

# 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.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid, Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	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).
Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.		

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

*Ciencia española.*— Archivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales. — *Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.* — Fomento de la enseñanza. — Todos los Hospitales y Asilos según 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: Impresiones de una ciega que empieza a ver a los diez y seis años, por el Dr. B. Castresana.—El diagnóstico prematuro en la parálisis, por el Dr. Lafora.—Sobre la tuberculosis, por el Dr. Espina.—Bibliografía, por E. Luengo.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Dr. D. Amalio Gimeno y Cabañas, por D. José Francos Rodríguez.—Sociedades científicas.—Real Academia de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Impresiones de una ciega que empieza a ver a los diez y seis años

POR EL

DR. B. CASTRESANA

.....

Con motivo de los últimos casos clínicos de catarata congénita operados durante el presente curso, voy a dar a conocer las impresiones clínicas que he podido formar, después de veinte años de intervenciones quirúrgicas, acerca de un punto de la Oftalmología tan importante y tan discutido como es en la actualidad, el que se refiere al procedimiento operatorio que se debe practicar en las cataratas congénitas.

El conocimiento de esta variedad de cataratas es realmente moderno, pues la primera observación clínica bien definida fué descrita el año 1764 por Janin de Lyon. Más tarde, el año 1774, Pellier de Quengsy da a conocer tres nuevos casos de esta variedad de catarata. Lusardi publica una tesis, en Montpellier en el año 1827, en la cual expone que ha operado 137 cataratas congénitas en un total de 5,034 operados. Casi en la misma época aparecen los trabajos de Saunders, Gilson, Eravers, Ware y Von Ammán.

A pesar de haberse publicado acerca de la catarata congénita los estudios que llevamos consignados, es preciso llegar al año 1854 para encontrar, en el tratado de A. Jaeger, una descripción bastante completa de la catarata zonular. Después de este tiempo, los trabajos que se publican acerca de la catarata congénita son numerosos: basta citar los nombres de Graefe Willians Eberhardt, Galigny de Gonneval, Muller, Kniess, Pannas, Otto Becker, y asimismo las tesis de Ruck, Staehelin, Blancard, Montmeja, Denis, Durand, Barthélemy, Rivière, Dolard, Chauvel, Wecker y Landolt.

El doctor G. Parson observa tres casos de catarata congénita punteada. La madre y dos hijas presentan idéntica lesión en el cristalino, que consiste en una serie de puntos blanquecinos formando dos círculos: uno en la periferia del cristalino y el otro hacia el centro del mismo, con disminución muy acentuada de su agudeza visual. Como antecedente curioso recuerda la madre que su abuela padeció una afección idéntica, a pesar de la cual conservó hasta su muerte la misma visión. Como caso especial de catarata congénita blanca con abundantes fibras de mielina en la retina merece mencionarse el publicado por el doctor Menacho en los Archivos de Oftalmología el año 1804.

El doctor Sanz Blanco dió a conocer en la Academia Médico quirúrgica, hacia el año 1900, dos casos de catarata congénita. El uno de catarata piramidal, producido por úlceras centrales de la córnea, que observó en



un niño al salir del claustro materno; úlceras que al perforarse pusieron en contacto la cristaloide anterior con la superficie ulcerada, que irritando el epitelio subcapsular anterior, le hizo proliferar en forma de vértice de cono, opacificándole. En el segundo caso, se trataba de una catarata blanda y total en un niño cuya madre había padecido, seis años antes de quedarse embarazada, una iridocoroiditis. El doctor Mansilla en 1908 publica tres casos de catarata congénita en tres hermanos, tan poco diferentes entre sí, que los caracteres de la opacificación cristalínea se repetían con igual forma en todos los hermanos.

Los cristalinos de color blanco estaban retraídos, arrugados, y en la periferia se presentaban menos opacos. El padre de estos niños padeció de catarata en ambos ojos. El doctor Márquez habla en sus publicaciones especiales de la catarata congénita.

En la actualidad, después de los estudios que se han venido realizando desde el año 1764 en que surgió con vida clínica la catarata congénita, conocemos con exactitud el cuadro sintomático que presentan sus diversas variedades, pero no sucede lo mismo en lo que se refiere a su patogenia y tratamiento. En efecto, Hippel en 1904 dice que si colocamos el vientre de conejas preñadas a la acción de los rayos X, nacen los hijos en su mayoría con catarata zonular o nuclear, que podría explicarse por la alteración del epitelio germinativo; y Gutmann ha visto aparecer en un individuo una catarata por la aplicación de rayos X. Von Hippel, en sus investigaciones acerca de la catarata congénita, examinando los cristalinos de tres conejos recién nacidos y un niño de tres días, pudo observar un coloboma, un foco especial que era un esbozo de división de cristalino en dos partes simétricas, cosa que no he podido yo comprobar en ninguno de mis enfermitos operados.

El niño de seis años de catarata congénita observado por el doctor Blanco, que su madre había padecido una iridocoroiditis, daba lugar a pensar si su causa íntima podía ser la misma que determinó la inflamación iridocoroidea en la madre del niño, con anterioridad del nacimiento de éste, y que esta causa, trastornando la especial nutrición de los cristalinos, diese origen a su opacificación total. En cambio, de las investigaciones de Schirner se deduce que la formación de vacuolas y gotas de mielina, descomposición y liquefacción de las fibras cristalíneas, son la base de las distintas formas de catarata congénita, y que según estas lesiones sean localizadas o difusas, la catarata resultará parcial, nuclear, zonular, fusiforme o total. Estos datos pudo confirmarlos Schirner por el estudio de un caso de catarata congénita doble, en el cual hace un estudio microscópico detallado de su cristalino.

De otra parte, Gilber, haciendo el examen anatómico de un niño de seis meses con catarata total en los dos ojos, encuentra una degeneración completa del cristalino, una ruptura extensa de la cápsula cristalínea, y a este nivel el recubrimiento parcial de la cara posterior del cristalino por restos muy tenues de la túnica

vascular. Pudo comprobar también al nivel de la papila restos de vasos yaloideos, y alrededor de la ora serrata las anomalías retinianas descritas por Seefelder, y cree que la evolución regresiva de la túnica vascular y los vasos yaloideos no intervienen sólo en la patogenia del lenticono posterior y de la catarata posterior, sino que debe considerarse como el origen de la catarata congénita, que abarque toda la extensión del cristalino. La lesión indicada no ha de considerarse como una inflamación intrauterina, sino que puede explicarse por la tracción ejercida por el mesodermo embrionario, y esta mal formación daría origen a las anomalías retinianas.

El profesor Wicherkiewier no considera siempre de gran importancia los datos etiológicos de la catarata congénita, en lo que se refiere a la herencia como factor principal, sin atribuir parte alguna a la infección sifilítica. A este propósito da a conocer cuatro casos de catarata perinuclear, entre los hijos de unos padres que gozan de buena salud. Los hijos atacados de catarata fueron el primero, quinto, séptimo y octavo, sin que existiera ningún dato que hiciese pensar en una infección paterna, ni tampoco podía apreciarse en la serie continua de los fetos la inflamación característica de la tara hereditaria. A pesar de esta carencia de síntomas hereditarios, el resultado de la reacción de Wasserman fué positivo en la madre y último hijo, lo que demuestra la suposición de la parte activa que toma la avariosis en esta variedad de catarata. Wicherkiewier acepta la opinión emitida por Michel sobre la manera como la sífilis puede ejercer su influencia en estos casos. Las lesiones sifilíticas de las ramificaciones de la carótida interna, sobre todo de las que se dirigen a la retina y al cuerpo vitreo, son las que determinarían el trastorno de la nutrición del cristalino, y, como consecuencia, la opacificación del mismo.

Del mismo modo piensa el doctor Berderau cuando dice: Que en los casos publicados por él, no se ve en ninguno de ellos el factor hereditario ni el consanguíneo, por lo que, aun aceptando la teoría de la herencia en las cataratas congénitas, y la importancia que tiene la consanguinidad en su etiología, no pueden considerarse como condiciones indispensables para que tenga lugar la formación de esta anomalía. Sin embargo, el papel de la herencia ha sido aceptado por la mayor parte de los autores después de los casos publicados por Von Amon Hirschberg, Appenzeller y Pisenti, en los cuales existía la herencia y la consanguinidad en los padres. Por mi parte, en mi estadística de cataratas congénitas operadas he podido también comprobar en algunos de mis enfermos la importancia que este factor etiológico tiene en la formación de la catarata congénita. ¿Se podría pensar para explicar esta variedad de cataratas en las lentitoxinas de la teoría citotóxica de Romer? Estas opiniones, y otras muchas que pudiera citar de eminentes profesores, nos demuestran que la incógnita patogénica de la

(Continuará.)



## EL DIAGNÓSTICO PREMATURO EN LA PARÁLISIS GENERAL Y DE LA TABES

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

.....

En varios trabajos previos hemos llamado la atención sobre la importancia del diagnóstico prematuro de la parálisis general como único medio de poder llegar a su curación mediante una intensa terapéutica intravenosa e intrarraquídea.

Los recientes trabajos de Jahnel (1) sobre la distribución y localización de los espiroquetes en el cerebro de los parálisis generales (sustancia gris cortical y de los ganglios de la base y proximidad de los vasos) nos dan clara idea de las enormes dificultades del problema terapéutico en estas invasiones espiroquéticas del parenquima nervioso. En tanto no se descubran otros medios terapéuticos más eficaces que los actuales, sólo cuando esta invasión se inicia, y cuando aún hay pocas destrucciones de tejido nervioso, es de esperar una curación definitiva. Ni los recientes procedimientos de las inyecciones intracarótidas de salvarsán plata, ni la asociación de la terapéutica arsenical con otras infecciones parasitarias provocadas (paludismo, fiebre recurrente), intentadas recientemente por Wagner von Jauregg y por Plaut y Steiner con el fin de determinar intensas reacciones febriles defensivas, y quizá producción de anticuerpos de grupo parasitológico, han dado resultado en los casos avanzados de parálisis general.

El problema actual de la terapéutica en la parálisis general está, por tanto, en decidir si pueden curarse los casos incipientes con tratamientos intravenosos, intracarótidos, intrarraquídeos o intracerebrales. Sobre este particular casi no hay nada publicado. La mayoría de los trabajos publicados en el extranjero se refieren a casos de manicomio en período de estado. Desde hace cuatro años hemos puesto nosotros el problema en el punto de vista del diagnóstico prematuro dedicando toda nuestra atención a seguir detalladamente la historia de nuestros casos incipientes de consultorio, casi todos caso de invasión reciente. Pero aun éstos nos parecen tardíamente diagnosticados, y de ahí nuestro interés en conseguir casos en el verdadero período preclínico de Ravaut (2).

Este diagnóstico, verdaderamente prematuro, sólo es posible mediante el análisis del líquido cefalorraquídeo; nos permite señalar la futura parálisis general en sujetos normales que presentan como único síntoma una ligera diferencia pupilar. Recientemente hemos podido diagnosticar uno de estos casos de verdadero período preclínico de la parálisis general, cuya historia excepcional vamos a referir.

Caso I. *Parálisis general diagnosticada en un período preclínico excepcional.*—Hombre de cuarenta y

(1) JAHNEL: «Jeder einige Beziehungen der Spirochäten zu den paralytischen Krankheitsvorgang (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1913.)

(2) RAVAUT: «Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique». (La Presse Médicale, Octubre 1919.)

seis años, casado, profesor en un Centro de enseñanza superior. Individuo de constitución atlética, que ejerce su profesión sin haber notado ninguna fatiga intelectual, a pesar de haber tenido que dar recientemente cursos superiores de Ciencias aplicadas y Matemáticas. No ha venido a consultarnos, sino que la circunstancia casual de nuestra amistad nos permite notar en él una diferencia pupilar, de cuya significación le advertimos. Interrogado, nos refiere que hace veintidós años tuvo sífilis, la cual no se trató en año y medio, por cogerle en plena guerra de Cuba. Al caerle el pelo y tener placas mucosas, al año y medio es tratado durante breve tiempo. A los siete años se casa, y su mujer tiene: dos abortos, un hijo muerto y otro vivo, que a poco muere de meningitis. Se trata entonces de nuevo (15 inyecciones de aceite gris). Luego, no ha vuelto a tratarse más. En 1908 le hacen el Wassermann y resulta negativo. En 1909 se repite la reacción, pero resulta positiva. A pesar de ello, el enfermo no se trata, porque le dicen que quizá sea peor el hacerlo. Actualmente se encuentra perfectamente, sin ningún déficit mental ni físico; sólo se queja de haber perdido algo de agudeza visual en el año último. No tiene cefalalgias, ni irascibilidad aumentada, ni ha perdido memoria. La potencia sexual es normal. El lenguaje es fluido y la escritura es segura y rápida. El examen neurológico revela: rigidez pupilar con anisocoria (mayor la pupila derecha), que varía de un día a otro hasta llegar a desaparecer algunos, y reaccionando a veces algo la pupila derecha; no hay Romberg; los reflejos tendinosos son normales; no hay temblores de manos ni de lengua; el lenguaje es normal en la conversación y en las frases de prueba; ningún otro síntoma somático. El examen mental revela una inteligencia en plena actividad: repite siete números, resuelve problemas matemáticos rápidamente y cuestiones abstractas con agudeza. Así, pues, si se exceptúan los trastornos pupilares, no presenta este enfermo ningún síntoma subjetivo ni objetivo del período inicial de la parálisis general; su familia se sorprende de nuestra exploración. Después de muchas explicaciones, conseguimos que se deje hacer una punción lumbar y un análisis de sangre, los cuales dan el siguiente resultado, según el doctor Mouriz: Wassermann: muy débilmente positivo; Sachs-Georgi = ++.

