Boulomie.

Los Estados Unidos envían cinco delegados.

Son esperados el presidente del Consejo de gobernadores de la Liga y el presidente de la Cruz Roja americana.

La Delegación italiana está formada por el senador conde de Frascara, el coronel Baduel y el teniente coronel Balagussa.

Suiza envía cuatro miembros, presididos por el coronel Bohny, expresidente de la Cruz Roja de su nación.

El Brasil envía á los Sres. Miguel Caimon y Pin y Almeida.

Austria envía á lady Fobinson y al comandante Bussy.

Bélgica manda al Dr. Depage y á otros dos delegados.

Polonia, á la Sra. Padereska, al Dr. Laskowski y á otros tres delegados.

El Canadá está representado por tres delegados, y envían también representantes las Cruces Rojas de la Argentina, Cuba, Dinamarca, Holanda, Grecia, Nueva Zelanda, Noruega, Perú, Portugal, Rumania, Serbia, Suecia y Venezuela.

Nuevo director del Instituto de Alfonso XIII.—La Gaceta del día 4 de los corrientes publica la siguiente Real orden:

Ilmo. Sr.: Vista la propuesta elevada por el Tribunal nombrado por Real orden fecha 23 de los corrientes para juzgar el concurso convocado por Real orden de 22 de Enero próximo pasado para proveer la plaza de director del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido nombrar, de conformidad con la mencionada propuesta, á D. Jorge Francisco Tello y Muñoz, director del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

Lo que de Real orden comunico á V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 27 de Febrero de 1920.

Los indiscutibles merecimientos del Sr. Tello nos relevan de hacer su elogio; únicamente diremos que tras la sentida dimisión del insigne Cajal, el nuevo nombramiento ha sido acogido con el pláceme de todos sus compañeros.

Nuestra enhorabuena.

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.

Movimiento de población en las capitales de España en Octubre último.—La Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico publica en la *Gaceta* el estado de nacimientos, matrimonios y defunciones ocurridas en las capitales de provincias de España en el mes de Octubre de 1919.

Se registraron en total 8.518 nacimientos, 7.508 defunciones y 2.984 matrimonios; es decir, un 2,33, 2,06 y 0,85 por 1.000 habitantes.

De ellos, 4.345 fueron varones y 4.173 hembras.

En Madrid nacieron 1.503, murieron 1.281 y contrajeron matrimonio 544 personas.

En Barcelona, 1.451, 1.197 y 550, respectivamente.

En Valencia, 465, 458 y 184.

En Sevilla, 425, 424 y 100.

En Málaga, 283, 233 y 74.

En Murcia, 272, 286 y 49.

En Zaragoza, 303, 213 y 173.

En Bilbao, 245, 187 y 116.

Las defunciones fueron: fiebre tifoidea, 176; viruela, 52; difteria, 38; gripe, 62; tuberculosis pulmonar, 819; cáncer, 291; del corazón, 604; bronquitis aguda, 191; crónica, 173; neumonía, 162; muertes violentas, excepto suicidio, 113, y suicidios, 9.

La gripe en Viena.—Noticias procedentes de Viena dan cuenta de que la gripe causa verdaderos estragos en aquella capital. El contagio es tan intenso, que las autoridades han acordado hacer obligatoria la declaración de las personas atacadas. (Radio.)

Reeducación de los impedidos alsacianos y loreneses.—El Gobierno francés ha decidido que los soldados y oficiales residentes en la Alsacia y Lorena que padezcan trastornos debidos a heridas o enfermedades contraídas o agravadas durante la guerra pueden ser admitidos en las escuelas especiales de reeducación a fin de que se les entrene y colóque en alguna industria o profesión, con tal de que sean de origen francés y pertenezcan al grupo de personas que según el tratado de paz con Alemania hayan reclamado la nacionalidad francesa antes de hacer su petición.

La mortalidad y la viruela en el Canadá.—En 1919 hubo casi 2.000 muertes menos por enfermedades contagiosas en Ontario que en 1918. Esto se debe a la ausencia de la epidemia de influenza y neumonía del año pasado. Hubo, sin embargo, más muertes por la tuberculosis en 1919.

El número total de casos de viruela en Toronto, el 8 de Enero, era de 449, ocurriendo diez y ocho nuevos casos en un día. La epidemia parece estar disminuyendo. Ha habido en conjunto unos 2.000 casos.

Las Universidades francesas y suizas.—En la última conferencia de profesores franceses y suizos se acordó que los estudiantes de Medicina, tanto franceses como suizos, que posean el grado de bachiller pueden matricularse en las Universidades de ambos países, concediéndoseles crédito por los estudios que ya hayan cursado.

En honor de los médicos muertos en campaña.—En una reunión celebrada a fines del año pasado la Academia de Medicina de París decidió colocar un cuadro en la sala de los inmortales en conmemoración de los miembros del cuerpo médico que perecieron en los campos de batalla. La ejecución de este proyecto se confirió al Dr. Paul Richer, profesor de la Escuela de Bellas Artes y miembro de la Academia de Medicina.

Casa de maternidad para las solteras.—M. Herriot, alcalde de Lyon, ha hecho votar por el Consejo general del departamento del Ródano la cantidad de 200.000 francos para una obra sumamente humanitaria: el establecimiento de una casa de maternidad secreta para madres no casadas. Ya se han instalado 45 camas.

La lucha contra la tuberculosis en Inglaterra.—El

informe anual del Local Government Board discute la labor llevada a cabo con respecto a la tuberculosis. El número de camas sostenidas por las autoridades locales ha aumentado de 1.500 en 1911 a 7.038; el número de dispensarios, de 30 a 349. Las autoridades locales han gastado en el tratamiento de la tuberculosis del 15 de Julio, 1912, al 31 de Marzo, 1919, más de \$25 000 000.

Nuevos alféreces médicos.—Como resultado de las oposiciones a alféreces médicos del Cuerpo de Sanidad Militar, que acaban de efectuarse, han obtenido plaza los 22 señores que a continuación se expresan, por el orden de las calificaciones obtenidas:

D. Severiano Bustamante, D. Nicolás Canto, D. Julián Bravo, D. Andrés Fernández Vázquez, D. Felipe Peña Martínez, D. Juan José Aracana Gorosana, D. Ricardo Conto Felipe, D. Ivón Pedrosa Soler, D. Domingo Hergueta Lerín, D. Pablo Bilbao, D. Miguel Palacios Martínez, D. Carlos Tello Peinado, D. Julián Lecumberri, D. Eugenio Martín Alonso, D. Eusebio Navacerrada, D. Angel del Río Pérez, D. Modesto García Martínez, D. Juan Herrera Carrillo, D. Wenceslao Alba Arabarri, D. Juan Redondo Fernández, D. Celedonio Sánchez Contreras y D. Augusto Peña.

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

IODASA BELLOT
Solución titulada
de **IODOPEPTONA**
ODO-FISIOLOGICO, SOLUBLE Y ASIMILABLE

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

El mejor sustituto del aceite de hígado de bacalao.

20 gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

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

Muestras y prospectos: **F. BELLOT**

Laboratorio: Martín de los Heros, 63.—MADRID

SOLUCION BENEDICTO
Glicero-fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

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

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON PETROSINA LIQUIDA GARCIA SUAREZ

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