Líquido cefalorraquídeo: 22 células p. mm. cúb.; Nonne, positivo; Noguchi, indicios; Pandy, débilmente positivo; Sachs-Georgi, positivo; Wassermann, positivo (0,5), y Lange, 5554421000 (curva de parálisis general).

Fundados en la historia clínica del enfermo (sífilis de veintidós años casi sin tratar y rigidez pupilar) y, sobre todo, en el resultado de estos análisis, hacemos el diagnóstico de parálisis general en período preclínico o de incubación, y proponemos un tratamiento inmediato, intravenoso e intrarraquídeo, que, por fin, es aceptado por el enfermo.

Este caso, único en la literatura moderna, es alta



mente demostrativo, porque resuelve varias cuestiones en litigio, a saber: primero, que aun años antes de que se presente el período pseudoneurasténico de la parálisis general hay en el líquido céfalo raquídeo las alteraciones características de esta enfermedad; y segundo, que la sensibilidad reaccional del líquido en la neurosífilis es mucho mayor que la de la sangre, lo que parece apoyar el hecho defendido recientemente por Jahnel de que la parálisis general es preferentemente un proceso espiroquético del cerebro, de donde derivan a veces espiroquetes que penetran en el torrente circulatorio y determinan síntomas y lesiones de otros órganos.

Sería muy interesante poder determinar en uno de estos casos excepcionales la distribución y cantidad de los espiroquetes en el parenquima cerebral. Esta demostración sólo se puede conseguir por dos caminos: o por el estudio del cerebro, si muriese el enfermo de una afección intercurrente, o, como han hecho Forster y Tomaszewski, mediante la punción cerebral en el vivo. El interés de este hecho estriba en poder determinar si hay una relación directa entre la intensidad de las reacciones del líquido y la penetración y propagación de los espiroquetes en el parenquima cerebral, como parece lógico. Si se comprobase este supuesto resultaría entonces, como consecuencia, que el cerebro puede resistir una destrucción considerable de sus estructuras más nobles sin dar manifestaciones clínicas de orden emetivo, intelectual y neurológico. El aumento considerable del número de los espiroquetes en el cerebro de los paralíticos muertos en pleno ataque paralítico (muerte espiroquética) parece apoyar en cierto modo la suposición del paralelismo patológico sintomático en cuestión.

#### El diagnóstico prematuro de la tabes.—La pretabes.

En la tabes el problema del diagnóstico prematuro no es tan esencial como en la parálisis general; pero es indudable que tiene una gran importancia para obtener la curación rápida y completa del enfermo sin que lleguen a producirse esclerosis irreparables.

Ahora bien: así como en la parálisis general dicho diagnóstico es posible por el examen del líquido cefalorraquídeo, que da reacciones características de la enfermedad, en la tabes no sucede lo mismo. En nuestra experiencia tenemos bastantes casos de tabes incipiente y otros de pretabes (o tabes probable), unos con debilísimas reacciones en el líquido que nos hacen dudar sobre nuestro diagnóstico, y otros con reacciones manifestadas. El hecho depende indudablemente de que la punción fué hecha en períodos de reposo del proceso o en fases de escasa reacción del organismo contra el germen invasor.

Vamos a referir algunos casos nuestros de reacciones negativas y otros de reacciones claramente positivas:

**Caso II. Tabes en período clínico.—Líquido cefalorraquídeo normal.**—Hombre de cuarenta y siete años, que a los veintiuno contrae sífilis y casi no sigue tra-

tamiento. Hace catorce años que viene notando dolores fulgurantes, crisis gástricas, dolores en cinturón, molestias urinarias, disminución de la visión y de la potencia sexual recientes. Algunos ataques convulsivos con pérdida del conocimiento. Tiene parestesias en los pies, vacilación en la oscuridad y al Romberg reflejos patelares débiles. Rigidez pupilar y anisocoria. Neuritis óptica. Ligera ataxia de las manos. Paso normal. El Wassermann de la sangre resulta negativo, y lo mismo el Sachs-Georgi. El análisis del líquido cefalorraquídeo no da linfocitosis; no hay aumento de las globulinas (Nonne-Apelt y Noguchi); Wassermann negativo, y curva casi normal de la reacción de Lange (1122000000).

En este caso podemos hacer un diagnóstico clínico de la tabes, aunque faltan algunos síntomas, y, sin embargo, la sangre y el líquido cefalorraquídeo nos da reacciones normales.

**Caso III. Tabes en período preclínico.—Reacciones de líquido positivas.**—Hombre de cincuenta y seis años. Hace veinte años tuvo un chancro sífilítico, que sólo le trataron localmente, considerándolo no sífilítico. Hace tres años tiene constantemente fuertes dolores lancinantes en el pie derecho. Rigidez pupilar y anisocoria. Los reflejos patelares no faltan. No hay ataxia.

El Wassermann de la sangre resulta fuertemente positivo. El análisis del líquido cefalorraquídeo no da linfocitosis; aumento ligero de las globulinas (Nonne, débil positivo; Noguchi, indicios; Pandy, +); Wassermann, negativo; Lange, con curva de tabes (4443310000).

En este segundo caso los síntomas clínicos son aún poco marcados; pero las reacciones de la sangre y líquido nos permiten asegurar la existencia de una ataxia locomotriz en período preclínico.

**Caso IV. Tabes en período inicial.—Sífilis ignorada.—Reacciones fuertemente positivas.**—Médico, de cuarenta y cuatro años, que ignora su sífilis. Hace seis o siete años tuvo fiebre durante dos meses y le hicieron el Wassermann, que resultó negativo. Viene padeciendo durante cinco años crisis gástricas con sucorra, vómitos y dolores. Cuando le vimos, en noviembre de 1919, llevaba tres meses sin levantarse, vomitando varias veces al día y en gran estado de demacración. Notaba, además, retención vexical, dolores en piernas, hiperestesias en zonas. El examen da ausencia de los reflejos rotulianos, arreflexia pupilar con anisocoria, sensibilidad profunda, bien; no hay ataxia de pies ni manos. El Wassermann es muy débilmente positivo. El análisis del líquido cefalorraquídeo da ligera linfocitosis (7 cél. p. mm. cub.); aumento de las globulinas (Nonne-Apelt, Noguchi y Pandy, positivos); Wassermann, positivo, y Lange, con curvas parecida a la de la parálisis general (5554432210).

En este caso, que aún no tiene ataxia ni síntomas manifestados de tabes (le habían visto muchos médicos y especialistas de estómago sin sospechar el proceso



tabético), aparecen las reacciones claramente positivas. El tratamiento intrarraquídeo detiene desde la primera inyección el cuadro clínico, y el enfermo se levanta sin vomitar ya y sin sucorrea. Mejora rápidamente en peso y en estado general.

Caso V. *Tabes en periodo inicial.—Sifilis ignorada.—Reacciones positivas débiles.*—Marino, de cuarenta y dos años, que ignora cuándo contrajo la sífilis. Hace cinco años tuvo dos hijos que nacieron muertos. El Wasserman resultó débilmente positivo, como ahora. Se ha tratado algo luego. Sentía dolores lancinantes, disminución de potencia, disminución de la agudeza visual. Al examen hay ausencia de los reflejos rotulianos y aquilinos, y miosis de las pupilas, que reaccionan. No hay ataxia al andar, ni Romberg. Ligera ataxia de manos. Fondo de ojo normal. El análisis del líquido no da linfocitos (2 células), aumento de las globulinas; Wassermann, negativo; Lange. 2211000000. En cambio, la reacción de la goma almáciga resulta fuertemente positiva (+ + + +).

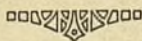
Este caso es, clínicamente, muy semejante al anterior, y sus reacciones son algo parecidas, aunque menos intensas. El tratamiento intrarraquídeo le ha suprimido los dolores y aumentado la potencia. Las pupilas reaccionan mejor y están más dilatadas.

Caso VI. *Tabes en periodo inicial.—Curso latente. Reacciones débiles.*—Propietario, de cuarenta y seis años. Ignora que padece sífilis; pero dice que hace diez y ocho años tuvo alguna lesión y que se le cayó el pelo. No se ha tratado. Desde hace catorce años tiene dolores reumatoideos en piernas. Lleva tres años padeciendo de insomnio, depresión y fobias de suicidio (se suicidó su padre hace once años). El examen revela ausencia de los reflejos rotulianos; las pupilas reaccionan, pero hay anisocoria; no hay ataxia. La sensibilidad profunda es normal. El Wasserman resulta negativo (doctor Coca). El líquido cefalorraquídeo (doctor Mouriz) no da linfocitosis (1 célula); dudoso aumento de las globulinas (Nonne-Apelt, indicios; Noguchi, negativo); Wassermann, negativo, y el Lange da una curva de neurosífilis (3322100000).

En este caso el curso clínico insidioso, sin crisis ni dolores lancinantes típicos y con síntomas fóbicos no hacía sospechar en un proceso tabético que parece poder diagnosticarse en vista del examen neurológico y de algunos signos de laboratorio.

Las historias clínicas precedentes, escogidas entre un número extenso de casos en periodo preclínico o en periodo inicial, revelan la variabilidad de los resultados de los signos de laboratorio, los cuales, aun en algunos casos avanzados, resultan casi negativos.

Queremos aprovechar esta ocasión para manifestar nuestro agradecimiento al doctor Mouriz por los análisis cuidadosos del líquido cefalorraquídeo en nuestros casos.



## Nuevas orientaciones en la lucha social contra la tuberculosis

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, POR EL ACADÉMICO DE NÚMERO DOCTOR DON ANTONIO ESPINA Y CAPO, EL DÍA 9 DE MARZO DE 1920

Señoras y señores:

Entre los trabajos de extensión cultural médica que esta Academia ha acordado realizar en el curso actual, ha creído prudente incluir en ellos conferencias de vulgarización científica o de asuntos de interés capital, explanadas, ya por los señores académicos, ya por aquellos médicos que sean invitados a este trabajo, y es natural que vayamos por delante los de menor importancia para dejar después el puesto a las altas mentalidades científicas. Natural es que siendo el asunto que voy a tratar referente a la tuberculosis, dirija en este momento un saludo respetuoso y de cariño a la ilustre presidenta de todas las obras antituberculosas españolas, a S. M. la Reina D.<sup>a</sup> Victoria Eugenia, cuyos desvelos y cuidados para esta obra no soy yo quien puede elogiar, sino admirar, y con esta admiración ofrecerla todo el cariñoso respeto que se merece. Conste también que dirijo felicitación semejante a las señoras de los Reales Patronatos contra la tuberculosis organizados en toda España, que, con altruismo y perseverancia dignos de ejemplo para los hombres, se han impuesto del problema de la tuberculosis de tal manera, que bien quisiéramos que lo hubieran hecho las Cámaras, Senado y Congreso, que por sus resoluciones en la Comisión de Presupuestos seguramente no han visto el alcance de una obra tan hermosa como la que estas señoras dirigen llevando al frente a Su Majestad la Reina D.<sup>a</sup> Victoria Eugenia.

En el mundo hay actualmente dos obras de amor y solidaridad; se cobijan bajo las insignias de la Cruz Roja; la Cruz Roja sencilla, nacida en la Convención de Ginebra para velar al lado de los soldados en tiempo de guerra, recoger a los heridos y auxiliar en sus últimos momentos a los que caen por la bandera y por la patria; en sus filas forman en primer lugar las señoras y señoritas que no tienen inconveniente en arrosar indefensas la lucha que sostienen los hombres defendidos con las armas de la guerra, y ellas batiéndose sólo con su altruismo en los campos de batalla. Pero la guerra es cosa accidental, por desgracia, frecuente; pero por fortuna hoy creemos que desaparecerá algún día para siempre; pero lo que no desaparece ni desaparecerá en mucho tiempo, mientras no se percate el país de los peligros que entraña, es la tuberculosis, y para ella se formó otro grupo social, para prestar sus socorros a los heridos y muertos en la lucha social, a los débiles para el combate, aquellas víctimas de los abandonos sociales; y en este grupo volvimos a encontrar a las señoras y señoritas luchando por ellos, recogiendo en medio de la calle en las fiestas de la Flor, días de la tuberculosis, todas las cantidades, desde la ínfima del obrero a la de los altos po-



tentados, y siendo poderosos ayudantes en la lucha antituberculosa; todo por altruismo, el que quisiéramos también para muchas personas que desconocen el alcance de la lucha. La Cruz Roja de la guerra y la doble Cruz Roja de la lucha contra la tuberculosis iban a unirse en un feliz abrazo en la conferencia que íbamos a tener en Barcelona el año 1914. La primera creía ya cumplida su misión y buscaba nuevas aplicaciones a sus desvelos; pero a la misma hora en que íbamos a darnos un abrazo fraternal desapareciendo las fronteras por completo, en aquel momento en que los corazones se elevaban ante tamaña obra, los intereses de los Estados, la ambición de unos, el olvido de la solidaridad de otros, hicieron que sonara el primer cañonazo de la tremenda lucha que hemos presenciado y que ha tenido en Europa tal influencia que, además de los muertos y heridos por las armas combatientes, ha aumentado el número de tuberculosos deshaciendo, como veremos después, casi todos los esfuerzos hechos por la doble Cruz Roja en la lucha contra la tuberculosis. Pero no solamente fracasó esta conferencia, sino que no pudimos realizar la unión porque la Cruz Roja tuvo que volver a sus luchas en la guerra sangrienta, y la doble Cruz Roja permanecer en la inactividad por falta de ambiente y por falta de recursos. ¡Ojalá pudiéramos llegar a esta conferencia y celebrar el abrazo tan deseado de la Cruz Roja de los heridos de la guerra y la doble Cruz Roja de los heridos de la paz! Esta unión la vemos nosotros como un ideal, porque la unión hace la fuerza, porque de esta unión podría resultar un aumento en nuestros presupuestos, y, caminando unidas, llegar al bello ideal de la desaparición de la guerra internacional y vencer a la par al enemigo mayor que tiene el hombre en la paz y en todo momento, que es la tuberculosis; porque estas luchas sociales tienen también sus inválidos y en la unión de ambas Cruces podríamos hacer los cuarteles de inválidos, tan gloriosos como los de las guerras sangrientas, levantando sobre sólidos cimientos un edificio imperecedero de ambas campañas. El obrero que lucha por la existencia con un jornal diario que no salda el presupuesto sino con déficit, ha ido, sin embargo, merced a sus esfuerzos recabando de los Poderes públicos y de los capitalistas aumentos de jornal, pero éste y la llamada clase media, aun con sus aumentos de sueldo y de jornal, han visto fracasadas sus aspiraciones del presupuesto sin déficit, porque inmediatamente se han apresurado las gentes sin conciencia y los avarientos del dinero, en concierto criminal a aumentar la carestía de las subsistencias, el arriendo de las habitaciones, los medios de vivir, para destruir el equilibrio estable que buscábamos, y nuevamente nos encontramos con que la tuberculosis no ha hallado en estos aumentos de jornal y sueldos su panacea, por el medio ambiente de la avaricia, que ha truncado todas las esperanzas.

La lucha tiene su historia, y en ella siempre ha figurado la mujer, y sin ella no podemos seguir adelante en esta lucha, porque fracasaríamos aun siendo considerados de una manera verdaderamente falaz de los

elementos fuertes de la sociedad. Iniciase esta lucha en el primer Congreso habido en París en 1888, concebido por el eminente bibliotecario de la Facultad de Medicina, el por entonces joven León Petit, muy pronto malogrado por la terrible dolencia que él quería combatir. No tuvo aquel Congreso carácter internacional; pero nuestras aficiones nos llevaron a él y nos reunimos, entre otros extranjeros, cuatro españoles, dos malogrados eminentes hombres de la Ciencia médica nacional, el doctor Sanmartín y el doctor Llorente: vivo, el ilustre paidópata Martínez Vargas, y yo. Aquel Congreso tuvo como carácter el aspecto científico médico y quirúrgico de la tuberculosis. Sus temas fueron esencialmente médicos. Acabábase de descubrir de una manera positiva la fijación de la tuberculosis como enfermedad contagiosa por el gran Villemin, y el germen contagio, que todavía no me atrevo a llamar bacilo de Koch, es decir la forma y el por qué de la transmisión de la tuberculosis. Era, por tanto, tema obligado este problema del contagio, y se analizó su transmisión entre animales de la misma especie y entre el hombre y los animales, las vías de introducción del germen, la iniciación de su profilaxia, y, como tema vasto, la necesidad de un diagnóstico precoz en el hombre y los animales. La Escuela Francesa Quirúrgica, presentó trabajos notabilísimos de la tuberculosis ósea, disutiéndose acerca de las posibles manifestaciones locales o de la determinación local de un proceso general; pero no hubo entonces verdadero problema social, salvo la aprobación de la primera conclusión, que decía: «La tuberculosis debe inscribirse en los contagios sanitarios de todos los países entre las enfermedades evitables contagiosas, exigiendo medidas profilácticas especiales»: y la segunda, del doctor Giocieri, de Florencia, pidiendo ya la hospitalización de los tuberculosos con tuberculosis abiertas. Volví a España, y en 1889 publiqué el adjunto manifiesto pidiendo o haciendo un llamamiento a todas las fuerzas vivas de Madrid para que pudiéramos reunirnos y fundar en España, que si así lo hubiéramos hecho hubiera sido la primera nación, una Asociación de lucha contra la tuberculosis. Sólo cinco personas se asociaron; pero no dejaré de citar nuevamente al doctor Sanmartín, que fué el primero que se inscribió en aquella lista, como había sido el primero en ir al Congreso de París, y al cual le debo y consagro con gran admiración este recuerdo al amigo íntimo y al hombre de ciencia inolvidable. De entonces acá seguí luchando, y por medio de una constancia, único mérito que yo me asigno en esta lucha, aquella Asociación cuyo embrión fué tan pequeño y que cayó en terreno tan poco abonado, tuvo, sin embargo, fuerza suficiente para arraigarse y llegar a oído y a conocimiento de un hombre de Estado como el conde de Romanones, que acogió por el Estado esta Asociación y fundó la Junta Central de lucha contra la tuberculosis no habiendo otro error en aquel decreto que el nombramiento de Vicepresidente que acepté,

(Concluirá.)



## Bibliografía

**Doctor G. Leven:** LA AEROFAGIA (L'AEROPHAGIE). *Síndromes gástricos, intestinales, circulatorios y respiratorios.*

El doctor Leven ha reunido en las 214 páginas de este libro las enseñanzas que se desprenden del estudio de numerosas observaciones acerca de la aerofagia. A primera vista se advierte el gran valor diagnóstico de la radiología en los síndromes motivados por la penetración del aire en las vías digestivas, y en este sentido el libro de M. Leven parece la obra de un radiólogo, puesto que contiene bastantes esquemas y ortodiagramas radioscópicos, que ilustran perfectamente las primeras páginas dedicadas al estudio del mecanismo de la aerofagia, a la demostración clínica y radioscópica de la misma y al estudio de las modificaciones que presenta el aparato digestivo de los aerófagos. Sin embargo, en los capítulos siguientes predominan los hechos y demostraciones clínicas, resultando, en conjunto, la obra un estudio completo y sugestivo del tema que la titula. Consta de diez capítulos; los tres primeros se refieren a la aerofagia en general, a su mecanismo y etiología y a su estudio clínico; en los cuatro siguientes expone el autor los síndromes gástricos, intestinales, circulatorios y respiratorios de la aerofagia, y sirven de base útil o preparación valiosa para el capítulo VIII, que se ocupa del diagnóstico, el cual está sujeto a múltiples errores si no se tiene presente la existencia de numerosos falsos cardíacos, falsos pulmonares, etc., que, en realidad, no son más que aerófagos. La terapéutica general de la aerofagia constituye otro capítulo que contiene indicaciones de interés, fundadas en las diversas causas que pueden originar aquélla, demostrando con casos clínicos concretos los resultados brillantes que se obtienen con el tratamiento adecuado, una vez establecido el diagnóstico cierto. Finalmente, el último capítulo del libro está dedicado al estudio radioscópico y clínico de la aerofagia del niño de pecho. El libro es digno de ser leído por todos los médicos estudiosos que deseen estar al corriente de los progresos científicos y clínicos.—*E. Luengo.*

## Periódicos médicos

### DERMATOLOGÍA EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Un caso de alopecia general absoluta de origen emotivo, por C. Todde.**—Trátase de un individuo de treinta y cuatro años, teniente del Ejército italiano, que no tiene ningún antecedente personal de afecciones del cuero cabelludo, ni tampoco de infecciones generales. Su constitución es, sin embargo, débil, y ha padecido conjuntivitis linfática. En la guerra sufrió una herida de casco de granada en la mano izquierda, con fractura de las falanges. Más tarde estuvo en la zona de guerra de Alsacia, en la cual durante siete días se vió expuesto incesantemente al peligro de las bombas de los aeroplanos, y al emprender el viaje de vuelta a su patria, notó una sensación de prurito primero, y después la caída del cabello, de las cejas, pestañas, bigote, del pelo del pecho, pubis y de todo

el cuerpo, originando una alopecia general absoluta, que persiste todavía; las partes descubiertas fueron atacadas antes que las cubiertas. En el examen objetivo del enfermo se observa una micropoliadenia, especialmente cervical; ligero aumento del tiroides, ligera exoftalmia y ojos brillantes; las uñas de las manos presentan estrias longitudinales y manchas blancas. Ligera hiperestesia e hiperalgesia difusa. Dermografismo rojo evidente. Faltan trastornos motores, excepto un ligero temblor fibrilar. Wassermann, negativo. Sudoración fácil, exageración de la sensibilidad dolorosa, irritabilidad fácil, molestias cardíacas y perturbación de la actividad sexual (disminución de la potencia y del deseo sexual). Se trata, por tanto, de un individuo de constitución linfática, en el cual la caída rápida y completa del pelo no parece obedecer a otra causa que a la grande y prolongada tensión del espíritu, a las emociones violentas fuertes y repetidas. La etiología de esta alopecia es, por otra parte, considerada por los dermatólogos como muy oscura; generalmente se atribuye a trastornos neurotróficos, solicitados por circunstancias tóxicas (teoría neurotóxica), o por traumatismos accidentales también de índole psíquica. Sin embargo, hoy se estudian estos casos desde el punto de vista de la endocrinología, conociéndose la influencia de la secreción tiroidea sobre el trofismo del pelo. Por tanto, no es aventurada la hipótesis que atribuye la patogenia de la alopecia emotiva a un perturbamiento funcional del sistema nervioso con repercusión sobre los órganos endocrinos. La disfunción no sería exclusiva de una sola glándula; en este caso existirían antecedentes familiares neuróticos (un ascendiente materno idiota) y un ligero grado de Basedowismo junto con perturbaciones de la actividad sexual. Como tratamiento se le ha aconsejado la opoterapia mixta o pluriglandular.—(*La Reforma Médica*, 17 abril 1920, número 16.)—*E. Luengo.*

**2. Ictericias consecutivas al tratamiento por el salvarsán y el neosalvarsán, por P. Nicaud.**—Estos accidentes pueden ser inmediatos o tardíos; en el primer caso sobrevienen, bien en el curso de una primera serie de inyecciones (a veces en la tercera), bien en el curso de las series siguientes. La ausencia de accidentes en la primera serie no pone al abrigo de ellos en las series ulteriores. La fecha de las ictericias tardías es muy variable, desde quince días a varios meses después de interrumpir el tratamiento. La dosis de sal arsenical capaz de provocar estas ictericias varía considerablemente, según los casos, y la fecha de la infección sífilítica es indiferente. Clínicamente, las ictericias inmediatas aparecen precedidas, en general, de trastornos gastrointestinales unos tres días antes de establecerse la ictericia, que es bastante oscura, ligeramente terrosa. La fiebre es inconstante y las heces son más o menos decoloradas. No existen trastornos de eliminación renal, siendo rara la presencia de albúmina. Las ictericias tardías observadas por Nicaud han sido mucho menos graves que las inmediatas, y aparecen con frecuencia sin ninguna causa provocadora, evolu-



cionando simplemente como una ictericia catarral, sin complicaciones; sin embargo, han sido descritos casos graves. Para algunos estas ictericias serían de naturaleza sífilítica, a pesar del salvarsán; pero el autor ha visto que la administración del salvarsán y de preparados mercuriales agravan la afección; además, las ictericias sífilíticas del período secundario son casi siempre ictericias hemolíticas, y el examen de la sangre de los enfermos observados por Nicaud no acusa disminución de la resistencia globular. Los hechos experimentales indican que el salvarsán es un agente fuertemente hepatotropo y débilmente nefrotropo. Las autopsias de casos de ictericia grave post-salvarsánica demuestran que la lesión principal es la atrofia amarilla aguda del hígado, lesión idéntica a la de la intoxicación por el arsénico mineral. La verdadera causa de estas ictericias es, sin duda, el arsénico; las bacterias del agua, el plomo, la rapidez de la inyección, el exceso de concentración del salvarsán son circunstancias muy accesorias. Las lesiones hepáticas anteriores pueden localizar los accidentes en el hígado. Para los casos tardíos puede hacerse intervenir los fenómenos de acumulación y una insuficiencia renal tardía; en todos los casos sospechosos es capital el vigilar la eliminación urinaria del arsénico, pues probablemente ella es quien regula los accidentes. Si la retención es total, el tóxico debe fijarse por completo en el hígado, y, por tanto, la investigación de la eliminación arsenical urinaria constituye una medida de seguridad para prevenir los accidentes hepáticos; pero, desgraciadamente, esta investigación es poco práctica.—(*Presse Medicale*, 22 de mayo 1920, número 33.)—E. Luengo.

**3. Un caso de psoriasis vulgar generalizado con amenorrea, curado con el tratamiento opoterápico (ovarina), por G. Verrotti.**—Mujer de veintinueve años, de constitución artrítica; desde hace seis años tenía un psoriasis, con fases de remisión y de reagudización y extendido por todas las regiones de la superficie cutánea, habiendo comenzado por el cuero cabelludo. El análisis de orina demostró en varias ocasiones las alteraciones que se observan en la de los artríticos. Los trastornos subjetivos de la piel consistían en una ligera sensación de prurito, y eran frecuentes también los dolores articulares. La función menstrual, que siempre fué regular, comenzó a desaparecer a poco de iniciarse el psoriasis, desapareciendo por completo durante los seis años transcurridos, sin que la enferma notara sensaciones molestas por la desaparición de la misma. Se instituyó primero el tratamiento clásico del psoriasis, al mismo tiempo que el régimen apropiado para el artrismo, obteniéndose con aquél la curación de algunas placas de psoriasis, pero apareciendo otras nuevas inmediatamente; la enferma notó una agudización de los dolores articulares siempre que mejoraba la afección cutánea, y al mismo tiempo experimentaba debilidad muscular e incapacidad de atender a las ocupaciones de la casa. Entonces

se la administró la ovarina, con tan excelente resultado, que desapareció el psoriasis por completo, al mismo tiempo que se restablecía la función menstrual. Es evidente en este caso la relación patogénica entre el proceso cutáneo y la amenorrea; por tanto, el psoriasis debe considerarse aquí como una toxidermia dependiente de la alteración funcional de la esfera útero ovárica, y viene a confirmar lo sostenible de la hipótesis de la autointoxicación, sin que sea lícito, por ahora, fijarla en una determinada fórmula bioquímica, ni imputarla invariablemente a las lesiones funcionales de un determinado órgano o unida a una alteración determinada del intercambio orgánico. Resaltan en el caso clínico la sensación de astenia muscular y el aumento de dolores articulares, siempre que mejoraba el psoriasis por influencia del tratamiento local, y el hecho de que la amenorrea se estableciera sin los trastornos que ordinariamente la acompañan.—(*La Riforma Medica*, 27 marzo 1920, núm. 13, pág. 321.)—E. Luengo.

#### APARATO DIGESTIVO

##### EN LENGUA EXTRANJERA

**I Acerca de los peligros de las hemorragias duodenales agudas y su tratamiento, por el profesor Finsterer.**—Desde hace tiempo el autor se muestra partidario de la intervención inmediata así que se diagnostica con seguridad una hemorragia aguda procedente de una úlcera penetrante, sin esperar a que la hemorragia termine, con lo que el enfermo se suele encontrar en condiciones muy desfavorables. El peligro de la hemorragia duodenal depende, en primer lugar, de la localización de la úlcera, pues si está en la pared anterior no puede proceder sino de un vaso de la pared del duodeno mismo, y, a menos de alteraciones patológicas (arterioesclerosis, pues) ceden fácilmente a los tratamientos internos. En cambio es la perforación y la peritonitis difusa mucho más fácil; de manera que se debe intervenir también pronto para evitar este último accidente. Las hemorragias que producen las úlceras superficiales de la cara anterior del duodeno no sólo pueden ser muy abundantes, sino que se pueden repetir siempre con la misma intensidad. Las úlceras de la pared posterior son mucho más peligrosas, por la proximidad de la arteria pancreático-duodenal superior, que puede ser erosionada, y aunque no sea ella misma, basta que lo sea una de sus ramas que se distribuya por el páncreas. Desde luego que hemorragias copiosas de la pared posterior del duodeno pueden cesar espontáneamente; pero no está demostrado que los casos en que esto sucedía fuera la arteria pancreático-duodenal misma la lesionada. Es muy excepcional que una úlcera del duodeno, desarrollándose hacia el hilio del hígado, llegue a interesar la arteria hepática. La frecuencia de la mortalidad a consecuencia de la úlcera del duodeno y de hemorragia de esta úlcera es cosa muy discutida. La anatomía dice que la hemorragia mortal sólo puede ser aquella



en que esté interesada una de las arterias que por el pancreas se distribuyen, y, por lo tanto, causada por una úlcera de la pared posterior del duodeno; de aquí que resulte sumamente interesante tratar de averiguar por procedimientos puramente clínicos la topografía de la úlcera. Con seguridad no se llega a conocer sino en los casos en que se dispone de una radiografía previa en la que se vea la muesca con claridad; de todos modos, si los dolores se han repetido con grandes intervalos y si su intensidad no ha sido ni es muy intensa en el momento del acceso, especialmente si se pueden quitar los dolores por medio de la morfina, debemos sospechar que asienta en la pared anterior. En cambio, la úlcera de la pared posterior, la que penetra en el pancreas, y especialmente si está interesado el ligamento hepato-duodenal, nunca remite hasta consentir períodos completamente libres de dolores, y éstos son tan violentos que la morfina no los hace desaparecer. Como quiera que el pronóstico de la intervención depende principalmente de la anemia, hay que hacer operar los enfermos antes de que ésta sea tan avanzada que por sí sola ocasione un resultado funesto. De los diversos procedimientos operatorios que cabe emplear prefiere el autor dos: el primero consiste en la exclusión de la úlcera por ligadura del píloro, seguida de gastroenterostomía y compresión del duodeno contra la columna vertebral por medio de compresas y de un vendaje también compresivo. El autor ha empleado este procedimiento nueve veces; de ellas, en tres casos tuvo la desgracia de perder los enfermos; pero merece tenerse en cuenta que acudieron en períodos en que la anemia ya era muy grave; en los otros seis casos obtuvo la curación. El segundo procedimiento, más radical y más seguro, es el de reseca la úlcera ligando directamente el vaso que sangra. Este método le ha empleado el autor en ocho casos, con sólo un fracaso. Como condiciones accesorias necesarias para conseguir un buen resultado hace constar Finsterer las siguientes: no emplear la anestesia general, sino la local; ser muy prudentes en el manejo de la novocaína, usándola al dos y medio por mil, en lugar del cinco por mil, que es lo corriente; añadir al líquido que se inyecta unas gotas de éter como estimulante. No se muestra partidario de la anestesia del esplácnico porque para ella se necesita gran cantidad de novocaína, y cree que éstas están contraindicadas en las anemias pronunciadas; igualmente hay que ser muy cautos en el empleo de la morfina antes de la operación, porque dos centigramos de este alcaloide en un hombre que ha perdido mucha sangre causan el mismo efecto que una dosis diez veces mayor en una persona normal. Respecto de la técnica de la resección duodenal sólo advierte que secciona el duodeno todo alrededor de la úlcera, dejando el fondo de la misma. No teme, fundado en lo que su práctica le ha enseñado, la infección por dejar esta porción de la úlcera; cree que basta dejar desagüe de ella para evitarla. Con el fin de evitar las recidivas quita por lo menos la mitad del estómago, y hace

luego una anastomosis término lateral. El método de Krönlein-Mikulicz le cree demasiado peligroso. En resumen: se muestra partidario de la intervención tanto si se trata de una úlcera de la pared anterior, porque se evita la perforación, como si se asienta en la pared posterior, porque se quita el peligro de la hemorragia mortal. (*Wiener Klin. Wochenschr.* 8-V-920.)

## CIRUGÍA

## EN LENGUA ESPAÑOLA

**I. Diafisectomía total de la tibia por osteomielitis de Recklinghausen.—Prótesis del autor.**—El doctor Rivarola presenta a la Sociedad Argentina de Pediatría la siguiente interesante historia clínica:

«Enfermo de diez años de edad, ingresado a la sala VII del Hospital de Niños, en abril de 1919. Dicho enfermito había sufrido cinco años antes un traumatismo sobre el borde anterior de la tibia derecha, y presentaba en el momento de su ingreso una tumoración, que había comenzado a pronunciarse a nivel del traumatismo poco tiempo después. El aspecto externo de dicha tumoración hacía pensar, por todos sus caracteres, en una consolidación viciosa de fractura de la tibia con un callo exuberante. La radiografía mostró que se había desarrollado un proceso de rarefacción del hueso, de cuya etiología era difícil darse cuenta, por el aspecto mismo de la radiografía. Sin embargo, considerándose la posibilidad de un proceso específico, se hizo un tratamiento de novarsenobenzol, el cual trajo como resultado el aumento de volumen de la tumoración. En septiembre de ese año, el doctor Rivarola practica una primera intervención sobre la cara anterointerna de la tibia, la que, una vez desperiostada, presenta una marcada fragilidad ósea; se trepana el hueso y se cae sobre una cavidad de consistencia fibrosa, cuyo aspecto macroscópico hace pensar en un proceso de osteomielitis de Recklinghausen.

La operación se limita al curetaje de la cavidad y al cierre de los planos superficiales, dejando un pequeño drenaje. En noviembre del mismo año, una nueva radiografía pone de manifiesto el proceso de rarefacción, extendido a toda la diáfisis tibial; por esta razón se resuelve intervenir nuevamente, y, como en el acto operatorio, el aspecto macroscópico de la lesión hace pensar en una degeneración sarcomatosa, se resuelve efectuar una diafisectomía total de la tibia.

Cicatrizada la herida operatoria *per primam*, y como quedara, a consecuencia de la diafisectomía, una pierna flexible por desaparición del hueso de dicho miembro, que imposibilita la posición de pie y la marcha del enfermo, el doctor Rivarola idea la construcción de una prótesis ortopédica destinada a reemplazar dicho hueso; muestra y presenta a la consideración de los colegas el aparato, que consiste en un vástago de metal que apoya sobre la tuberosidad anterior de la tibia, se dirige sobre el maleolo externo, suje-



tándose en su punto inicial y en el cuello del pie por lazadas de cuero, que lo fijan fuertemente a la pierna.

El resultado funcional de la prótesis llena todas las necesidades; por cuanto el enfermo, no solamente adopta, sin servirse de muletas, la posición de pie, sino también efectúa la marcha con un aspecto muy próximo a la normalidad.

\* \* \*

El examen anatómico patológico de la tibia reseca muestra una degeneración fibrosa de la medula con células miloplásticas. — (*Semana Médica*, Buenos Aires, 13 mayo 1920.)

### SIFILIOGRAFIA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

I. **Un caso raro de sífilis nerviosa.**—Los doctores Navarro y Pillado Matheu presentan una observación interesante y poco frecuente: se trata de un niño de diez años de edad; su padre ha fallecido, al parecer, de angor pectoris; la madre vive; del matrimonio han nacido nueve hijos, de los que sólo viven tres; ha tenido la madre un parto prematuro, un aborto y una mola hidatiforme. Nada de importante en los antecedentes personales del niño, salvo una hipospadia con meato urinario en la raíz del pene. La enfermedad empezó un mes antes del ingreso al Hospital. (Instituto Modelo de Clínica Médica, Sala Gutiérrez); presentó cambios de carácter, irritabilidad, impulsabilidad, tendencia al negativismo. Al examen presentó un marcado aumento de reflejos rotulianos; *temblor intencional*, tan acentuado que le impedía llevar con sus manos los alimentos a la boca; ausencia de trastornos sensitivos; nada ocular; marcha ligeramente espástica, trastornos psíquicos ya descritos; palabra torpe y perezosa. Se ve, pues, que es un conjunto sintomático semejante al de la *esclerosis en placas*.

Los autores interpretan su enfermo, no como una esclerosis en placas verdadera, pues además de ser incompleta la sintomatología, la evolución no ha sido progresiva, como es lo habitual en dicha afección. Creen que se ha tratado de localizaciones múltiples o difusas en el eje cerebroespinal, por la presencia de síntomas cerebrales y medulares. El agente etiológico ha sido la sífilis, pues además de los antecedentes hereditarios bien cargados, la terapéutica específica trajo una mejoría acentuada, que ha seguido progresando después del alta del enfermo. — (*Semana Médica*, Buenos Aires, 13 mayo 1920.)

### RADIOLOGÍA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

I. **La radioterapia de la verruga plantar.**—Los doctores H. H. Hazen y F. J. Lichenlaub han tratado con éxito, por medio de la radioterapia, la verruga

plantar, que, como es sabido, es la más tenaz de las verrugas. Al exponer su técnica dicen:

«Tenemos datos de diez y seis casos particulares tratados con los rayos X. Todos recibieron el mismo tratamiento general, requiriendo distintos casos distintas cantidades, como se ve en la tabla. No podemos encontrar ninguna explicación de esta diferencia en la respuesta al tratamiento de lesiones de tamaño, naturaleza y duración muy semejantes. Algunos de los casos más prolongados respondieron más pronto al tratamiento, y ni el tamaño ni la localización parecieron desempeñar ningún papel importante. Otra peculiaridad observada fué que casi invariablemente desaparecía el dolor a los dos o cuatro días después del primer tratamiento. No podemos decir la razón de esto, a menos que se deba a alguna acción sobre los extremos de los nervios, análoga a la acción de los rayos X en el prurito. No podemos ofrecer ninguna otra explicación, en vista de que la presión, la causa del dolor, no está afectada en modo alguno en los estadíos precoces.

Nuestra técnica es aplicar  $1\frac{1}{3}$  unidades dérmicas Holzknecht cada tres o cuatro semanas. Calculamos nuestra dosis según el método recomendado hace tiempo por Mac Kee y descrito recientemente por él. En nuestra labor empleamos una distancia entre chispas de  $7\frac{1}{2}$  pulgadas (18.75 cm.), una distancia del

#### DATOS DE DIEZ Y SEIS CASOS TRATADOS POR LOS RAYOS X

Número del Caso	Número de Verrugas	Número de Tratamientos	Total de Unidades Cutáneas H	Resultado
1	1	3	4	Curado
2	1	2	$2\frac{2}{3}$	Curado
3	4	3	4	Curado
4	5	7	9	No se benefició *
5	1	3	4	Curado
6	1	2	$2\frac{2}{3}$	Curado
7	1	4	$5\frac{1}{3}$	Curado
8	1	3	4	Curado
9	6	3	4	Curado
10	1	1	$1\frac{1}{3}$	Curado
11	1	2	$2\frac{2}{3}$	Curado
12	1	2	4	Curado
13	4	4	$5\frac{1}{3}$	Curado
14	1	7	9	Curado †
15	20	3	4	Curado
16	1	2	$2\frac{2}{3}$	Curado

\* En el Caso 4 había cuatro verrugas aplastadas, un tipo conocido por su resistencia a los rayos X en cualquier parte en que se hallen.

† El paciente del Caso 14 abandonó el tratamiento antes de curarse y tuvo entonces una recurrencia que requirió otro curso de tratamiento, lo cual explica el gran número de unidades que se necesitaron.

foco a la piel de 9 pulgadas (22.5 cm.), 4 miliamperios, y un minuto, diez segundos para obtener una H. Después de desaparecer la lesión, por lo general administramos otro tratamiento adicional para cerciorarnos de la curación. De aquí que muchos de ellos, como se ve en la tabla, que recibieron dos o más tratamientos, hubieran requerido uno menos si hubiéramos administrado el mínimo. Debe observarse que no





empleamos filtros en nuestra labor, puesto que creemos que en las lesiones superficiales, los resultados son mucho mejores con los rayos sin filtrar.

La curación parece permanente. Hemos observado algunos de estos pacientes por cinco o seis años y no han tenido ninguna recurrencia. Basándonos en estos resultados, hemos abandonado todas las otras formas de tratamiento, empleando sólo los rayos X, y con entera confianza comunicamos un pronóstico favorable. Como indica la tabla, tan sólo un caso, y éste no era de la variedad ordinaria de la verruga plantar, no respondió a nuestro tratamiento.» (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 15-5-920.

## OBSTETRICIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

#### I. Edema agudo del pulmón durante el parto.—

El doctor Isidoro Iriarte refiere el siguiente interesante caso clínico:

«Llamado con urgencia a prestar mis servicios profesionales, acudí con la rapidez que el caso reclamaba, provisto del instrumental necesario; encontrándome en presencia de la enferma en pleno trabajo de parto, primípara, de veintidós años de edad, sin antecedentes personales de importancia, atendida en este momento por una partera, la que me manifiesta haberse detenido dicho trabajo, encontrándose la cabeza en la excavación pélvica, sin darle mayor importancia a su estado general, que era alarmante. De entrada tuve la impresión que se trataba de un caso sumamente grave; a la simple inspección presentaba enormes edemas de las extremidades inferiores, la cara abultada, extremada cianosis, formidable disnea, que había estallado bruscamente; tos pertinaz, acompañada de expectoración albuminosa abundante; a la percusión del tórax, sonoridad en toda su extensión, y a la auscultación oíase una lluvia de estertores crepitantes, etcétera. Frente a un cuadro tan serio, y encontrándome alejado para poder conseguir la cooperación de otro colega, sin titubear procedí a vaciar el útero, temiendo de un momento a otro pereciera, pronóstico que advertí a su esposo presente. De inmediato, sin anestesia, aplico el forceps, sacando un niño vivo; me apresuro a extraer la placenta, cuyo desprendimiento se hace en forma tan hemorrágica que no dejó de inquietarme.

Por lo descrito, fácil es darse cuenta que la enferma había pasado todo su embarazo sin cuidado alguno; tratábase de una albuminúrica, en la que en pleno trabajo de parto estalla un edema agudo del pulmón, favorecido por el aumento de albúmina y demás toxinas consecutivas a las continuadas contracciones uterinas, hasta terminar en la inercia y debilitamiento cardíaco, con pulso frecuente y desigual y de poca tensión, acompañado de exagerado ruido de galope.

Lo interesante del caso clínico que relato era hacer el diagnóstico diferencial, cosa que me fué fácil, y, en segundo término, el tratamiento oportuno a seguir;

creí de mayor eficacia en el procedimiento operatorio convencido que evacuando el útero obtendría una descarga sanguínea al efectuar el alumbramiento, tan saludable como la mayor sangría y aplicación abundante de ventosas. La enferma siguió mejorando progresivamente hasta la fecha, que se halla completamente sana.»—(*Semana Médica*, Buenos Aires, 13 de mayo 1920.)

## TERAPEUTICA

### EN LENGUA EXTRANJERA

#### I. Infección puerperal tratada por las inyecciones intravenosas de sulfato de cobre amoniacal, por H. Noiré.—

Las cuatro observaciones que integran este trabajo constituyen una prueba evidente de la eficacia de este tratamiento, que deberá ensayarse siempre en las infecciones puerperales. En lugar del sulfato de cobre ordinario, que da disoluciones turbias y determina a veces crisis hemoclásicas análogas a las que siguen a las inyecciones de metales coloidales, es mejor emplear el sulfato de cobre amoniacal, que evita todos estos inconvenientes, siempre que no se utilice más allá del 4 por 100. Su inyección no provoca reacción, y para preparar la sal no hay más que poner en un frasco bien tapado sulfato de cobre anhidro y amoníaco líquido hasta solución saturada. A una cantidad dada de esta solución se añade un volumen igual de alcohol de 90°, separando los dos líquidos por un papel dializador. Al cabo de veinticuatro horas los cristales de sulfato de cobre amoniacal se han formado. Se les seca rápidamente entre dos hojas de papel chupón después de lavarlos en alcohol y se conservan en frasco bien tapado. Se emplea una solución al 4 por 100, y la inyección debe ser intravenosa exclusivamente, pues la menor gota que quede bajo la piel formaría una escara. En un caso de fiebre puerperal deben inyectarse 2 c. c. mañana y tarde (8 centígr. cada vez), continuando hasta la apirexia. En las observaciones de Noiré se logró esto siempre en tres días.—(*Presse Médicale*, núm. 37, 5 junio 1920.)—E. Luengo.

#### 2. Tratamiento de los carcinomas inoperables del útero y de las recidivas localizadas en la cicatriz vaginal y en la vagina, por el sulfato de cobre, por D. Pamboukis y G. Berry.—

Dada la sencillez de la aplicación y la inocuidad de este método de tratamiento, los autores le recomiendan, aunque sólo sea como paliativo, en vista de sus excelentes resultados. Para el tratamiento regular del cáncer uterino, o de las lesiones de recidiva cancerosa de la vagina, adoptan Pamboukis y Berry la fórmula siguiente: sulfato de cobre disuelto, 4 grs.; polvo de talco, 100 grs. Si las fungosidades neoplásicas son abundantes, se separan por un raspado con cucharilla que se practica sin anestesia; se taponan y comprime para detener la hemorragia y después se aplica directamente el polvo sobre la superficie raspada; el sulfato de cobre obra como astringente y hemostático, y es raro que la hemorragia



persista; por medio de un tapón o compresa esterilizada se mantiene el contacto del medicamento. En las curas sucesivas, es más práctico mezclar directamente el polvo y una pequeña cantidad de glicerina, en la que se empapa la compresa; puede utilizarse la fórmula siguiente: sulfato de cobre al 40 por 100, 1 gr.; hidrato de magnesia 10 gr.; adrenalina al  $\frac{1}{100}$ , X gotas; glicerina, c. s. para hacer pomada líquida (para una cura). Las curas son indoloras y deben dejarse veinticuatro o cuarenta y ocho horas; después de retirarlas, la enferma se hace un lavado alcalino débil (una cucharada de bicarbonato sódico en dos litros de agua caliente). Al mismo tiempo se prescribe biclorhidrato de quinina y salicilato de magnesio, a. a. 25 centigramos; hidrato de magnesia, 50 centígrs., para un sello, número 30; se toman tres al día, descansando diez. Las curas se renovarían tres veces por semana como mínimo. Los resultados obtenidos con este método fueron, desde luego, la desaparición de las hemorragias, de los flujos fétidos y después la disminución y desaparición de los dolores, al mismo tiempo que mejoraba el estado general. Localmente retroceden las proliferaciones, cicatrizan las úlceras neoplásicas y la herida presenta un aspecto excelente, hasta el punto de lograrse en algunos casos una curación aparente, pero clínicamente completa.—(*Presse Medicale*, 22 mayo 1920, núm. 33.)—E. Luengo.

#### OTO-RINO-LARINGOLOGIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. El examen de la garganta en el botulismo. Una cuestión de diagnóstico diferencial, por el doctor Vernieuwe.**—Este autor ha tenido ocasión de examinar la garganta en una serie de casos de botulismo. Un error de diagnóstico en el primer caso le mueve a publicar los observados, puesto que entrañan una cuestión de diagnóstico diferencial. La mayor parte de los autores que se han ocupado del botulismo prestan poca atención al síntoma parálisis del velo del paladar, y, generalmente, cuando un enfermo se presenta con dicho síntoma, suele establecerse el diagnóstico de parálisis post-diftérica. Los accidentes botulínicos no afectan por lo común a un solo individuo, sino también a sus comensales. La sequedad absoluta de las mucosas es signo constante del botulismo y falta en los individuos post-diftéricos. La parálisis de velo del paladar, tan constante en ambas enfermedades, es lo más a menudo unilateral en el post-diftérico y total en el botulismo. Pero el diagnóstico diferencial entre las parálisis post-diftéricas y las por toxinas del *b. botulinus* se facilitará por un examen atento de los trastornos oculares, que pueden dividirse en cuatro grupos: 1.º, en el botulismo, la acomodación y el esfínter pupilar, se encuentran afectados generalmente al mismo tiempo, mientras que en la parálisis post-diftérica, la reacción pupilar persiste intacta; 2.º, los músculos

externos del ojo están muy raramente interesados por la parálisis post-diftérica, y en el botulismo, en cambio no es raro ver al lado de la oftalmoplegia interna, que, los músculos externos participan de la parálisis; 3.º, la parálisis del ojo aparece desde el primer día de la ingestión de carne averiada y es tardía la post-diftérica; 4.º, la duración de la parálisis botulínica es mucho mayor que la post-diftérica. Además, los síntomas del botulismo presentan gran semejanza con los de algunas intoxicaciones químicas, y, sobre todo, por la atropina; pero nunca existe parálisis de los músculos externos del ojo en la intoxicación por la atropina; este síntoma es, como antes decimos, propio del botulismo, que paraliza también la acomodación de una manera absoluta.—(*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 15 junio 1920, número 11.)—E. Luengo.

**2. Anosmia hereditaria y epilepsia, por el doctor Alikhan.**—Trátase de una familia de treinta individuos, de los cuales, once son anósmicos, cuatro hipósmicos y dos epilépticos. Esta transmisión se ha efectuado únicamente por personas del sexo femenino, que padecían ellas mismas anosmia. Ningún varón ha contraído matrimonio. Algunos observadores han señalado ya la existencia de anosmia en la epilepsia, no sólo después de las crisis, sino en sus intervalos; en esta enfermedad se ha encontrado una esclerosis del asta de Ammon, que pertenece a la circunvolución olfativa, y Chaslin estima que la lesión propia de la epilepsia consiste en una proliferación neuróglia que se manifiesta exteriormente por la induración de ciertas circunvoluciones. Esta hiperplasia se debe, según el autor, a trastornos evolutivos. La gliosis de los centros olfativos, en el mal comicial, es pues, la base anatómica de los trastornos de la olfacción observados en los epilépticos. De la exploración de una serie de paralíticos generales y de dementes precoces, que presentaron intacto el olfato, puede excluirse el que la anosmia de los epilépticos sea una manifestación de demencia.—(*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 15 junio 1920, núm. 11.)—E. Luengo.

#### RADIOTERAPIA

##### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Curioterapia de las radiodermitis epiteliomatosas profesionales, por P. Degrais y A. Bellot.**—Los autores han utilizado la curioterapia (nombre propuesto por Degrais en lugar del de radiumterapia) en algunos casos de radiodermitis profesionales, obteniendo una completa cicatrización de las lesiones ulceradas y la curación de las radiodermitis crónicas y aun de las llegadas a la fase epiteliomatosa. Con este método se evitan, por tanto, las penosas mutilaciones, que hasta la fecha se consideraban como único remedio terapéutico en estas afecciones.—(*Presse Medicale*, número 37, 5 junio 1920.)—E. Luengo.



### PROGRAMA PROFESIONAL

*La función sanitaria 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

### En el Colegio de Médicos de Madrid.—Fin de cursos

Después de una reñida, aunque correcta, lucha de dos días, se ha efectuado la elección reglamentaria de la Junta directiva del Colegio de Médicos de Madrid, resultando considerablemente variado el personal que la componía.

Como saben nuestros lectores, venía desde hace tiempo manifestándose descontento acerca de la gestión llevada a cabo por la anterior Junta directiva; nacida en el Colegio, cuando éste no tenía carácter obligatorio, prorrogó su mandato con expedientes y pretextos que a muchos no parecían justificados y que impedían el natural funcionamiento de una Institución a la que, natural y legalmente, están confiados los intereses profesionales. Cuando, no pudiendo sostenerse aquella situación, se procedió a las anteriores elecciones, prevaleció todavía el mismo espíritu antiguo del viejo Colegio; y como el descontento persistía también, hubo, con unos o con otros motivos, sesiones borrascosas, con daño del general prestigio.

La nueva Junta, representante a lo que parece de nuevas orientaciones y de espíritu diferente de la anterior, está llamada a interpretar fielmente la naturaleza, el carácter, las facultades y también los deberes de la importante Institución; de ella esperamos mucho; pero, sobre todo, esperamos que con serena energía sepa resistir a las continuadas y repetidas asechanzas de que ha de ser objeto, y se sobreponga con paciencia y perseverancia a las minucias y pequeñeces que inevitablemente lleva consigo todo jurado profesional en su intervención en las cuestiones individuales. Es indiscutible que los Colegios médicos no han llegado todavía en nuestro país al completo desarrollo y al afianzamiento sólido que de ellos debe exigirse; si tomaran por modelo a sus congéneres de abogados, notarios, etc., podían ver hasta qué punto constituyen un organismo capaz de sostener la unión y la buena inteligencia entre los profesionales de su clase, de dirimir las cuestiones más arduas y espinosas y de responder a la representación de las aspiraciones progresivas más amplias.

Por de pronto, nuestra enhorabuena a los elegidos, que hallarán en nosotros colaboradores y auxiliares resueltos, mientras, como esperamos, se persuadan de la importancia de su papel y lo desempeñen con la alteza de miras a que les obligan su significación y su renombre profesional.

Las Academias y Sociedades científicas van cerrando sus puertas, preparándose al reposo veraniego; reposo relativo que, las mas veces, no es sino época de acopio de energías y materiales que han de manifestarse en la época apropiada de sus trabajos.

El debate entablado en la Real Academia de Medicina acerca de *La dietética de la fiebre tifoidea* terminó en la última sesión por una especie de desfile, con tiempo limitado de los oradores que habían manifestado deseos de terciar en él. La brevedad del tiempo que emplearon no disminuyó el interés y la importancia de sus intervenciones, como pudo advertirse con las muestras de aprobación y los aplausos que merecieron las declaraciones de los señores Mariscal, González Alvarez, Grinda, Díaz-Villar, Albiñana y otros.

DECIO CARLAN.

## Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas<sup>(1)</sup>

EXCMO. SEÑOR

SEÑORES:

No es verdad que la injusticia, el capricho, las veleidades y otras malas pasiones fijen la conducta del mundo. Ella se acomoda siempre a lo que es ley de Dios, pues si algunas veces prepondera lo indebido es sólo por poco espacio, al fin del cual quedan todas las acciones humanas en los sitios correspondientes a su carácter; las malas y estériles, en lugar de vituperio y desdén; las buenas y sublimes, en el de la gloria que supieron conquistar.

Así, con frecuencia notamos que la opinión brinda generosamente sus homenajes a los dignos de obtenerlos. Estos anticipos de fallos históricos, únicos inapelables, sólo alcanzan a los elegidos por su valer, por su esfuerzo, por notorias condiciones que deben pre-

(1) Biografía leída en el acto solemne de homenaje celebrado el 22 de junio



miarse cuando vive su dueño. Verdad que mientras se halla en pie, acaso la lisonja prodigue sus aplausos; pero verdad del mismo modo que la envidia y los egoísmos no reposan, y así se neutralizan los esfuerzos de la benevolencia exageradora del triunfo, con los que hace para negarle o disminuirle esa enfermedad terrible que tiene por síntoma culminante la tristeza, sufre con el bien ajeno y extrae del dolor de los demás sus propias venturas.

Sólo una condición se ha de exigir a las exaltaciones extraordinarias: la de que tengan fundamento en realidades de la vida; por ello, el mejor elogio de quien públicamente haya de recibir muchos será el cuento verídico de sus obras, la narración minuciosa y serena de su paso por la existencia, desde la hora en que se sintió asaltado por el amor a las alturas hasta el instante en que, después de haberlas recorrido, goza satisfecho del espectáculo que ofrecen.

Amigos y admiradores, compañeros y discípulos del doctor D. Amalio Gimeno, le dan hoy efusivo testimonio de gratitud y rendimiento intelectual. Tienen para ello varias razones; pero la primera consiste en conocer la vida que justifica el homenaje. Brotada en la honradez, quedó desde los primeros años sujeta al trabajo; rubustecida por el talento, no quiso confiarse únicamente a su fuerza, poniéndose también bajo la del estudio; luego, llegada la hora de los trances decisivos, y sintiéndose con alas para volar, supo recorrer lo mismo las regiones serenas de la ciencia que las tormentosas de la política. Con todas las nobles ambiciones del mundo tuvo nobles tratos, y de todos puede sentirse satisfecho. Así, en el momento actual, vuelve la vista a lo pasado y halla en él las raíces, que han dado aroma y color, gusto y sazón a las flores y frutos del presente. Escolar, médico, catedrático,

orador, publicista, político, gobernante; en las Aulas, en las Clínicas, en el Laboratorio, en la Universidad, en el Parlamento, con los libros, arrostrando las arduas tareas del Gobierno, Amalio Gimeno brilla siempre. Vino al mundo con notables condiciones, y derrochándolas todas no ha malgastado ninguna. Hay luz en su cerebro, y acumula en él las ideas para que resplandezcan con la luz; hay fluidez y belleza en su palabra, y la prodiga desde el club hasta la cátedra, pasando por los lugares de mayor respeto e influjo, con el fin de que su elocuencia difunda las semillas de elevados

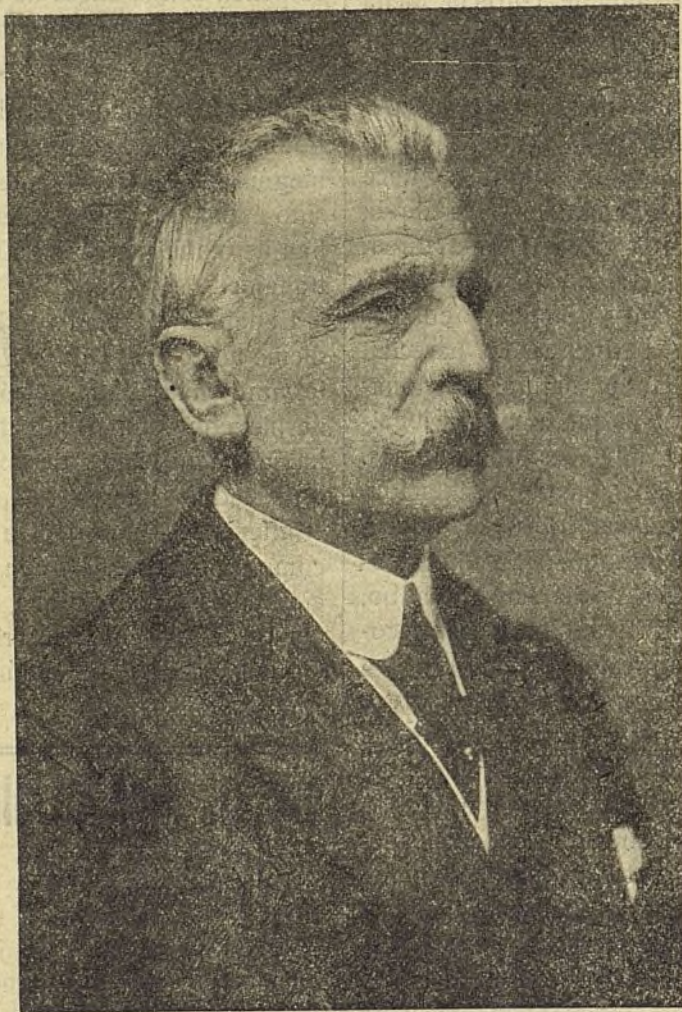
y fecundos pensamientos. La suerte le dotó de atractivos excepcionales, de simpatía y flexibilidad, y su carácter franco, resuelto, insinuante, sugestionador, colabora en cuantos empeños acomete. Ha oído el murmullo de las alabanzas y las gratitudes, y ha escuchado también el ronco clamor de las pasiones, sin que ni unas ni otras le desviasen de su camino; sabe de la tierra cuanto es dulce y cuanto es amargo; soportadas en duros combates, lleva en el alma heridas de las cuales son como cicatrices las recompensas que alcanzó en su carrera, y al llegar la presente ocasión siente, a la vez que afán por el engrandecimiento de España, deseo de no romper los lazos que le ligan a las generaciones nacientes.

EL ESTUDIANTE.—

Nacido Gimeno en

Cartagena (1850), de padre y familia valencianos, criado en la hermosa ciudad del Turia, tiene sangre levantina, y en todo su ser refléjanse las cualidades típicas de la raza acostumbrada a los esplendores luminosos y a las exuberancias y explosiones de una naturaleza espléndida y potente.

Estuvo en las aulas desde 1860 a 1866, cursando los estudios de segunda enseñanza con los Escolapios y en el Instituto, y después, los primeros de Facultad, en Valencia; trasladado luego a Madrid, finalizó en la



Dr. D. Amalio Gimeno Cabañas



corte su carrera, haciéndose médico en 1872 y graduándose de doctor en 1874; siempre con premios y lucidas calificaciones cuando las hubo, que a partir de 1869, y durante un lustro, el legítimo rencor contra las desigualdades, si no se llevó por delante a las creadas por la fortuna o el influjo, dió temporalmente en tierra con algunas mantenidas como pago a la capacidad y al esfuerzo personales.

La vida estudiantil de Gimeno transcurrió en uno de los periodos más convulsivos de España, y eso que nuestra historia está bien repleta de luchas y forcejeos sociales. Desde 1860 a 1874, ni la Patria logra momento de reposo, ni su espíritu cesa de sentir sacudidas y sobrecogimientos. En catorce años no se interrumpen las agitaciones. Se destacan en todas las clases, y cuanto más necesarios eran el reposo y la circunspección, con mayor premura encendíanse los arrebatos y las iras. Hasta 1868 quisieron mantenerse poderosos los viejos fanatismos, y eso que estaban ya dando las boqueadas; después el huracán revolucionario barrió regímenes; instituciones, doctrinarismos; el tumulto de las calles entró en los claustros universitarios; muchas veces la cátedra fué tribuna popular, y las lecciones se convirtieron en arengas.

Amalio Gimeno, adolescente, oyó los comentarios provocados por las contingencias políticas de la época: tenía quince años cuando la noche de San Daniel; dieciséis cuando la sublevación de Prim y los combates en las calles de la corte entre los artilleros insurreccionados y las fuerzas leales a la Reina, mandadas por el general Serrano, el mismo que veinticuatro meses después derribaba al trono junto al puente de Alcolea. Un estudiante en Valencia, la ciudad clamorosa por propia condición y en época de inquietudes y arrebatos, no puede vivir en sosiego. Mientras cursó Medicina, Amalio Gimeno fué testigo de los graves acontecimientos de aquel tiempo: caída de Isabel II, Gobierno provisional, con todas las revueltas acarreadas por la revolución y monarquía de Don Amadeo. El escolar, aprovechado y aplicadísimo, reveló entonces brillantes condiciones de tribuno. Sobre aquella juventud impetuosa, huracanada, flotó, para entusiasmarla y dirigirla, el acento inspirado de Gimeno, que, según cuentan quienes le oyeron, entonó cantos hermosísimos a la libertad. A la vez que desaparecía el monarca italiano y alzabase la efímera República de 1873, acudía Gimeno a Madrid para doctorarse. Los afanes académicos ahogaron entonces a los políticos; y cuando ya, con el título supremo de su profesión, pudo el médico novel sentir las atracciones de la lucha pública, cambió por completo el escenario de España, al restaurarse la dinastía con D. Alfonso XII; y el joven doctor, que allá, en su tierra, había mordido la manzana de la popularidad, se dejó de ruidos y pensó primero en la vida, sin perjuicio de que luego, cuando fuese oportuno, filosofara.

EL MÉDICO.—Su primer cargo facultativo (1875) fué el que obtuvo, por oposición, de director en un establecimiento de aguas minerales en La Isabela; luego

le trasladaron a Paracuellos de Giloca, y tras de un paréntesis, abierto contra su voluntad, estuvo en Ube-ruaga de Ubilla, de donde pasó a Cestona; donde a la sazón actuó. Al través de la carrera médica de Gimeno, en las distintas poblaciones donde residió, por su cualidad de catedrático y alternando con las tareas políticas o no abandonó nunca las profesio-nales. Si se hubiese hallado en circunstancias propias para conceder a la *visita* todo lo que su interesante argumento requiere, fuera hoy dueño de varias fincas en Madrid de las que dan renta y nombradía.

Condiciones para asistir a los enfermos y a las familias—en la asistencia a los pacientes importa tanto el que sufre como quienes le rodean—le sobran al doctor Gimeno, y las que poseen del género sobresaliente. Un médico perspicaz, que se entere con rapidez de todo, que tenga cultura general y técnica, juicio clarísimo, resoluciones fulgurantes y además agrado personal, trato exquisito, facundia inagotable, distinción, y lo que se llama en frase plebeya, pero justa, *trasteo*; que piense, desde que inicia su carrera, cómo va a emplear los miles de duros que reúna.

Amalio Gimeno ha ejercido su profesión encantando a la clientela, pero no quiso nunca sujetarse al *duro banco* de la visita, que, en el caso presente, se puede asegurar que expresa lo contrario de las palabras subrayadas del romance; pues duro simboliza los muchos que se ganan con la asistencia médica, y en cuanto al banco, la alusión es notoria para el de España.

EL CATEDRÁTICO.—En los albores aún de su vida científica entró Gimeno en el Profesorado; su vocación para el Magisterio era indiscutible. Antes de cumplirse un año desde el del doctorado, hacía oposiciones a la cátedra de *Patología general* de la Universidad de Santiago, y obtenía el puesto (1875). Poco después (1876) se trasladaba a Valladolid, donde estuvo hasta 1877, en que le concedieron la cátedra de *Terapéutica* de Valencia. En tan brillante Escuela estuvo hasta que, por concurso de méritos, le concedieron la cátedra de *Higiene* de Madrid, pasando después, en etapas sucesivas, a las de *Anatomía topográfica*, *Clinica quirúrgica*, *Ampliación de Higiene*, y, por último, a explicar de nuevo *Patología general*, hasta que, por haber cumplido la edad preceptiva, fué jubilado.

La enumeración de las distintas disciplinas médicas en que ha ejercido magisterio revelan sus aptitudes extraordinarias, su intensa preparación y su varia cultura; porque Gimeno, lo mismo explicando *Patología*, que *Terapéutica*, que *Higiene*, ha tocado las cimas de la ciencia. En primer lugar, posee condición personal y genuina de catedrático. Expone admirablemente; ha estudiado mucho; ha recorrido los países más importantes de Europa, con el fin de ponerse al tanto de prácticas y progresos ajenos. Claro, elecutísimo en la exposición, sus lecciones no se han limitado a discursos, sino que tuvieron siempre carácter práctico. Al cesar en la cátedra de *Patología general*, deja establecido un laboratorio de primer orden verdade-



ramente modelo. Los discípulos que tuvo en *Terapéutica* nunca olvidarán las enseñanzas de él recibidas; se recuerdan también, por lo maníacas y substanciosas, las de *Higiene*, y puede estar cierto de que hay centenares de médicos distribuidos en altas, medianas y modestas posiciones, que llevan en su espíritu la huella que dejó el ilustre maestro.

Es la más alta satisfacción que puede sentir un hombre, la de ver reproducidas en otros ideas por él depositadas en los ajenos cerebros. Quizás algunos espíritus, engreídos por su propia fortaleza, desdeñen el elemento inicial de la energía que sienten; es como si un hombre robusto se mofara de la lactancia materna o mercenaria que en los primeros meses de una niñez débil alejó la muerte del cuerpo echando en él los cimientos del vigor. Los maestros que le son de veras salvan muchos talentos puestos en trance de perecer o de viciarse. ¡Bien hayan los augustos oficios del catedrático, que guía los primeros pasos de inseguros entendimientos, y nadie olvide que las aptitudes de cualquier profesor sus medios de expresión, su cualidades intelectuales, suelen decidir de la suerte, vocaciones y poderío mental de los discípulos!

De la vocación de Gimeno para la cátedra baste con decir que la mayor pesadumbre de su vida (y si las habrá soportado un hombre que ha sido ocho veces ministro) se la dió el cese como catedrático. Después de paladear todas las dulzuras del Poder todos los halagos de las altas posiciones sociales, sólo recuerda con deleite ese ministerio dichoso ejercido ante la juventud, y por el cual parece como que se recogen de las muchedumbres escolares las ilusiones estruendosas que las animan, a cambio de las ideas fecundas que sobre ellas se vierten.

**EL ORADOR.**—Vivían Cánovas, Castelar, Moret y Canalejas cuando Gimeno conquistó fama de gran orador. Con esto queda dicho todo. Su palabra, nacida en los tumultos políticos de hace medio siglo, pasó por las reuniones populares, por las cátedras, por los Ateneos, por las Academias, por el Congreso, por el Senado, y sin perder nunca los esplendores y frondosidades de sus días iniciales, fué primero arrebatadora, luego convincente y persuasiva, siempre abundante, luminosa, llena de matices y bellezas, capaz de aprisionar al oyente con las cadenas del razonamiento o con los dulces halagos de la emoción.

El doctor Gimeno ha obtenido grandes triunfos oratorios, sin contar los de las reuniones populares de carácter político, ni las ocasiones en que, obedeciendo a las circunstancias, puso de manifiesto, en improvisaciones brillantísimas, todo el poder de su elocuencia. No es orador de veras el que no improvisa. Se dijo de Castelar que sus discursos no nacían de la improvisación, pero es que el genio de la tribuna en el siglo XIX cin-

celaba las oraciones, reunía en ellas verdaderos caudales de conceptos y citas históricas, todo lo cual exige meditaciones y trabajos previos; pero también Castelar improvisó más de una vez, engarzando frases por él guardadas con otras surgidas momentáneamente de la soberana fantasía del gran tribuno. Además, su triunfo parlamentario más sonado, fué el de una improvisación: la dedicada a replicar el discurso de Manterola; y entre sus obras más hermosas y más contundentes, en cuanto a dialéctica, está la hermosa defensa de su conducta improvisada el 3 de enero de 1873.

Lo repito; el verdadero orador brilla siempre en las improvisaciones, porque en ellas palpita más la pasión, lucen lozanas las ideas, asoman con suma gallardía los convencimientos. Amalio Gimeno ha improvisado muchas veces, principalmente en la cátedra y en el banco azul, y siempre con tino y victoria. El discurso de mayor dificultad entre cuantos ha pronunciado en su vida fué acaso el del Ateneo, allá por el año 1885, presentando al doctor Ferrán y para defender su procedimiento profiláctico contra el cólera. Aún me parece ver en aquella noche al doctor Gimeno, pálido y convulso al pronunciar las primeras palabras; salieron de sus labios como balbuceos; a los dos minutos sintióse reanimado el conferenciante, e irguiéndose ante la masa compacta de su temible auditorio, habló solemne y rotundo; las frases entrecortadas adquirieron robustez; las ideas tomaron color, y a los pocos instantes el discurso se hizo magnífico, sin que perdiese grandeza hasta concluir, entre aclamaciones y aplausos.

Otra vez, en el Congreso de los Diputados, habló Gimeno, como ministro, para defender el presupuesto de Instrucción pública, y tuvo un gran triunfo. También, como en los días juveniles del Ateneo, los preliminares fueron, por lo áspero de la ocasión, indecisos y vacilantes; bien pronto convertidos en alardes inspirados y sometedores.

(Continuará.)

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 21 DE FEBRERO DE 1920

#### De la anestesia raquídea en cirugía urinaria.

El doctor Mollá expone algunas consideraciones de carácter clínico acerca del valor de dicho enunciado, cuyo resurgimiento se debe, no tanto a los peligros de la anestesia general, como a las ventajas que han llegado a reconocerse en la anestesia raquídea, que no ejerce acción sobre el riñón, puesto que no se absorbe, y, ade-

# SIL=AL

Silica de aluminio purísimo

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid



más, obra como una anestesia de contacto o local. Que el problema de la anestesia no está resuelto todavía, hasta el punto que procedimientos creídos ya olvidados, con motivo de la última guerra han vuelto a resucitarse por eminentes cirujanos ingleses, americanos y franceses, y entre dichos procedimientos figura la anestesia rectal por el éter y el protoxido de azoe.

Dice que la anestesia raquídea nació, como un ensayo, en manos de Cornnig, de Nueva York, puesto que no se aplicaba en el espacio verdaderamente subaracnoideo, sino en la zona epidural y con inyecciones de cocaína al 2 por 100, siendo los resultados algo inseguros, por lo que, a quien debe considerarse como verdadero poseedor de la anestesia raquídea es a Bier, cirujano alemán, que inyectaba cocaína, pero en el espacio raquídeo y con mejores resultados. Generalizaron este método, con entusiasmo, Tuffier en Francia y Heraco en Budapest, que llegó a emplearla en todas las operaciones, por lo que cayó en descrédito.

En cirugía de las vías urinarias tiene defensores entusiastas, contándose entre ellos nuestro doctor Sagarra, de Valladolid, que ha publicado una estadística muy nutrida de operaciones practicada con esta anestesia raquidiana. En el último Congreso de Urología celebrado en Berlín en julio de 1914 hubo tres ponencias notabilísimas sobre anestesia raquídea: Pauchet, francés; Bier, alemán, y Cabot, americano; el primero, casi la rechazó en absoluto; el segundo, mostróse partidario sólo en casos excepcionales y determinados, y el tercero, se decidió por la anestesia raquidiana, con preferencia a la general. A pesar de que había en dicho Congreso muchos defensores del método y algunos que la empleaban en todos los casos, es lo cierto que el profesor encargado actualmente de la asignatura de Vías urinarias, en París, en su obra reciente rechaza este medio de anestesia.

El doctor Mollá dice que si se viene acentuando el empleo de la anestesia raquidiana es obra al progreso en la técnica, al empleo de fórmulas constantes, al empleo de la estovaina en vez de la cocaína, que era muy tóxica, y de la nevocaína, que aun cuando es más tóxica es menos eficaz, por lo que se extiende preferentemente el uso de la estovaina, que la ha ensayado en varios casos de cirugía génitourinaria, con resultados tan satisfactorios, que no emplea otro género de anestesia como no haya contradicciones, que no las hay, sobre todo en procesos de vejiga de alguna importancia y en que se exige el reposo absoluto.

Pregunta: ¿Cómo obra la anestesia raquidiana en esta clase de operaciones? En realidad, la anestesia raquídea no se debe llamar medular, porque no obra sobre la medula, como no se emplee en zonas inmediatas o se exte-reme la presión del líquido; lo que ocurre es que actúa sobre los nervios de la cola de caballo en los espacios intervertebrales lumbares, del segundo al cuarto.

El doctor Mollá se ocupa luego de las indicaciones de la anestesia raquidiana y fija, en primer término, todos aquellos casos en que está contraindicada la anestesia general, como son: afecciones cardiovasculares, respiratorias, cierta afección de los centros nerviosos, afección del riñón, sobre todo del cuerpo tiroideo, ateromas generalizados y linfadenias. Está indicada también en las ope-

raciones de las regiones infradiafragmáticas, especialmente en el aparato génitourinario; en las afecciones de vejiga que requieren un reposo absoluto, aunque, puede emplearse la anestesia local. Con la anestesia raquidiana se suprime en absoluto la sensibilidad de la zona afectada; en la centración y en las mismas hernias, que tienen tanto de genitales, se puede emplear la anestesia local, pero es preferible la raquídea.

Se ocupa luego de la contraindicación de estas anestésias y dice que no debe emplearse nunca en los niños ni en los viejos, si bien en la primera hay casos en que puede emplearse, pero en dosis muy pequeñas; que de todos modos, no admite el que se emplee en niños menores de doce años. Aparte de éstas, hay algunas contraindicaciones, por ejemplo, en los histéricos, que temen mucho al dolor. (Queda en el uso de la palabra.)

### Un caso de hemofilia.

El doctor Pittaluga dice que desea aportar una pequeña contribución al estudio de las hemodistrofias; es decir, a aquel grupo de enfermedades de la sangre, hasta ahora muy dispersas en diferentes capítulos de la hemopatología, y que ya reseñó, hace pocos años, con el nombre de hemodistrofias, grupo fundado sobre el hecho innegable de la coincidencia de caracteres comunes entre esta hemopatía, a saber: La existencia de un factor hereditario, el predominio de la alteración bioquímica respecto a las lesiones anatomopatológicas y la evidencia de un factor neuropático, principalmente relacionado con un trastorno de las glándulas endocrinas.

Dice que conoce más de seiscientos trabajos acerca de la hemofilia, en su mayor parte con referencias de observaciones originales; que dicha enfermedad forma parte de un grupo de hemofilias, que ha reunido bajo el nombre de *Hemodistrofias*, cuyos caracteres comunes, a su entender, son:

- a) Hemopatías con predominio evidente de las alteraciones bioquímicas sobre las lesiones histopatológicas.
- b) Intervención, más o menos acentuada, del factor neuropático (neurosis), ya directa, ya indirectamente; y en este caso, por medio de las glándulas de secreción interna (trastornos endocrines evidentes).
- c) Herencia, o cuando menos, influencia evidente de factores congénitos, familiares, etc., ya directos, ya indirectos.

Y forman parte del grupo las diatesis hemorrágicas, las policitemias, la clorosis y la diatesis cosinofílica.

Indica después que todo caso de hemofilia debe ser estudiado en lo que atañe particularmente a los puntos siguientes:

1. Herencia de cualidades propiamente hemofílicas.
2. Sexo del hemofílico y relaciones entre el sexo y la herencia de cualidades propiamente hemofílicas.
3. Herencia hemofílica y leyes mendelianas de la herencia, cotejadas con el caso sometido al estudio.
4. Las «condiciones hemofílicas» del caso en estudio, consideradas como «herencia de propiedades adquiridas» en un momento de «mutación de los caracteres normales de la especie humana» (infección?).
5. Etiología actual y ancestral de las lesiones hemoragiparas.

## CARBOLAN

Pelrid's C.º, New - York

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

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



6. Infección sífilítica en particular.
7. Hematología y serología.
8. Estado del sistema armónico y posibles alteraciones personales o familiares de orden endémico.
9. Metabolismo y condiciones del equilibrio bioquímico, del plasma de los órganos y de las excreciones.
10. Estado del sistema nervioso y posibles desviaciones personales o familiares del tipo normal (neurosis, neuropatías, psicosis).
11. Morfología (desviación del tipo morfológico normal) y posiblemente anatomía patológica.
12. Distinción cuidadosa de la hemofilia, propiamente dicha, y de los «estados hemorrágicos» adquiridos.
13. Anotación cuidadosa de todos los síntomas peculiares del caso examinado en relación con los sistemas de las demás hemodistrofias.
14. Localizaciones de las hemorragias y su significación.
15. Criterio terapéutico y eficacia de los varios tratamientos.

Sentados estos principios generales sobre hemofilia, el doctor Pittaluga pasa a exponer el caso clínico motivo de esta comunicación:

Se trata de un estudiante de Farmacia, de diez y nueve años de edad. A los cuatro años tuvo sarampión; después, bronquitis repetidas, pertinaces; geofagia (comer tierra, raspar paredes, mascar cal y yeso). Tuvo una infección intestinal, de tipo tifoideo; ascaris lumbricoides; epitaxis frecuentes y abundantes, que comenzaron a partir de la edad de cuatro años. Desde 1915, a consecuencia de un pequeño traumatismo en la rodilla izquierda, se presentó tumefacción considerable, algo dolorosa.

Estudiados por el Sr. Pittaluga los antecedentes de familia, encontró que varios de los parientes del enfermo han sufrido hemorragias, algunos de ellos han fallecido a consecuencia de ellas.

Detalla luego el estado actual del paciente: de piel pálida, ligeras equimosis, ligera cianosis y frialdad en la punta de los dedos; mucosas ligeramente cianóticas, pequeños coágulos de sangre en las fosas nasales, rodilla izquierda aumentada de volumen; pequeños ganglios linfáticos del triángulo de Scarpa inguinales, supraclaviculares y cervicales; corazón pequeño; a la auscultación, ruido sistólico, algo apagado, confuso; pulso débil y lento; pulso venoso yugular claramente apreciable. Dentadura sana, pero implantación defectuosa de los dientes; amígdalas grandes; faringitis crónica, de tipo granuloso; hígado aumentado, ligeramente doloroso a la presión; bazo palpable, área esplénica, algo acentuada.

Detalla el análisis de la orina. El enfermo refiere sufrir epitaxis, que obligan al taponamiento con agua oxigenada, anedrolina, etc. Ha sido tratado con suero equino normal.

Eldoctor Pittaluga expone el análisis hematológico, y lee las proporciones del resultado de la fórmula leucocitaria (esquema de Arneth), realizado en tres distintas épocas.

Del estudio de este caso patológico deduce que la herencia propiamente hemofílica aparece en esta familia

vinculada en los varones, como manifestadores de la alteración; en las hembras, como trasmisora de las mismas, señala el hecho de la geofagia por haberla sufrido una de las hermanas del enfermo, que no presenta síntomas hemofílicos, propiamente dichos, cuya aberración en los hemofílicos es indicio de una exquisita sensibilidad trófica, de una apetencia de los tejidos para las sales de calcio contenidos en el terreno.

Añade algunas consideraciones respecto a la fórmula leucocitaria, y, en general, al equilibrio morfológico de la sangre de los hemofílicos, y resume los caracteres hematológicos salientes en esta forma:

- a) El retardo del proceso de la coagulación.
- b) La escasa importancia de las lesiones globulares (ligera anisocitosis, poiquilocitosis, barofilia).
- c) La mononucleosis total, relativa y absoluta.
- d) La monocitosis azurófila.
- e) La presencia de células de tipo endotelial o de restos celulares de este tipo.
- f) Una eosinofilia limitada, accasional o paroxística.
- g) La desviación de Arneth hacia la derecha.

Dice que el significado global de estas desviaciones del tipo normal de la fórmula hemoleucocitaria es difícil de definir. En conjunto, hay una actividad anormal de los tejidos leucopoyéticos linfóide y mielóide, de mayor importancia en lo que atañe al primero (fenómenos irritáticos y metaplásticos, acompañados por una limitada reacción critropoyética. La alteración más interesante es, quizá, la *monocitosis azurófila*, que en el caso clínico de que se ocupa aparece, respectivamente, en los tres análisis con valores de 3, 4 y 6 por 100. Explica la interpretación a que esto da lugar en lo que respecta al origen de grandes monocitos en general.

Termina el doctor Pittaluga su interesante comunicación ocupándose de la eosinofilia accasional, que está en relación con las crisis hemorroidarias, diciendo que esta afirmación no necesita extensos comentarios para los que siguen la marcha de los trabajos acerca de la significación de los eosinófilos. La desviación del esquema de Arneth hacia la derecha, que en este caso clínico ha dado exactamente la misma cifra de lóbulos nucleares en los tres análisis sucesivos (322 por 100), es otro hecho interesante que coincide con una alteración característica de las fórmulas leucocitarias de los trastornos endocrinos, en particular de los hipertiroideos.

DOCTOR CESALDO

## Sección oficial

# MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: La existencia de focos de encefalitis letárgica en varias provincias de España obliga a la Administración pública a intervenir, adoptando las dispo-

## LA DIABETES Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL  
VINO URANADO PESQUI  
que elimina el azúcar a razón de UN  
gramo por día, fortifica, calma la sed y  
evita las complicaciones diabéticas.

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



siciones sanitarias convenientes para atajar la difusión del mal, a cuyo fin, de conformidad con el dictamen de la Real Academia de Medicina, a que se refiere el artículo 152 de la Instrucción general de Sanidad, y a los efectos del artículo 124 de la misma,

S. M. el Rey (que Dios guarde), ha tenido a bien disponer que la encefalitis letárgica sea comprendida entre las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria que figuran en el anejo I de la Instrucción general de Sanidad.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos consiguientes. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 25 de mayo de 1920.—P. D, Ruano.—Señor Inspector general de Sanidad. (*Gaceta* de 28 de mayo de 1920.)

Ilmo. Sr.: El artículo 14 del vigente Reglamento de Sanidad exterior, al regular los ascensos de los funcionarios de dicho Cuerpo, preceptúa que el ascendido puede continuar en el cargo que viniere desempeñando si la categoría y clase del empleado lo consintiera; el mismo artículo dispone que el funcionario a quien le corresponda el ascenso podrá renunciarlo, siempre que hubiese algún otro de su misma categoría y clase que aspirase a él, y si no lo hubiese, tendrá que ocupar forzosamente la vacante a quien el ascenso correspondiera.

Como por Real decreto de 11 de mayo actual se fijan las plantillas de las Estaciones Sanitarias, especificando la categoría que han de tener los funcionarios para el desempeño de cada una de las plazas, pudiendo saber éstos cuándo les corresponde trasladarse del cargo que ocupan con la anticipación suficiente para renunciar al ascenso si este no les combiniera,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que las renunciaciones al ascenso en la forma que previene el citado artículo 14 del vigente Reglamento, pueden hacerse en todo tiempo, pero siempre antes de ocurrir la vacante por la cual hubiera de ascender el funcionario, y de no hacerlo así, se entenderá que renuncia a acogerse a este derecho y habrá de ocupar la plaza que le correspondiera.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y el de los funcionarios de Sanidad exterior. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 19 de mayo de 1919.—BERGAMIN.—Señor Inspector general de Sanidad. (*Gaceta* del 21 de mayo.)

## MINISTERIO DE LA GUERRA

### REAL ORDEN CIRCULAR

Excmo. Sr.: En cumplimiento a lo prevenido en el Reglamento orgánico de la Academia de Sanidad Mi-

litar, aprobado por Real decreto de 22 de abril de 1899 (*C. L.* núm. 87),

S. M. el Rey (que Dios guarde) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Se convoca a oposiciones para cubrir cien plazas de alféreces médicos de la Academia de Sanidad Militar a los doctores o licenciados en Medicina y Cirugía que lo soliciten hasta el 26 de agosto próximo, con sujeción a las bases y programas aprobados por Real orden de 10 de abril de 1913 (*D. O.* núm. 80 y *Gaceta de Madrid* del mismo año núm. 106), con las modificaciones que se insertan a continuación de la presente disposición.

2.º Los ejercicios de oposición tendrán lugar en esta corte y en el local de la Academia, calle de Altamirano, número 33, dando principio el 1.º de septiembre del corriente año; y

3.º De conformidad con lo prevenido en el artículo 25 de las bases, el Tribunal de oposición celebrará su primera sesión pública en dicho local, a las diez del día 31 del citado mes de agosto, para proceder al sorteo de los aspirantes admitidos a las oposiciones, a fin de determinar el orden en que éstos han de verificar los ejercicios.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 1.º de junio de 1920.

VIZCONDE DE EZA.

### Modificaciones que se citan

Artículo 5.º circunstancia 2.ª.—Los treinta años de edad a que esta circunstancia se refiere pueden cumplirse en el transcurso del año actual, de acuerdo con las disposiciones hoy vigentes para las restantes Academias militares.

Artículo 6.º apartado e.—Haber obtenido el título de doctor o licenciado en Medicina y Cirugía en alguna de las Universidades oficiales del reino, o tener aprobadas las asignaturas necesarias para ello, con copia legalizada de dicho título o certificado de la Universidad en que hubieren aprobado aquellas asignaturas.

Apartado f.—Los que sólo hubiesen presentado certificación universitaria de tener aprobadas las asignaturas de la carrera necesarias para obtener el título de licenciado deberán presentar antes de finalizar el curso académico, para que se incluya en su expediente personal, el testimonio o copia legalizada del título correspondiente, sin cuyo requisito no podrán ser propuestos para su ingreso en el Cuerpo como tenientes médicos, entendiéndose que, de no hacerlo así, renuncian a los derechos adquiridos mediante la oposición y estudios posteriores. Madrid, 1.º de junio de 1920.—Vizconde de Eza. (*Gaceta* de 5 de junio).

## PEÑACASTILLO

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



## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,3; id. mínima, 704,2; temperatura máxima, 36°, 0; id. mínima, 16°, 8; vientos dominantes, NNE. ENE.

Han tenido durante esta semana extraordinaria preponderancia los catarros intestinales y los desórdenes digestivos en los adultos y en los niños, debidos a las oscilaciones termométricas y al empleo de las aguas de bebida de curso intermitente y desigual. Los afectos crónicos del aparato biliar, de los órganos circulatorios y de los urinarios, siguen presentando complicaciones. También se presentan hemorragias de los centros nerviosos.

En los niños disminuye visiblemente la coqueluche y se observan casos de sarampión, anginas tonsilares benignas y catarros intestinales.

## Crónicas

**MEJORAS MATERIALES.** — Como advertirán nuestros lectores, desde este número hemos comenzado a cambiar las condiciones tipográficas de nuestro periódico en nuestro constante deseo de mejoras y adelantos. Desde hoy se encarga de los trabajos la imprenta establecida en la calle del Cardenal Cisneros, número 47, habiendo tenido un verdadero sentimiento en dejar la que desde hace más de treinta años venía sirviéndonos. En cuanto se normalicen las condiciones de fabricación y transporte del papel, con las que venimos luchando, como toda la Prensa, desde hace tiempo, introduciremos también considerables variaciones en provecho de nuestros suscriptores y de nuestro periódico.

La Mancomunidad catalana se preocupa de los problemas sanitarios.

Leemos en el *Sol* el siguiente telegrama:

«BARCELONA 24 (8 m.).—Se ha constituido en el palacio de la Generalidad la Comisión de Sanidad, bajo la presidencia del Sr. Puig y Cadafalch y del consejero ponente doctor Riera, asistiendo los doctores Pittaluga, Dubiola, Valbán, Oliver y Rodas y Tayá.

Excusaron su asistencia por deberes profesionales los doctores Pi y Suñer y Turró, que también forman parte de la Comisión.

La Comisión fué creada para asistir con su consejo al servicio de Sanidad de la Mancomunidad, cuyos trabajos se dedicarán este año especialmente a la lucha contra el paludismo en Tortosa, Avasella y Villaseca, haciendo ensayos de profilaxis química contra

las fiebres tifoideas, mediante la vacunación antitífica, que se aplicará gratuitamente a los pueblos o colectividades que lo soliciten, y contra la viruela, en forma análoga.

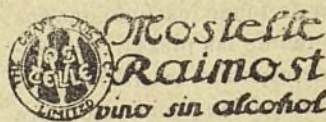
La lucha antituberculosa tomará una nueva orientación con el servicio de asistencia social de los tuberculosos de Cataluña, cuya inauguración se verificará en Octubre.

El servicio de Sanidad de la Mancomunidad de Cataluña, atendiendo las necesidades especialísimas de Gerona, instalará una sala para tuberculosos graves en su hospital, y otra para infecciosos contagiosos, mejorando la sección de lactancia artificial a la maternidad.

El servicio hará también cursos ambulantes de enseñanza de epidemiología y técnica sanitaria, y publicará próximamente una revista de divulgación e higiene.»

Al presente número acompañamos un folletito del **Balneario de Siloca**, cuya lectura recomendamos, que trata de las *Aguas clorurado-sódicas sulfurosas magnesianas* de dicho Establecimiento.

**CASA METZGER**, Paseo de Gracia, 76, Barcelona. Sirve toda clase de material para Laboratorio, en el acto. Pídanse catálogos.



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

## SOLUCIÓN 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

## NIÑOS.—FIEBRES PALÚDICAS,

GÁSTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTICIÓN, GÁSTRICAS, después del brote en las ERUPTIVAS, estados febriles de las MEUMANIAS, BRONQUITIS y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

## Quininfantina Delgado Ronco.

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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid