

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 FRANCOS 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. MARARON 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 Incuria y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNÁNDEZ 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 SANUS 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 e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.*—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—*Fomento de la enseñanza.*—*Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.*—*Edificios decorosos y suficientes.*—*Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.*—*Fomento, premios y auxilios a los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Muerte del general médico Gorgas.—Las Hemodistrofias y las leyes mendelianas, por el Dr. Pittaluga.—Anatomía Patológica Ocular, por el Dr. Manuel Marín Amat.—La patología y la terapéutica de la sífilis a la luz de las investigaciones modernas.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlián.—A la Sala primera del Tribunal Supremo.—Sociedades Científicas Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sociedad oftalmológica de Madrid.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Muerte del general médico Gorgas

En mi sentir, el general médico americano Gorgas, ha sido el primer sanitario del mundo. Es decir, el hombre que, aplicando a la práctica sanitaria los progresos científicos de la higiene, ha sabido salvar más vidas humanas. La higiene y la sanidad, son dos cosas diferentes, aunque frecuentemente suelen por las gentes confundirse. La higiene se engendra y desenvuelve siempre en la esfera de la ciencia pura, y de ella proceden los grandes descubrimientos salidos de los laboratorios; la sanidad, en cambio, estriba en la aplicación práctica de los conocimientos higiénicos a la administración pública, con el fin de evitar o prevenir las enfermedades.

William Crawford Gorgas, fué ante todo un gran e insuperable sanitario. Ha muerto recientemente en Londres, cuando se dirigía a la costa occidental de Africa para estudiar allí la fiebre amarilla, y trazar el programa de su profilaxis; asunto este, que ha sido el tema principal de toda su vida.

Dióse a conocer como hombre de acción y de dotes extraordinarias por primera vez, en Cuba en 1898, cuando fué nombrado por el gobierno norteamericano jefe del saneamiento de la Habana, donde hizo verdaderos milagros. Recién descubierto el papel del Stegomya, fasciata como vector del germen desconocido de la fiebre amarilla, organizó de tal manera la lucha contra los mosquitos, que consiguió hacer desaparecer en poco tiempo el vómito negro en la isla. Para conseguir esto, fué tanta la energía, la tenacidad y el tacto que supo desplegar, que sus compatriotas americanos, en el colmo de la admiración que sentían por él, llegaron a compararle con Hércules y con Napoleón. Pero todo esto que hizo en Cuba, fué pálido e insignificante comparado con su gran obra de saneamiento del Canal de Panamá, que es mi juicio el triunfo más grande que ha alcanzado en el mundo la ciencia sanitaria.

Acababa de fracasar ruidosamente, con una catástrofe financiera de que no hay nombre, la primera empresa francesa de la apertura del Istmo de Panamá, dirigida por el gran ingeniero francés Lesseps, que se hallaba a la sazón consagrado por el éxito alcanzado en el Canal de Suez. Bien analizadas las causas inmediatas del fracaso de Lesseps y de la primera empresa financiera, se averiguó que estas causas habían sido principalmente de orden sanitario. Los trabajos de apertura del canal eran dificultados y hasta interrumpidos por la intensa epidemia de

paludismo y fiebre amarilla, desarrollada con motivo de las grandes obras hidráulicas de canalización, en un clima cálido y naturalmente insano con aquel, y los hombres caían a centenares por el azote de las dos epidemias combinadas, haciendo imposible la continuación de los trabajos, y sobreviniendo, como consecuencia natural, el desastre económico final.

Reconstituida la compañía financiera del canal en manos de los norteamericanos, enviaron éstos en 1904 al coronel Gorga al frente de los servicios sanitarios. Al principio tropezó éste con dificultades ofrecidas por los mismos ingenieros del canal que le enojaron con razón y le pusieron a punto de renunciar a su cargo; pero afortunadamente subió entonces a la presidencia de la República de los Estados Unidos un hombre de los alientos de Teodoro Roosevelt, el cual conociendo los méritos científicos y los arrestos de voluntad de Gorgas, le invistió de todos los poderes necesarios, para llevar a cabo con autoridad soberana cuantas medidas creyera convenientes. En efecto, inspirado en su gran experiencia recogida en Cuba, emprendió una intensa campaña contra los mosquitos, y bien pronto convirtió el istmo de Panamá, no solamente en un país habitable, sino verdaderamente sano. Ha sido la primera vez que la ciencia sanitaria, favorecida por una amplia concesión de iniciativas y poderes materiales subordinados a la soberanía técnica, alcanzó transformar las condiciones de vida de un país que pasaba, con razón, como uno de los más insalubres del mundo. De esto pudo Gorgas concluir que, si las condiciones sanitarias de las regiones tropicales fueran de este modo en todas partes mejoradas, podría asegurarse que, para los fines de la colonización general del mundo, el hombre blanco sería capaz en esos países, no sólo de vivir y trabajar, sino de aclimatarse y reproducirse.

He aquí cómo la obra sanitaria del Canal de Panamá fué un título de gloria para el general Gorgas, y por qué se hizo con justicia célebre en el mundo entero.

Gorgas quedará siempre en la historia de la sanidad pública como el arquetipo del sanitario ideal; como el hombre de voluntad firme y de espíritu organizador que supo llevar a la práctica de los hechos los principios científicos de la higiene doctrinal, salvando así numerosas vidas y haciendo ver que para que los servicios sanitarios sean eficaces, es menester revestir a sus representantes de una gran autoridad, y a las veces de poderes dictatoriales efectivos, si han de cumplir su misión de defender la salud y la vida de las gentes.

Rindamos, pues, a la memoria del eminente médico americano el tributo de nuestro respeto y admiración.

DR. MARTIN SALAZAR.

LAS HEMODISTROFIAS Y LAS LEYES MENDELIANAS

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EL DÍA 24 DE MARZO DE 1920

POR EL DR. PITTALUGA

Señores Académicos: señores.

No hay quizá ningún problema que preocupe tan hondamente el espíritu de los estudiosos de las cuestiones biológicas, como el problema de la herencia. Están comprendidos en él todos los problemas secundarios (secundarios relativamente a la gran cuestión que los envuelve y, sin embargo, cada uno de ellos extremadamente importante), inherentes a la transmisión de los caracteres, a las modificaciones que las especies vivas adquieren a lo largo de su existencia histórica sobre la tierra, a la transmisión hereditaria de estos caracteres adquiridos, a la fijación de ciertos caracteres patológicos transformados luego en variaciones constitutivas de variedades o razas, a la constitución bioquímica y morfológica del *substratum* celular al que está ligado el fenómeno de la herencia, y, en suma, a todo ese conjunto de problemas que han creado en estos últimos veinte años, a expensas de la perseverante labor crítica que siguió al periodo darwiniano, una ciencia nueva, la «Genética».

La importancia biológica del problema de la herencia, no es menor, si se la considera desde el punto de vista patológico. Los patólogos, los clínicos, se preocupan desde el primer momento en que enfocan un problema de diagnóstico, de fijar con exactitud, con la mayor exactitud consentida por estas rápidas observaciones, los caracteres hereditarios de la persona que está sometida a su examen.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, tuvieron un gran predominio los trabajos morfológicos, y este carácter principalmente morfológico de los estudios de la biología en general, se extendió y se aplicó también al estudio del problema de la herencia. Esta preocupación de los hechos morfológicos en lo que atañe a los fenómenos y leyes de la herencia, culminó con los ensayos que constituyen una de las piedras miliare del pensamiento científico del siglo XIX, publicados por Weismann alrededor de los años 1882 a 1890, acerca de la herencia de los caracteres adquiridos.

La expresión más interesante de esta natural, explicable desviación del pensamiento filosófico, biológico acerca del problema de la herencia, durante los cincuenta años últimos del siglo XIX, consistió en las tentativas de la transmisión de caracteres obtenidos por medio de mutilaciones de animales y de seres vivos en general.

Naturalmente, yo no hago más que fijar los momentos representativos de las fases históricas del pensamiento biológico, a partir de la primera mitad del siglo XIX, y por tanto, recordar las fases culminantes por que atravesaron las largas controversias que tuvieron lugar acerca de este extremo.

El punto débil de los ensayos sobre las mutilaciones, consiste, para expresarlo en términos esquemáticos, en que el órgano o el miembro o, en suma, la parte del cuerpo suprimida, debe de ser forzosamente de escasa importancia para la economía; de otro modo, el individuo perece.

Cuando la mutilación es de tal índole que el individuo no perece, la supresión del órgano, del miembro o de la parte del cuerpo lesionada, mutilada, no se refleja en modo alguno, cuando menos de una manera rápida e intensa, en el equilibrio de ninguno de los dos mecanismos coordinadores del equilibrio intra-orgánico, a saber, el sistema nervioso y el sistema hormonal.

Que no se refleja en el sistema nervioso, está suficientemente demostrado, por el hecho bien conocido a que se refería, por ejemplo, Turró en sus «Orígenes del Conocimiento», y que yo mismo recordaba en mi discurso de recepción en esta Real Academia, sobre «La intuición de la Verdad», a saber, que en los centros cerebrales continúan persistiendo las imágenes, incluso las imágenes sensoriales, a más de las cenestésicas que correspondían, por ejemplo, al miembro amputado y que actualmente corresponden como localización periférica, al muñón.

Si no hay un reflejo, una repercusión, en el sistema nervioso y si el reflejo endocrino es también escaso y tardío, como corresponde a un órgano o a una parte del cuerpo que fisiológicamente no está dotada de una específica actividad diastásica y de una función especial en el equilibrio hormonal del organismo lesionado, la mutilación no produce huella en el plasma germinativo.

El estudio de la patología humana ha confirmado por mil caminos esta conclusión, que en apariencia afianza en modo definitivo la opinión tan arraigada de Weismann y sus discípulos, a saber, que no existe herencia de los caracteres adquiridos; pero las dificultades que crea esta afirmación para todo estudio crítico de las descendencias, esto es de la Genética y de la evolución de las especies, ha sugerido durante los últimos treinta años un conjunto de hipótesis, algunas de las cuales se han visto de improviso, a partir del año 1900, es decir, en los primeros años del siglo XX, apoyadas y auxiliadas por la extraordinaria luz y autoridad de los estudios mendelianos.

Gregorio Mendel, abad del Monasterio de Santo Tomás, vivió en la pequeña población austriaca de Brunn, entre el año 1855 y el año 1884. Nació en el año 1822 en Heitzendorf; falleció el año 1884. Sus estudios, los estudios acerca de la transmisión de los caracteres, principalmente aplicado a especies vegetales, y muy principalmente, durante ocho años consecutivos a los guisantes, se desarrollaron entre el año 1858 y el año 1865. La publicación más acabada de Gregorio Mendel, es del año 1866.

Pero, por uno de esos extraños olvidos históricos, que parecen encubrir con espesos velos las intuiciones geniales de ciertos espíritus, y que luego de improviso, se abren en virtud de la evocación que otro

noble espíritu hace, encontrándose con la grata coincidencia de los fenómenos por él hallados con los observados y descritos por su antecesor; estos estudios de Gregorio Mendel, habían permanecido casi desconocidos hasta fines del siglo XIX. Fué entonces, cuando otros estudiosos, en particular los botánicos Tschermak y De Vries, pusieron de relieve las conclusiones de Gregorio Mendel y la coincidencia que existía entre las observaciones que ellos habían llevado a cabo y las observaciones fijadas en un conjunto de leyes por el observador austriaco.

A partir de entonces, se ha despertado un extraordinario interés por los estudios mendelianos, y hoy día, hay cuando menos seis u ocho escuelas principalmente de Botánica y de Zoología, dedicadas casi exclusivamente al estudio de las leyes mendelianas de la herencia.

De estas escuelas han salido las obras de Baur, de Lang, de Haecker, Goldschmidt, Wilson, Darbishire, Morgan, y principalmente, los trabajos de Bateson, que puede considerarse como el más fiel, y al propio tiempo el más sagaz comentador de las ideas mendelianas.

Las leyes mendelianas de la herencia han sido establecidas por Gregorio Mendel, y comprobadas luego, en parte, por los estudios contemporáneos principalmente en vegetales; pero en estos últimos veinte años, una gran copia de trabajos, una gran cantidad de contribuciones ha sido aportada en el campo de la zoología.

Estas leyes pueden resumirse aproximadamente, en los puntos siguientes:

La primera es la ley de la *uniformidad de los descendientes* de la primera generación híbrida, o sea la ley del «predominio de los caracteres» de Correns. Consiste el fenómeno del cual esta ley es la expresión sintética en el hecho siguiente: que la primera descendencia, la primera generación bastarda de dos progenitores dotados de caracteres distintos, suficientemente distintos para ser considerados como variedades, o cuando menos, variaciones o desviaciones del tipo normal de la especie, esa primera generación es una generación uniforme, en la cual, por tanto, se reproducen, aparecen, se manifiestan los caracteres de uno de los dos progenitores. Por eso Correns y los alemanes en general, hablan de una ley del predominio de los determinantes, por que en la primera generación híbrida aparecen como predominantes los caracteres de uno de los dos progenitores.

La segunda ley, es la ley de la *separación de los caracteres*, que corresponde a factores internos hipotéticamente carioplásmicos, y esta ley no es más, en realidad, que la explicación, de la primera con una hipótesis subsidiaria, que es la hipótesis de la pureza de los gametos, es decir, la hipótesis que supone que los gametos, al formarse en los órganos sexuales, poseen caracteres separados propios de uno o de otro progenitor.

La tercera ley, es precisamente la ley de la *inde-*

pendencia de los caracteres, y con ella queremos significar que la totalidad, el conjunto de la forma, del aspecto, de los colores, de las dimensiones, de las constituciones plasmáticas, de las concentraciones moleculares, del equilibrio bio-químico, de todos los caracteres, en suma, desde los somáticos más evidentes, hasta los bio-químicos más ocultos, que constituyen un organismo, en realidad son la representación puramente aparente de una realidad disociada, y, por tanto, en la unidad orgánica que aparece con ese conjunto extraordinariamente numeroso de factores, de elementos fundidos en un todo que aparece a nuestros ojos, a nuestros sentidos, a nuestras investigaciones como una cosa única; hay en realidad una profunda disociación de factores, los cuales, por tanto, son a su vez capaces de fijarse en proporciones distintas, en equilibrios distintos en el plasma germinativo.

Y finalmente, hay una cuarta ley apenas esbozada por Mendel, y, sin embargo, apuntada ya en sus observaciones, que es la que se refiere a la sexualidad, y que intenta establecer el hecho siguiente: que el sexo no es otra cosa más que un carácter como todos los demás, carácter somático, y por tanto, la proporción de los sexos en las especies vivas, obedece a una ley disociativa de los gametos, a una ley disociativa de los factores sexuales en el plasma germinativo, cuyo resultado, en la descendencia, es un equilibrio aproximado en el número de los individuos pertenecientes al uno o al otro sexo.

En realidad, la crítica a que han sido sometidas las leyes mendelianas durante los últimos veinte años, ha reducido el valor absoluto de alguna de las afirmaciones de Gregorio Mendel; quizás sólo la separación de los caracteres en las consecuencias de los cruces y una cierta proporción en la aparición de estos caracteres mismos, en las sucesivas generaciones, son los dos hechos fundamentales aceptados hoy día, puestos de relieve por los estudios mendelianos y los que pueden servir de fundamento para establecer las llamadas leyes mendelianas de la herencia.

Bateson, que es como hemos dicho antes, quizás el más agudo, el más penetrante, y también, en virtud de sus entusiasmos, el más persuasivo de los comentaristas de Mendel y uno de los más experimentados observadores en cuanto atañe a las leyes de la herencia, insiste hasta el punto de crear toda una interpretación nueva, casi una nueva doctrina, acerca de la *pérdida de los caracteres* o determinantes como principalísima causa, única causa o único procedimiento natural para la determinación de las variedades, y en general, de las desviaciones de las especies. En otras palabras: las variaciones, las desviaciones de los tipos específicos, aparecerían en virtud de la pérdida de caracteres, nunca de la adquisición de nuevos determinantes.

Esta interpretación de Bateson, en la cual él insiste luego, como veremos más adelante, con otras hipótesis subsidiarias fundadas en algunos hechos concretos, de extraordinario interés en la patología humana.

Por que, como veremos, por ejemplo, en el caso de las hemodistrofias, en patología es mucho más fácil encontrarnos con la prueba objetiva de la *carencia de ciertos caracteres* respecto a la normalidad, que no con la presencia de caracteres nuevos.

Se hace preciso a este punto, recordar la intervención de una orientación nueva que el botánico holandés De Vries dió, alrededor del año 1900 a las teorías de la descendencia, y principalmente a la doctrina de la variabilidad de las especies. Me refiero a la *teoría de las mutaciones*.

La teoría de las mutaciones surgió por un lado, como una consecuencia de una serie de hechos empíricos observados por De Vries; por otro lado, como una consecuencia teórica de una crítica ejercida durante largos años frente a la doctrina puramente darwinista, de la adaptación de las especies y de sus variaciones, en virtud de pequeños cambios sucesivos. En contra de este criterio, De Vries, muchos botánicos y algunos posteriores, atribuyen una importancia mucho mayor a las súbitas variaciones, a los cambios improvisos por adaptaciones bruscas, naturalmente, de pocos supervivientes, a los cambios físico-químicos del ambiente exterior, dentro de una determinada especie.

Este hecho es común en los vegetales inferiores y es fácilmente demostrable en las especies bacterianas. Si nosotros cultivamos una especie bacteriana dotada de caracteres biológicos fijos, constantes, principalmente en lo que atañe a su apetencia respecto al terreno nutritivo, y de improviso la sometemos a un cambio brusco de la composición bio-química de ese terreno; si en otras palabras más sintéticas, hacemos variar rápidamente, en límites bastante acentuados, el tipo medio del ambiente en que esta especie puede vivir, nosotros observamos el hecho siguiente: que un gran número, una gran cantidad de los individuos de la especie, perecen; pero un cierto número, extremadamente reducido, sobrevive, y no sólo sobrevive, sino que se adapta al nuevo terreno y aún manifiesta actividades de tipo digestivo, diastásico, para la asimilación de los materiales nutritivos pertenecientes al nuevo terreno; actividades de las cuales la especie originaria no era capaz; por ejemplo: capacidad de hidrolizar ciertas albúminas, capacidad incluso de soportar ciertos materiales tóxicos, de vivir en contacto con límites extremos de concentración molecular o de ciertos materiales minerales (arsénico, etc.) que normalmente, son suficientes para determinar la muerte de la casi totalidad de los individuos de la misma especie.

Los individuos que sobreviven a este cambio rápido del ambiente físico-químico, sufren una mutación, un desvío de su constitución bio-química y de sus actividades metabólicas, en virtud del cual podemos afirmar que constituyen una variedad, una raza, quizás una especie en evolución histórica, divergente, desviada del tipo normal del micro organismo de que hemos partido para determinarlo.

(Se concluirá.)

Anatomía Patológica Ocular ⁽¹⁾

Curso del Profesor Fuchs, de Viena

Madrid, enero-febrero, 1920

POR EL

DOCTOR MANUEL MARIN AMAT
oculista del Hospital Provincial de Almería

CURSO TEÓRICO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA OCULAR
CON PROYECCIONES, EXPLICADO POR EL PROFESOR
FUCHS, DE VIENA, EN MADRID DESDE EL DÍA 12 DE
ENERO HASTA FIN DE FEBRERO DE 1920

13. Iritis leprosa, con un leproma en el esfinter.

14. *Tubérculo solitario del iris* que ocupa toda la cámara anterior con pequeños focos en el cuerpo ciliar y esclerótica que, reblandeciéndose, facilitan y preparan el camino a la perforación de la cáscara ocular. Estas infiltraciones de la esclerótica se hacen siguiendo las vainas linfáticas perivasculares.

15. Una preparación de un *ojo atrófico* en conjunto. Ya nos dijo en la lección anterior que el ojo atrófico era consecutivo a iridociclitis y que era peligroso para el porvenir, etc., etc. En esta preparación se ve la esclerótica, empequeñecida, *arrugada*, si bien más gruesa, la retina y coroides despegadas, etc., etc.

16. *Ojo tísico* en conjunto; esclerótica conteniendo un tejido fibroso con algún que otro resto apenas diferenciable. Es consecutivo a flemón que se ha vaciado, no es doloroso, ni peligroso.

17. *Ojo atrófico*, a consecuencia, de herida de la córnea, con cicatriz entre los procesos ciliares y esta membrana, motivos siempre de irritación en el mismo y hasta de simpatía. En la *supracoroides se ven masas de nueva formación, las que se observan siempre que hay hemorragia en dicho sitio*.

18. *Pequeño cuerpo intraocular* (trozo de cartucho) en la parte más declive de la cámara anterior, haciendo cuerpo con la cara anterior del iris. Está rodeado de linfocitos y después el exudado se organizará. Ha dado lugar a una proliferación del *epitelio pigmentario del iris*.

9.^a Conferencia del día 30 enero 1920 (siete tarde).

Partícula de hierro intraocular.

1.^o Preparación de *partícula de hierro intraocular*. Nos dice a este respecto: el hierro es atacado por los líquidos del ojo y se transforma en carbonato de hierro soluble que ataca a los tejidos del ojo; pero especialmente a la retina, que sufre una degeneración, que llega hasta la atrofia completa de sus elementos. El hierro parece que en apariencia se soporta bien por que no determina una inflamación tan aguda como el cobre, por ejemplo; pero no es así. Poco a poco la vista va disminuyendo, el campo vi-

sual se reduce y sobreviene la atrofia de la retina y de la papila. La presencia del hierro en los tejidos del ojo, aun en partículas pequeñísimas, se demuestra en el laboratorio con el ferrocianuro de hierro y el ácido clorhídrico, que dan lugar a la formación de azul de Prusia, en cuyo color se tiñen los tejidos infiltrados en hierro (siderosis). La retina tiene una gran afinidad por las sales de hierro, no así la coroides que no es atacada, sino cuando el cuerpo extraño está enclavado en ella o la ha atravesado. En esta preparación se ven la retina y el iris con infiltración de hierro y un círculo moreno en la cristaloides anterior que corresponde al sitio del esfinter pupilar. En esta preparación el cuerpo extraño ha atravesado el iris, ha tocado en la esclerótica por dentro y en este sitio se ven unidas por tractus fibrosos estas membranas, la coroides y esclerótica; pero en los restantes sitios la retina está totalmente desprendida a consecuencia del tejido fibroso que se ha formado en el vítreo, siguiendo la dirección que llevó el cuerpo extraño en su recorrido y la posición que ocupó en el vítreo.

Y cosa notable. Parecería que extrayendo el cuerpo extraño la *degeneración de la retina* se detendría; pero no es así, a pesar de la extracción, el iris se decolora, el cristalino se impregna, la retina y papila degeneran, y la visión se pierde. Y esto se ve en

2.^a Esta segunda preparación, en la que él extrajo el cuerpo extraño, y a pesar de eso, comenzó la atrofia y lo enucleó, pudiéndose observar que el cuerpo extraño había roto el cuerpo ciliar, que está teñido de azul, y el conducto de Schlemm está también coloreado de azul, por haberse depositado en él pequeñas partículas de hierro que han seguido la vía de eliminación de los líquidos intraoculares.

3.^a *Pestañas intraoculares* (dos preparaciones). Nos dice, que las pestañas son bien toleradas dentro del ojo, que se rodean (y se ven en las preparaciones) de una zona de células gigantes. En la primera de estas preparaciones existe una pestaña en el cuerpo ciliar. A consecuencia de la herida, el cristalino cataractado se ha retraído y arrugado, y ha tirado de la zónula y ésta a su vez de la retina, arrancándola en su parte anterior. En la segunda hay herida del iris, del cristalino y cuatro pestañas cortadas de través en el vítreo.

4.^a *Herida supurada de la córnea* que ha producido panoftalmia. En estos casos de heridas de la córnea, la retina es la que principalmente interviene en la producción de pus, estando indemne o casi indemne la coroides.

5.^a *Cisticerco* englobado por tractus cicatriciales y la retina totalmente desprendida. En la preparación se ve el comienzo del desarrollo del parásito que era subretiniano, en la porción anterior de la coroides, pero ha roto la retina en este sitio y se ha alojado en el vítreo. En la preparación se ve la perforación de la retina, y el camino seguido hasta el vítreo donde se encuentra. La sustancia irritante

(1) Véase el número anterior.

producida por el parásito, ha determinado una inflamación adhesiva y organización fibrosa consecutiva, que ha mantenido la retina pegada a la coroides en la periferia de la perforación, mientras que las restantes partes están totalmente desprendidas.

6.^a *Iridectomias*.—Varias preparaciones de iridectomias modelos, de Lagrange y de Elliot.

Primera. Preparación de *iridectomia* en una enferma que padecía una irido-coroiditis crónica. Esta afección es más frecuente en las mujeres, y se suele detener su marcha destructora con la iridectomia. La causa no es perfectamente conocida, y parece relacionada con supuraciones de los senos de la cara, del aparato genital, etc. En la preparación se ve la cicatriz corneal bien formada y bien seccionado el iris. Los procesos ciliares son normales, mientras que en la porción plana de la zona ciliar y es lo característico de esta afección, se ve una proliferación del epitelio, tanto pigmentado como no pigmentado, que después se disponen en forma de membrana.

Segunda. *Iridectomia* con muñón de iris enclavado en la herida y cubierto por la conjuntiva. El iris en estas condiciones (sin inflamación) no cicatriza ni hace cuerpo con la córnea, y deja pasar, filtrar el humor acuoso, pero no a través del iris, sino entre este y los bordes de la herida recubiertos de epitelio; cicatriz cistoide que después puede ser motivo de infección.

7.^a *Iridectomia de Lagrange*.—En esta preparación se ven masas corneales en la herida y la cicatriz es permeable. En este caso se observa edema de la papila, y dice que se suele encontrar después de las iridectomias, debido a la diferencia de presión, y entre los vasos de la papila y el ojo, y hasta pudiera interpretarse esto como curación de la excavación cuando se observa que la excavación glaucomatosa después de la iridectomia, ha desaparecido; pero entonces es sólo en apariencia, el edema enmascara la excavación.

8.^a Otra preparación de *operación de Langrange*, en la que se ve el iris enclavado en la herida y recubierto de un tejido subconjuntival, denso, no filtrable, que determinó, como consecuencia, la continuación del aumento de tensión, una hemorragia de la retina y formación de retinitis proliferante de Manz y tuvo que enuclearse.

Una preparación de hipermetropía con procesos ciliares extraordinariamente desarrollados.

9.^a *Trepanación de Elliot*.—Se ven en la preparación mallas y tejido conjuntivo filtrante entre los bordes del orificio y debajo de la conjuntiva.

10. *Ranversamiento del iris*, por traumatismo. El iris recubre hacia atrás los procesos ciliares en este caso en toda la periferia. Otras veces es parcial. En el primer caso, parece una *aniridia*, y en el segundo, un *coloboma del iris*.

11. *Hemorragia de la cámara anterior* por traumatismo, sin herida del iris. La hemorragia es del

gran círculo arterial del mismo y del músculo ciliar, ambos se ven desgarrados en la preparación.

12. *Cuerpo extraño intraocular* que ha producido una perforación del iris (la que no se cierra, a menos que haya inflamación). Se ve la retina desprendida, y dice que el cuerpo vítreo retraído ocasiona muchos desprendimientos de la retina.

10.^a Conferencia del día 2 de febrero de 1920.

QUISTES, TUMORES DEL IRIS Y CUERPO CILIAR

Estructura de la coroides y coroiditis.

1.^a *Una preparación de quiste seroso del iris de origen traumático*.—Se ve el iris dividido en dos hojas, una anterior con el epitelio y parte del estroma y otra posterior con el epitelio pigmentario correspondiente y también parte del estroma. A poco del cuerpo ciliar comienza esta separación y termina cerca del borde pupilar. El quiste llena casi toda la cámara anterior, desde la cara posterior de la córnea, con la que está en contacto, hasta el cristalino que empuja hacia atrás y le inclina hacia el lado contrario. El ángulo de filtración ha desaparecido por el crecimiento, viene la hipertensión y el ojo se pierde. El quiste está revestido en su interior de epitelio estratificado como el de la córnea. En la preparación se ve una cicatriz de la córnea en el sitio en que está en contacto con el quiste, y por dicho sitio fué herida la córnea y el iris, arrastrando el agente vulnerable células del epitelio corneal al espesor del iris, donde se ingertaron y proliferaron dando lugar a este quiste. Células que después se disponen en forma de cavidad y siguen creciendo. Para que esto ocurra es necesario que el iris se ponga en contacto con la córnea, pues de no estar y permanecer abierta la herida corneal, lo que hace el epitelio es revestir, como hemos visto en las primeras preparaciones toda la cámara anterior: pared posterior de la córnea, ángulo de filtración y cara anterior del iris. Este es el mecanismo de formación de los quistes de origen traumático. En cuanto a los de origen congénito, tienen seguramente también el mismo origen.

2.^a *Otro quiste*, pero éste formado entre las dos capas del epitelio pigmentado del iris, de origen congénito, hallazgo de autopsia y sin importancia.

3.^a *Quiste del cuerpo ciliar*: hallazgo de autopsia también sin importancia. Se encuentra entre las dos capas del epitelio y es tomado por un sarcoma del mismo sitio, leucosarcoma, siendo enucleado en esta creencia, el que motiva la preparación. Después Fuchs ha visto varios y procura hacer el diagnóstico diferencial. En un caso hizo una punción exploradora y obtuvo líquido con la jeringa.

4.^a *Sarcoma melánico del cuerpo ciliar*. Ha despegado el iris (iridodiálisis) y ha invadido la cara anterior del iris y ha deformado el cristalino sin opacificarlo.

5.^a *Una preparación mostrando un sarcoma anular del iris y del cuerpo ciliar*. No hay tumor circuns-

crito, sino una infiltración difusa de todo el iris y cuerpo ciliar, viéndose perfectamente los procesos ciliares invadidos (como el iris) del producto sarcomatoso, sin invadir ni la coroides ni los restantes tejidos del ojo. Además, en el iris y superpuesto a él, hay una *capa sarcomatosa de nueva formación* aparte de la infiltración difusa del mismo, que ha sido formada, dice Fuchs, por caída de algunas células sarcomatosas a la cámara anterior, se han adherido al iris y allí han proliferado.

6.^a Otra preparación semejante a la anterior de *sarcoma anular del iris*, en la que hizo una iridectomía por glaucoma, (creyéndolo esencial) y después tuvo que enucleo.

PREPARACIONES DE TUMORES EPITELIALES DEL CUERPO CILIAR

Son rarísimos estos tumores y sólo han sido encontrados (publicados) cuatro casos. Son benignos y malignos. Los primeros representan la conformación y estructura de la retina embrionaria.

8.^a Es una preparación de este género, *tumor como un grano de mijo* en la parte más culminante de un proceso ciliar. Toma origen en las células más internas (sin pigmento) del revestimiento de los procesos ciliares; es decir, de la hoja interna de la vesícula óptica secundaria. Está formado el tumor por montones en forma de cilindros de células parecidas a las capas de la retina. Lo ha encontrado por azar.

9.^a Preparación de *tumor epitelial maligno* de la región ciliar. Carcinoma. Es rarísimo.

COROIDES: ESTRUCTURA NORMAL.—Varías preparaciones.

1.^o Corte de coroides con sus capas supracoroides, vascular (de grandes, medianos y capilares) y vítrea.

2.^o Una preparación de plano de *venas vorticosas*, se ve la dirección casi paralela de sus troncos gruesos y medianos y el acumulo del pigmento entre las ramas (la dirección es antero-posterior).

3.^o Una preparación de plano de la *corio-capilar*. El espacio ocupado por los capilares es más grande que las mallas por ellos formadas. No hay pigmento en esta capa. El pigmento está entre los vasos grandes y los medianos.

4.^a Preparación muy bonita de *coroides albina* (de conejillo de India), se ven los vasos de la coroides llenos de sangre (venas) de dirección antero-posterior, así como los de los procesos ciliares e iris.

5.^a Una *vena vorticiosa* completa (vista de plano), aislada en la preparación.

6.^a Trayecto de una *vena vorticiosa al atravesar la esclerótica*. Este trayecto es larguísimo; es decir, muy oblicuo y al llegar hacia el interior las láminas más internas de la esclerótica, que están en reducido número, le cubre como a modo de válvula, que la presión intraocular aumentada puede cerrar y

determinar el glaucoma. Además, al salir del orificio exterior la vena vorticiosa se dilata y dificulta en parte la corriente sanguínea; por esta disposición anatómica fundó Herford su teoría acerca del glaucoma.

7.^a *Células pigmentarias de la retina* vistas de frente por su base. Se observa el contorno exagonal característico.

EXCRECENCIAS DE LA LAMINA VITREA.—Tres preparaciones.

1.^a Una, en las que se ven las excrecencias haciendo relieve sobre la lámina vítrea, de forma redondeada. En donde asientan falta el pigmento de la retina y por eso tienen (al oftalmoscopio) el color gris o amarillo, y en la preparación se ve el pigmento rodearlas en su base sin cubrirlas. La estructura es estratificada como se ve en la preparación y se presentan en la vejez; en algunos casos de glaucoma antiguo y en los desprendimientos de la retina; parece que el líquido subretiniano tiene cierta acción irritante.

Las segunda y tercera preparaciones son iguales. Se ven muchas excrecencias redondeadas, algunas se han aislado al dar el corte.

Una preparación de *focos recientes inflamatorios* de la coroides. Está formado por acúmulo linfocitarios que asientan en la corio-capilar. En los casos de coroiditis se presentan unos acúmulos en número variable en la superficie de la retina y detrás de la córnea, formados por linfocitos que han emigrado. Ya sabemos que en los casos de úlcera de la córnea se presentan focos leucocitarios en la superficie de la retina.

En el sitio correspondiente a los focos de coroiditis se ve el epitelio de la retina destruido y hasta la capa de los granos externos. Al desaparecer los exudados inflamatorios se observa a la retina y coroides adheridos en dichos sitios.

11.^a Conferencia del día 4 de febrero de 1920.

Coroiditis supuradas.—Supra-coroiditis.—Osificación de la coroides.—Desprendimiento de la coroides.—Hemorragia expulsiva.—Tumores de la coroides.

1.^a Preparación de *coroiditis supurada*. Esta puede ser metastásica y reumática y los gérmenes productores son generalmente el pneumococo y el estreptococo. En la preparación se ve acúmulo de pus en el vítreo, supuración en la retina, que a su vez está desprendida. Iris y cuerpo ciliar infiltrados e igualmente la coroides, e hipopion. Se ven masas de pneumococos en el vítreo más intensamente teñidos.

2.^a Otra preparación de *coroiditis supurada* en período más avanzado. Hay un mamelón carnoso entre los labios de la herida de la córnea, por donde a su vez sale el pus. La retina y coroides están desprendidas y aquella destruida por la supuración.

3.^a Una preparación de *supra-coroiditis*, lesión que Fuchs llama a la formación de una membrana

en el espacio supracoroideo, la cual tiene lugar siempre que hay hemorragia en dicho espacio. En la preparación se ve un extenso derrame de sangre en dicho sitio y rodeado de una membrana, que se separa de una parte de la esclerótica y de otra de la retina. La retina a su vez presenta la degeneración quística. Se trata de un ojo con glaucoma, al que le practicó una iridectomía y quedó el iris enclavado, siguiendo los dolores y motivando la enucleación.

4.^a *Osificación de la coroides* (dos casos consecutivos a irido-ciclitis). Se presenta esta lesión en los ojos inflamados con anterioridad (irido-ciclitis), supurados (panoftalmia), degenerados (glaucoma) y con tuberculosis. No se encuentra en los atacados de oftalmia simpática. Nos dijo que la osificación tiene lugar solamente en los tejidos de origen mesodérmico y en la preparación se ven trozos osificados en la coroides y el cristalino infiltrado de sales calcáreas (como es de origen ectodérmico no puede haber en él osificación). Se ve un trozo de hueso con sus sistemas de Havers completos y típicos (conductillo, laminillas, óseas y osteoblastos) y se observa también otro trozo de hueso formado de dos láminas, entre las que se encuentra médula ósea, con su estructura típica.

5.^a Otra preparación de *osificación de la coroides* en la que se encuentra osificada esta membrana y acepta los caracteres del *tejido esponjoso*.

6.^a *Hemorragia de la coroides*.—Tiene lugar entre la membrana vitrea y la retina y se produce cuando descende rápidamente la presión intraocular y las arterias están degeneradas. Se ve una en un ojo estafilomatoso en el que se practicó una iridectomía y se presentó una hemorragia de la coroides.

7.^a *Hemorragia expulsiva*.—Se produce en las ciliares posteriores largas, derramándose la sangre entre la coroides y esclerótica y empuja la coroides hacia afuera y puede llegar hasta la expulsión de todas las membranas fuera del ojo. En la preparación se ve la coroides empujada por el coágulo sanguíneo saliendo por la herida.

8.^a *Desprendimiento de la coroides*.—Dos mecanismos:

Primero, por tracción, y segundo, por descenso brusco de la presión intraocular. Estos desprendimientos están ocupados por un derrame seroso.

La primera preparación muestra un desprendimiento producido por la tracción verificada por una membrana situada detrás del cristalino y cuerpo ciliar que tira de la retina y coroides, produciendo el desprendimiento de ambas membranas. Este desprendimiento se observa sólo como hallazgo de autopsia y no se diagnostica en vida por estar opacificados los medios del ojo.

Segunda preparación. *Desprendimiento de la coroides* por disminución brusca de la tensión ocular (catarata, Elliot, etc.) La preparación ésta lo es por consecuencia de una operación de Elliot. Es bastante frecuente y se diagnostica en vida. La coroides

está despegada, y entre ésta y la esclerótica, se observa un derrame seroso; pero la retina está unida a la coroides, en lo que se diferencia del producido por el mecanismo anterior. El nervio óptico está edematoso por causa de la misma disminución brusca de la tensión (ya explicada). Esta es mayor en el espacio vaginal y en su propio tejido, que en el ojo, después de la abertura del mismo. Este edema del nervio desaparece cuando la herida se cierra y la presión se normaliza. En este edema del nervio óptico se ve un rodete peripapilar de fibras nerviosas hinchadas, que Fuchs llama *rodete neurítico*. Este edema es el motivo de las aparentes curaciones de las excavaciones glaucomatosas después de la iridectomía.

9.^a *Tumor benigno de la coroides*: melanoma. Es un tumor muy raro. Se observa al oftalmoscopio una pequeña mancha negra en la retina, de diámetro un poco menor que la papila y con el microscopio se ve que está formada por cromatóforos en gran número. Es un tumor de los albinos.

(Se continuará)

La patología y la terapéutica de la sífilis a la luz de las investigaciones modernas ⁽¹⁾

—o—

DE UNA CONFERENCIA HECHA EN EL COLEGIO DE MEDICOS DE VIENA POR EL PROFESOR E. FINGER (WIENES KLINISCHE WOCHENSCHRIFT, 29 ABRIL 1920.

Luego a la pregunta sobre si una afección que se sospecha sífilítica lo es o no, debe responderse con mucho tiento. La reacción seropositiva sólo quiere decir que en el organismo hay, en algún sitio, un foco de espirochetos activos, cualquiera que sea el sitio donde se encuentren, y nunca que la afección de que se trata sea o no sea sífilis. Así, un enfermo con una úlcera blanda puede ofrecer una reacción Wassermann positiva cuando al mismo tiempo que su úlcera blanda tiene una sífilis latente. Puede, en las mismas condiciones una afección escrofulosa de la piel o de los huesos, o un carcinoma de la lengua o una enfermedad no sífilítica del hígado o de los riñones, ofrecer una reacción Wassermann positiva. Sólo cuando las manifestaciones clínicas de la enfermedad cuya naturaleza se quiere averiguar pueden inclinar a la sífilis, una reacción Wassermann positiva puede afirmar este diagnóstico. Por otro lado, una reacción Wassermann negativa no excluye de manera absoluta la existencia de una afección sífilítica. Esto vale, en primer lugar, para los efectos iniciales sífilíticos recientes. Muchas recidivas secundarias localizadas, particularmente cuando se

(1) Véase el número anterior.

presentan poco después de un tratamiento, se presentan con seroreacción negativa. También con mucha frecuencia las formas raras de sífilis, y por último, los focos gomosos circunscritos de la piel y de las mucosas.

Las enfermedades del sistema nervioso ofrecen con respecto a la seroreacción un comportamiento muy variable. De tal modo que, en una enfermedad nerviosa, una reacción negativa de la sangre no permite la exclusión etiológica de la sífilis. Por eso es deseable, para completar el examen de la sangre, realizar el examen del líquido cerebro-espinal obtenido por la punción, según hace en mi Clínica Kirle en gran cantidad de casos. Hoy puede considerarse como establecido, que la enfermedad sífilítica de los centros nerviosos se deja conocer por una constante alteración del líquido, que unas veces se manifiesta por un aumento de los elementos formados y del contenido en albúmina del mismo o por una reacción de Wassermann positiva, o finalmente por la precipitación del oro en una disolución de oro coloide, la llamada reacción del oro. El licor cerebro-espinal, que no debe considerarse como un trasudado de la sangre, sino como una secreción, un producto del plexo-corioideo, demuestra su independencia de la sangre en que la reacción de Wassermann transcurre en la sangre y en el líquido céfalo-raquídeo de modo diferente. Así en la sífilis florida hay enfermos con un dato positivo de la sangre y negativo en el líquido céfalo-raquídeo cuando los órganos nerviosos centrales permanecen libres de la invasión del espirocheto de la sífilis; y al contrario, en la sífilis latente, con dato negativo de la sangre la investigación de licor es positiva cuando se fijan los espirochetos en los órganos nerviosos centrales o en sus cubiertas. Este dato es tanto más esencial cuanto, como hemos dicho, los órganos nerviosos centrales y sus meninges enferman pronto de sífilis con relativa frecuencia, sin que esta enfermedad al principio se haga ostensible por ningún síntoma aparente y sin el examen del líquido céfalo-raquídeo escaparía al observador, sería descuidado y podría dar lugar, en el curso del tiempo, a graves padecimientos del sistema nervioso central. Entre las alteraciones que pueden existir en el licor céfalo-raquídeo parece son la reacción Wassermann positiva y la reacción del oro las que en primera línea reclaman completa atención.

En lo que se refiere a la reacción Wassermann positiva del líquido céfalo-raquídeo, se manifiesta, a pesar de su absoluta independencia, de la del suero sanguíneo en cierta analogía con ella. En primer lugar, la reacción del líquido, que depende de la invasión de los espirochetos en las meninges, es negativa durante el período de la úlcera inicial. Se hace sólo positiva en el curso del estadio secundario, con tal frecuencia, que, según algunos autores, llega a ser el 60 por 100 en todos los casos secundarios, y es la prueba de la afirmación antes hecha de que,

después de la piel y de las mucosas, las meninges enferman con gran frecuencia en los primeros períodos. Igual que la reacción Wassermann positiva de la sangre, la reacción Wassermann positiva del líquido en los principios de la sífilis se deja influir, bien en la mayoría de los casos, por el tratamiento; como aquélla, en cierto número de casos, parece puede también desaparecer de un modo espontáneo, así vemos que en los períodos finales latentes, el número de reacciones positivas del licor es considerablemente menor que al principio del período secundario. Como la reacción Wassermann positiva de la sangre, la reacción Wassermann positiva del licor es en la latencia tardía, muy difícil de ser influida por el tratamiento. Los portadores de estos líquidos céfalo-raquídeos Wassermann positivos en períodos de latencia tardíos deben ser considerados con mucha atención desde el punto de vista pronóstico en cuanto son candidatos para muy graves enfermedades sífilíticas de los centros nerviosos, gomas, tabes, parálisis, pero como el número de los licores cerebro-espinales positivos en la latencia tardía es considerablemente mayor que la frecuencia estadística de estas enfermedades tan graves del sistema nervioso, el pronóstico grave no puede servir para todos los casos sin que podamos, en un caso determinado, encontrar un indicio que nos sirva para resolver la duda de si padecerá o no alguna de las enfermedades dichas. La ventaja del examen del licor céfalo-raquídeo es, doble, diagnóstica y terapéutica, en cuanto el examen del líquido nos permite reconocer en tiempo de la latencia, al principio, una enfermedad del sistema nervioso central, es decir cuando se está formando y este reconocimiento temprano consiente un tratamiento también temprano, es decir, en una época en que, al contrario de lo que pasaría después, es acaso fácil ejercer una influencia terapéutica. Si se ha de hacer la punción lumbar, debe practicarse pronto, en el segundo o tercer medio año después de la infección. El consejo de Neisser de continuar el tratamiento de manera sistemática durante varios años hasta que se obtenga una seroreacción negativa duradera, y, como final, antes de dejar al enfermo, hacerle la punción lumbar, es actuar demasiado tarde en lo que respecta a la influencia que se puede ejercer con el tratamiento si la reacción del líquido fuera positiva.

También ha sufrido un cambio esencial la terapéutica de la sífilis desde la introducción del salvarsán. Hasta hace pocos años el período de la úlcera inicial era período de espera. La escisión de la úlcera en el estadio inicial y el tratamiento enérgico, no podían impedir la explosión de las manifestaciones secundarias y la generalización del virus, y hasta se dijo que después, el curso de la sífilis era irregular y menos favorable. No cambiaron las cosas porque pudiera hacerse el diagnóstico antes y con seguridad, gracias a la comprobación del espirocheto.

La introducción del salvarsán, el efecto antisifilítico enérgico del tratamiento combinado de mercurio y de salvarsán ha modificado nuestras afirmaciones y en lugar de la proposición: «esperar hasta que aparezcan las manifestaciones secundarias», opone-mos el consejo «tratar cuanto antes para que no se presenten las manifestaciones secundarias». Esta proposición se funda en la experiencia muchas veces repetida que cuando se empieza muy pronto el tratamiento del afecto inicial se impide la generaliza-ción del virus y se puede hacer un tratamiento abortivo de la sífilis curando radicalmente al enfermo de su infección de tal modo, que inmediatamente des-pués de su cura puede infectarse nuevamente con sífilis; es una posibilidad que puede ocurrir según ha demostrado una gran experiencia fundada en la observación de muchos enfermos. Por esto, uno de los datos más esenciales que se presentan en primer lugar es el pronto reconocimiento de la úlcera sifilítica inicial; su inmediato diagnóstico porque la ma-yor ventaja del salvarsán estriba en la posibilidad de la cura abortiva. Pero podría opinarse equivocadamente, que en la actualidad, por el descubrimiento del *Spirochaete pallida*, las circunstancias referentes al diagnóstico de la sífilis inicial se habían facilitado de un modo esencial. Se haría el diagnóstico bacte-riológico en lugar del clínico. Y que el diagnóstico de la úlcera inicial de la sífilis ya no se hacía hoy con el dedo, es decir, basándose en datos clínicos, sino con el microscopio. Que bastaría investigar el espirocheto en toda erosión o ulceración, nódulo, infiltrado o pústula y si se encontraba nos hallába-mos ante una lesión inicial sifilítica y si no, había que rechazar esta posibilidad.

Este concepto equivocado, que desgraciadamente ha perjudicado a algunos, debe ser combatido con energía. La investigación de toda lesión genital al tuntun, sin escogerla, no tiene ningún objeto. Así, una erosión reciente, irregular y rojo-blan-quecina que se ha presentado inmediatamente des-pués de un coito, un herpes progeneralis, una foli-culitis, nunca deja ver el espirochete aunque en el mismo, pasadas dos o tres semanas se desarrolle en esta lesión una úlcera inicial: lo mismo se puede decir de una úlcera blanda reciente, aunque des-pués resulte mixta. La investigación en estos casos, no puede realizarse porque la demostración del espi-rocheto de la sífilis está unida a la existencia del sue-ro irritativo, ese suero amarillo apenas sangui-nolento, que mana del fondo de una úlcera inicial aunque sea muy reciente, pero que no se puede ob-tener en un infiltrado en una foliculitis, en una pústula. En estos casos, la investigación es prema-tura, y esa investigación hecha antes de tiempo da, para desgracia del enfermo, un resultado negativo, mientras el examen hecho a su tiempo hubiera ob-tenido un resultado positivo. Sólo cuando empieza a desarrollarse en el cuerpo y en la llamada lesión inicial, esa erosión pequeña del tamaño de una ca-

beza de alfiler; rojo-obscura, no inflamatoria, que en pocos días adquiere el tamaño de una lenteja y ofre-ce en su base una ligera resistencia, entonces nos encontramos ante aquella lesión que es sospechosa desde el punto de vista clínico y microscópicamente contiene gran número de espirochetos. El reconoci-miento clínico de la lesión inicial tiene hoy todavía la mayor importancia, aunque no debe pasar inad-vertido que en muchas lesiones iniciales tratadas de diversos modos (pomada gris o precipitado, nitrato de plata, fenol, yodoformo, desmatol) no se obtiene de primeras la demostración del espirocheto y hay que proceder a la investigación, durante dos o tres días de un tratamiento indiferente (pomada boricada o sencillamente gasa o algodón). Además, sépase que ante resultados negativos de la investigación debe repetirse con frecuencia el examen que debe realizarse con el mayor cuidado. Hay que dirigir la mayor atención a los ganglios linfáticos vecinos, la presentación de ganglios duros indolores viene en apoyo de la sospecha clínica; del diagnóstico clíni-co. Además, recuérdese que las lesiones extrageni-tales suelen ser atípicas en los labios, la lengua, la barba, en los dedos, donde se presentan como pana-dizos, en las amígdalas como anginas con placas.

Periódicos médicos

SIFILIOGRAFÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Contribución al tratamiento de la sífilis con preparados polimercuriales, por R. Terzaghi.— En lugar de utilizar las preparaciones corrientes de calo-melanos, que llevan como vehículo el aceite de vase-lina u otros productos, y que, como es sabido, presen-tan ciertos inconvenientes, el autor recomienda un preparado, que se tolera mucho mejor por los enfer-mos. La base es igualmente el calomelano, pero con objeto de hacer más activa su acción terapéutica y de facilitar y regularizar su absorción se añade cloruro mercúrico. Además utiliza un nuevo vehículo orgáni-co-mineral, el guayacolato, privado de grasas y de hidrocarburos, que no es irritante, y cuya densidad permite una inyección fácil, completa y homogénea; este vehículo, dada su composición, no tiene la fun-ción puramente pasiva, y a veces perjudicial, de los otros preparados, sino que está dotado de una acción activa y funcional, catalítica y reguladora de la absor-ción. Cada dosis de este nuevo producto denominado novocalomelano corresponde a 45 miligramos de mer-curio. La inyección se hace intramuscular y cada seis días con la técnica corriente de las inyecciones de aceite gris.—(*Rivista Ospedaliera*, núm. 8, 30 abril de 1920.—E. Luengo.

2. ¿Cómo es preciso tratar el aneurisma sifilíti-co de la aorta?, por W. Ettinger.—Las investigacio-

nes modernas han establecido la naturaleza sífilítica del aneurisma de la aorta, y que éste puede considerarse como un verdadero goma desarrollado en la pared del vaso, y cuando la lesión ha llegado a un cierto período de su evolución, la pared propia de la bolsa del aneurisma no es más que tejido esclero-gomoso, estando tapizada la bolsa por una capa más o menos espesa de coágulos. Esta constitución explica el por qué el aneurisma se comporta como un verdadero tumor, invadiendo y destruyendo los tejidos vecinos, porque la bolsa no está formada por tejido inflamatorio, sino por verdadero tejido neoplásico, sífilomatoso, tejido que por otra parte es la única defensa del organismo contra una ruptura de la pared. De aquí resulta que se haría correr un gran peligro a un enfermo de aneurisma aórtico si se le somete a un tratamiento específico intenso susceptible de determinar rápidas modificaciones del tejido esclero-gomoso. Sin embargo, no se puede renunciar al tratamiento específico, porque equivale a dejar abandonada la enfermedad; en estos casos conviene administrar inyecciones de suero gelatinado al 2 ó 3 por 100, que se proponen con objeto de favorecer la coagulación de la sangre en la bolsa, constituyendo un verdadero muro de protección. El tratamiento antisifilítico debe ser hecho con gran prudencia; se utilizará el cianuro de mercurio a dosis de un centígramo en inyecciones intravenosas, que se repiten cada dos días; al mismo tiempo se pondrá una vez por semana una dosis pequeña (10 centigramos) de novoarsenobenzol. Así se practica un tratamiento de unas seis semanas, que consta de 20 inyecciones de mercurio y seis de novoarsenobenzol, y durante el cual se puede practicar cada semana una inyección de suero gelatinado. Antes, y durante el tratamiento se determinará en la pantalla radioscópica el contorno y expansibilidad de la bolsa, consiguiéndose con aquél, una expansibilidad menor, y una menor claridad en la imagen del contorno, que aparece pálida, diferencias que podrían explicarse por una precipitación de la fibrina sobre la pared. (*Paris Medical*, 3 de julio de 1920).—E. Luengo.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

I. Sobre un procedimiento de revulsión en el tratamiento de las neuralgias, por el doctor Ilie Piticariu, de Rumania.—El siguiente tratamiento revulsivo es un excelente medio terapéutico en el tratamiento sintomático de todas las neuralgias que resultan de las tres grandes categorías siguientes de alteraciones neuríticas: a) las diversas mialgias, el reumatismo muscular, las artropatías; b) las neuralgias reumáticas en el curso del reumatismo agudo o crónico, y que parecen depender de un enfriamiento; c) las neuralgias debidas a las infecciones sífilíticas, palúdicas, etc., a las anemias, a la clorosis, gota, diabetes, así como a las debidas a las intoxicaciones. En los ca-

sos menos dolorosos de las diversas mialgias, del reumatismo muscular, artropatías, el tratamiento consiste en friccionar la parte dolorosa con la siguiente fórmula:

Ioduro de potasio	} a. a. 10 gramos.
Iodo metálico	
Azufre pulverizado	
Manteca	100 gramos.

Se recubre en seguida la región friccionada con una capa bastante espesa de esta fórmula y después de algodón hidrófilo, con objeto de conservar una temperatura lo más elevada posible. Esta cura se levanta a los dos días, encontrándose por lo general una ligera irritación del epidermis que no impide renovar la misma medicación; si la irritación es mucha, se suspende unos días el tratamiento, aplicando en ese espacio de tiempo vaselina boricada.

Este tratamiento se continúa cuatro a seis semanas después de haber cesado por completo los dolores, combinado entonces con el masaje local. Esta fórmula obra, sobre todo, por revulsión, por ser revulsivos muy activos el iodo y el azufre, revulsión que tiene por consecuencia una derivación de las sustancias tóxicas y anquilosantes de la región enferma; al lado de esta acción es muy probable que intervenga también una acción de reabsorción por las combinaciones iodo-sulfuradas, producidas por el contacto del ungüento con las sustancias grasas del epidermis, que va seguido de un metabolismo de las sustancias morbosas en el organismo, que puede compararse a la influencia de los baños iodo-sulfurosos.

En los casos más dolorosos de neuralgia, la experiencia del autor le mueve a aconsejar esta conducta: Previa aplicación de vaselina, se coloca en la región a tratar, una cataplasma compuesta de un tercio de harina de mostaza y dos tercios de linaza, mezclados con agua caliente a 60°. Se extiende esta pasta en un tejido impermeable, adicionando 30 a 40 gramos de esencia de terebentina o 5 a 10 gotas de aceite de croton; todo ello se mezcla rápidamente para evitar que se enfríe; igualada la superficie del emplastro, se esparce en ella 40 gramos de cloroformo y 20 gramos de éter, aplicándole inmediatamente a la región y cubriéndole con capa espesa de algodón hidrófilo. Debe dejarse como minimum un cuarto de hora, y si el enfermo le soporta bien, dos o tres horas. En los casos de ciática, como la zona dolorosa es muy extensa, se divide ésta en dos partes, o en tres, según el vigor del enfermo. Primero se aplica la cataplasma a la región superior o lumbar hasta la articulación coxo-femoral; después, desde este punto hasta por bajo de la rodilla, y por último, desde la pantorrilla hasta el talón. Hay que vigilar la función renal, aunque el autor nunca ha observado accidentes; con este tratamiento afirma haber tenido siempre los mejores resultados. El modo de acción de esta cataplasma consiste en la combinación de los efectos revulsivos muy poderosos de unos componentes con la acción analgésica del cloroformo y del éter.



Los casos en que este método de tratamiento no da resultado son: 1.º Las neuralgias propiamente dichas, las afecciones dolorosas de los nervios de la vida orgánica, es decir, del simpático y del neumogástrico, las neuralgias del riñón, intestino, ovario, laringe, hígado, etc.—2.º Las neuralgias histéricas y neurasténicas.—3.º Las producidas por compresiones de los nervios, tumores, aneurismas; neuralgias de origen extra-fascicular, provocadas por neuromas dolorosos, lesiones alveolares, varices de los vasa nervorum.—Y 4.º Las neuralgias reflejas, como las faciales por vegetaciones adenoideas, o las lumbares y sacras, por uretritis, cistitis.—(*Journal des Praticiens*, núm. 25, 19 junio 1920.)—E. Luengo.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La auscultación indirecta, por el doctor A. Esser.—Sabido es que el sonido se propaga en el agua con mayor intensidad que en el aire. Fundado en esto el autor concibió la idea de auscultarse en el baño. Al aplicarse el fonendoscopio observó que, de acuerdo con las leyes físicas, los tonos cardíacos y el murmullo vesicular eran perceptibles cuando la membrana no se encontraba todavía en contacto con el cuerpo, sino a una determinada distancia de él. Cuando mejor se percibían los ruidos era cuando la membrana se encontraba a unos tres a cinco centímetros de la superficie del cuerpo. Naturalmente, cesa el sonido en el momento en que por las partes del aparato que no cierran herméticamente penetra agua en el tambor del mismo y pesa sobre la cara interna de la membrana, hay, por lo tanto, que prevenir este accidente o remediarle una vez que ha sucedido. Cree el autor que mediante esta auscultación, que no se realiza aplicando directamente la membrana sobre el cuerpo, sino indirectamente, por intermedio del agua, se pueden percibir con mayor claridad los ruidos de los órganos torácicos. En primer lugar, mediante la auscultación indirecta quedan suprimidos los ruidos secundarios que se producen por el roce del fonendoscopio sobre la piel. Por otra parte el ruido debido al tono muscular que suele a veces entorpecer la auscultación de los órganos respiratorios de los enfermos pusilánimes o agitados, especialmente a nivel de los vértices pulmonares, desaparece total o casi totalmente por la acción sedante del agua caliente. Por último, no es imposible que determinados ruidos pulmonares o cardíacos que en condiciones normales apenas si se perciben o no se perciben por su poca intensidad, se aprecien distintamente merced al esfuerzo que sufre el sonido en esta forma de auscultación. Como el autor es oculista no cree tener mucha ocasión de seguir estudiando el procedimiento, pero ruega a todo aquel que lo haga tenga la bondad de hacerle saber los resultados obtenidos.—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 5 de agosto de 1920).

2. Acerca del tratamiento del empiema de la pleura en la gripe, por el doctor F. Hollenbach.—El autor repasa los casos de empiema que trató durante la pasada epidemia de gripe, porque ahora que ya ha transcurrido un año puede dar datos acerca de su curso ulterior. En todo empiema postneumónico la operación de elección es la resección costal, pero en el caso del empiema postgripal se tiene más precaución con esta intervención. Para tratar el empiema gripal se recurre a tres procedimientos que son la punción sola, la aspiración por el método del sifón Bülow o por otro procedimiento cualquiera y la resección costal. Los partidarios de los dos primeros procedimientos tratan de librar al enfermo de la resección o por lo menos de aplazar esta hasta que la enfermedad haya pasado del período culminante de gravedad. Con este último fin es evidente que la punción sola o la aspiración dan un resultado satisfactorio para vencer los trastornos más amenazadores en el período agudo del proceso. También el autor se muestra partidario de este modo de proceder y le ha puesto en práctica, pero con él no ha hecho sino retrasar la operación uno o dos días, porque está completamente convencido de que la resección costal no es una intervención peligrosa para el enfermo. Exceptuando los niños pequeños, todos los casos se operaron con anestesia local. La resección se practicó en el punto más bajo del derrame, generalmente a nivel de la novena costilla, y si el diafragma estaba muy rechazado hacia abajo a nivel de la décima costilla. Cuando se hacía en la novena era en la línea axilar posterior, y cuando en la décima inmediatamente por fuera de los músculos de los canales vertebrales. Después de practicada se procura favorecer la expansión pulmonar mediante gimnasia respiratoria, haciendo a los enfermos hinchar almohadillas neumáticas y, sobre todo, teniéndolos sentados fuera de la cama. De cincuenta y dos casos tratados por el autor, trece fallecieron, pero no en el momento de la operación ni inmediatamente después, sino pasado algún tiempo muy variable de un caso a otro. La causa de estas defunciones fué la toxemia en tres casos, neumonía y abscesos pulmonares en otros tres, piemia en cinco y la peritonitis en dos. De los treinta y nueve que curaron, treinta lo hicieron en virtud de la resección costal solamente al cabo de un tiempo que duró en el caso más largo tres meses. En nueve casos fué preciso realizar una operación secundaria porque se habían formado en la pleura cavidades supurantes que persistían porque el pulmón no se expansionaba. Acerca del tamaño y de la orientación de la cavidad se orientaba mediante la radiografía. La intervención secundaria consistía en tallar un colgajo de partes blandas que tenía su punto más declive a nivel de la fístula, y después de reseccionar dos costillas, reconocer bien la cavidad pleural. En dos casos resultó que no existía tal cavidad persistente y curaron con sólo la resección de estas dos costillas. En los otros siete casos tuvo que hacer una toracoplastia por el método de Shede. En dos de estos casos se trataba de cavidades grandes que se extendían estrachándose desde el diafragma hasta la cuarta costilla. Practicó una extensa resección de costillas desde la décima a la sexta, y con las falsas membranas de la pleura costal hizo colgajos pediculados, que utilizó para rellenar la cúpula de la cavidad. Pero esta intervención fué deficiente. Las falsas membranas no tenían vitalidad suficiente y fué preciso en una tercera operación extirparlas y reseccionar tres costillas más. En los otros casos se hizo la toracoplastia extensa desde luego, observándose que tardaron más en curar los casos que se habían presentado más tarde a la intervención.—(*Deutsche Med. Woch.*, 5 de agosto de 1920.)

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

Insistiendo.—Más papistas que el Papa.

El convencimiento experimental de la realidad en lo que predicamos nos ha llevado a inquirir cuál ha podido ser el motivo de las dos únicas indicaciones de acción negativa que el actual Gobierno ha manifestado respecto a la Sanidad pública. Ambas han sido por nosotros comentadas, y son ellas: la ausencia en la manifestación del interés por el problema sanitario en el programa ministerial y la perseverancia en sostener el organismo administrativo sanitario dentro del Ministerio de la Gobernación.

De nuestra inquisición ha resultado, y podemos de ello responder, que el silencio del manifiesto ministerial tiene por explicación una inocente tramitación negativa, que son los primeros en deplorar los autores de ella, y en cuanto a la tardanza en la organización que desprenda del ministerio político el servicio *supertécnico* de la Sanidad, un falso, por ligero y superficial, concepto de los términos fundamentales, llevados atropelladamente a la acción ejecutiva por gentes que, suponiéndose enteradas, apenas han olfateado los asuntos.

Parece que al crearse el nuevo Ministerio del Trabajo se pensó incorporar a él la administración sanitaria, y que en el primer Consejo de ministros celebrado por el actual Gobierno se convino en que, como quiera que los servicios sanitarios afectaban a más intereses y clases sociales que las relaciones del trabajo, no era oportuno el sacar del Ministerio de la Gobernación la Sanidad.

Ahora bien, por un momento tenemos que aparecer como pensadores aparte de los papeles convencionales que la gentecilla política se confiere ¿De cuándo acá el problema del trabajo no afecta más que a las gentes que tradicional y rutinariamente se vienen llamando trabajadoras? ¿Por ventura, el problema del trabajo no es el problema del capital tanto como el del obrero, del consumidor tanto como del productor, del intermediario tanto como el del productor y el

consumidor? ¿En qué manos estamos? Produce verdadero pavor el pensar lo que resultar puede de estas falsas y atropelladas concepciones que guían y orientan a las gentecillas políticas de todos los matices que alternativamente nos gobiernan y manejan.

Confundir el problema del trabajo con el de la redención y de las reivindicaciones de las clases obreras es confundir un problema de ética, de equidad y de beneficencia con un problema sintético y económico. Es esto acomodarse al procedimiento del péndulo, que oscila en los límites de la exageración, sin detenerse en la estable permanencia de la realidad.

El problema del trabajo no es menos comprensivo que el de la salud pública ni éste afecta a menos intereses sociales que aquél. Estúdienlo nuestros gobernantes si pueden y si los problemas electorales y de combinaciones políticas ultraquímicas e insinceras se lo consienten.

Pero... lo que dirán ellos. ¿Cuántos diputados más nos proporcionará el llevar los servicios sanitarios a un departamento donde no tengan ningún carácter político? Al fin y al cabo, en Gobernación algo podrán influir, siquiera sea a expensas de su propia significación, de su vida y de lo que el país tiene el derecho de esperar de ellos.

—O—

Si la incontestable verdad de las fechas no pusiera reparo en nuestro ánimo, creeríamos que un artículo aparecido en un órgano político de la noche al día 6 de los corrientes era contestación a lo que nosotros dijimos el día 9, criticando la llamada manifestación ministerial. El inexplicable silencio de ésta respecto al problema sanitario (y no higiénico) nos movió a indagar la razón que para su silencio hubiera podido tener el Gobierno, y no tardamos en saber que obedecía aquél a una inocente omisión de forma que no había estado en la intención de los autores del manifiesto.

Pero nunca faltan los conocidos papistas, siquiera sean de la clase de acólitos, de los que la frase española dice que son más papistas que el Papa, y alguien ha visto en la susodicha manifes-

tación ministerial un recóndito y esotérico sentido, expresión de un espíritu preocupado por el mejoramiento de la Sanidad pública. No nos extraña la interpretación ultraermenéutica del articulista cuando le vemos confundir, alardeando de ello y a guisa de dómíne, los elementales conceptos de la Higiene y de la Sanidad. ¡Cómo ha de ser! Somos ya muy viejos para maestros, y no nos parece que es mucho más joven el que se hace acreedor a la elección, de lo cual resultará natural ineficacia para todos. Pero lleve el entusiasta acólito del pontífice Dato sus teorías y sus interpretaciones de las recónditas intenciones del manifiesto ministerial a los tuberculosos que no tienen dispensarios en que ser asistidos, sanatorios en que recogerse y remediarse; ni siquiera hospitales en que morir; lleve igual consuelo a los leprosos diseminados que contagian e infectan comarcas que debieran ser ricas y prósperas; señale con el abstruso documento las obligaciones de los municipios en el saneamiento de las viviendas y en la purificación de las aguas para que disminuya la cifra de infecciosos tifoideos, tíficos y tuberculosos, y si más quiere, vea la mencionada manifestación a los médicos rurales e Inspectores municipales de España para que deduzca lo que podría esperar en lo presente y en lo porvenir, si la interpretación del articulista fuese más exacta que la que el mismo Gobierno da.

DECIO CARLAN

A la Sala primera del Tribunal Supremo

DON EDUARDO MORALES DIAZ, Procurador, a nombre de D. José Zurita Gómez, médico de Algeciras, cuya representación acreditó con el correspondiente poder, que bastantead y aceptado en formar, acompaño, compadezco ante la Sala e interpongo recurso de casación por infracción de ley contra la sentencia pronunciada en 5 de Abril último por la Audiencia de Sevilla, en autos sobre responsabilidad de funcionarios públicos, que promovió mi parte contra D. Emilio Morilla Salinas y D. Vicente Ruiz Casares, Alcalde y Contador, respectivamente, del Ayuntamiento de Algeciras, y para justificar mi pretensión, digo: Que el problema jurídico actual arranca de estos

Antecedentes.

1.º Don José Zurita viene ocupando la plaza de médico titular de Algeciras, según contrato celebrado en 1.º de Abril de 1910. El sueldo que se le asignó fué el de 1.750 pesetas, hasta que a fines de 1917 ascendió a 2.000 pesetas. Además de las funciones propias de su misión, tenía a su

cargo el reconocimiento de quintos, que le producía emolumentos de cien pesetas anuales, aproximadamente.

El Ayuntamiento le dejó a deber tres mensualidades del año 1914, cinco de 1915, una de 1917 y cuatro anualidades íntegras de reconocimiento de quintos.

En 30 de Abril de 1917, presentó al Alcalde un escrito solicitando el abono de los débitos; pero el Alcalde no se dignó proveer. Reprodujo su pretensión en otro de 27 de Julio, que entregó por medio de acta notarial, y entonces el Alcalde decretó que pasase a informe de la comisión de Hacienda, sin que posteriormente volviese el reclamante a tener noticia alguna.

En 20 de Agosto formuló escrito de queja ante el señor Gobernador de Cádiz, explicándole estos antecedentes y añadiendo que se le habían dejado a deber otras cuatro mensualidades de 1917. No fué más afortunado mi cliente en esta gestión, pues tampoco supo que recayese acuerdo sobre ella.

Posteriormente le fué abonado el sueldo de una mensualidad.

Continuó el Sr. Zurita haciendo otras gestiones, cuya enumeración sería harto fatigosa, y al cabo, viendo la inutilidad de todas ellas, se decidió a presentar el escrito conminatorio del ejercicio de la acción de responsabilidad de funcionarios públicos, sin que tampoco lograse por este medio que se le hiciera caso, pues ni le pagaron ni le dieron satisfacción de ningún género.

El escrito aludido anunciaba la exigencia de responsabilidad al Alcalde y al Contador.

2.º Fracasadas todas estas gestiones, el Sr. Zurita, al amparo de la ley de 5 de Abril de 1904 y de su reglamento de 22 de Septiembre del mismo año, formuló demanda ante la Audiencia territorial de Sevilla, pidiendo que se condenara al Alcalde, al Contador y al Depositario del Ayuntamiento de Algeciras, solidariamente, a abonarle las mensualidades pendientes y los reconocimientos de quintos, con más el interés legal de todo lo adeudado a contar desde la fecha de las reclamaciones respectivas.

Como no resultase que mi cliente hubiese presentado el escrito anunciando la responsabilidad al Depositario, la Sala acordó no haber lugar a la demanda en cuanto a éste, y la dió curso con respecto a los otros dos.

El Contador, D. Vicente Ruiz Casares, se personó en los autos pidiendo que se le absolviera de la demanda, porque a él no le incumbía hacer otra cosa si no obedecer los mandatos del Alcalde, que es por la Ley, el Ordenador de pagos; y que él, por su parte, había cumplido la obligación que le imponía la Real orden de 26 de junio de 1914, absteniéndose de expedir libramiento para atender a gastos deferibles, mientras no hubiera en caja cantidad suficiente para pagar a los médicos titulares. Con su escrito, acompaño el Contador una certificación del Secretario del Ayuntamiento, haciendo constar que de las liquidaciones de los presupuestos aparecía adeudarse al médico titular D. José Zurita, por haberes de Junio, Agosto y Septiembre de 1914, 437,49 pesetas; por los de Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre y Diciembre de 1915, 739,15 pesetas; por los de junio de 1917, 145,83 pesetas; por reconocimientos de quintos de los años 1911, 1914, 1915 y 1919, 387 pesetas; cuyos débitos ascienden a 1,699, 46 pesetas; que del libro de actas resultaba que quedaban en caja diferentes cantidades que aquí no importa reproducir; pero que son, efectivamente, en los años 14, 15, 17 y 19, enormemente superiores a lo adeudado al médico.

El Alcalde, D. Emilio Morilla, impetró que también se

le absolviese, limitándose a exponer como hechos, que las deudas correspondientes a 1914, eran anteriores a su gestión municipal y que si no pagó en 1915 y 1917, fué por el gran déficit que experimentó el Ayuntamiento en el cobro de los ingresos calculados.

3.º Sin que se recibiese a prueba el pleito y sin que se celebrase vista pública, dictó la Audiencia su fallo absolviendo a los demandados e imponiendo las costas al actor. Los motivos de su discurso fueron estos:

a) La ley de 5 de abril de 1904, no ha transferido a los Tribunales las atribuciones propias de las autoridades gubernativas y administrativas, sino que se ha limitado a conceder a los agraviados por los actos u omisiones de éstos, una acción para que puedan ser rápidamente resarcidos de los daños y perjuicios que los infractores de la Ley les hayan irrogado. (Considerando 1.º); que las leyes determinan de modo claro y preciso quienes son los funcionarios a los que corresponde ordenar los pagos en los Municipios y qué recursos incumben a los interesados en cobrar cuando no se les paga, (Considerando 2.º); y que, como consecuencia de lo expuesto, se desprende que la Sala no tiene facultades para acordar, dentro del procedimiento que se ha seguido, el pago de los haberes y derechos que reclama el demandante como médico titular (Considerando 3.º)

b) Según el art. 156 de la Ley municipal, el Contador está limitado a intervenir los pagos que ordena el Alcalde, y apareciendo probado documentalmente que al vencimiento de las mensualidades adeudadas al demandante existían en caja fondos suficientes para abonarlas, no debe estimarse que el Contador, al intervenir libramientos para el abono de otras atenciones, infringiese disposición legal alguna, pues el único infractor fué el Alcalde al dejar de ordenar el pago de aquellas mensualidades. (Considerando 4.º).

c) Conforme a lo dispuesto en el art. 11 de la misma ley de 5 de abril de 1904, la acción de responsabilidad de funcionarios prescribe al año, contado desde el día en que puede ejercitarse; y como, según los arts. 3.º y 4.º del Reglamento, la acción en este caso pudo ejercitarse desde el mes siguiente a aquel en que el médico dejase de cobrar, es evidente que entre esas fechas relativas a cada descubierto y la iniciación de ese pleito, ha transcurrido mucho más de un año, por lo que ha de estimarse que la acción está prescrita, (Considerando 5.º, 6.º y 7.º).

d) Igual razonamiento de prescripción hay que hacer en cuanto a la falta de pago de los derechos de reconocimiento de quintos durante los años 1911, 1914 y 1915; y con respecto a los de 1919, si bien no puede decirse que haya prescripto la acción para reclamarlo, no es posible legalmente concederle, porque pedidos en globo con los otros, y no habiéndose acreditado las cantidades dejadas de cobrar durante cada año, falta la base necesaria para determinar su cuantía. (Considerando 8.º).

e) Por ministerio del art. 13 de la ley de 5 de abril de 1904, siempre que se absuelva de la demanda al funcionario han de ser impuestas las costas al demandante. (Considerando 9.º).

Frente a esta singular argumentación, que sino brilla por lo profunda se destaca por lo desenvuelta, brotan los siguientes

Motivos de casación.

1.º La tesis mantenida por la sentencia en los tres primeros considerandos, no es nada fácil de comprender, pues, o carece de sentido, o tiene la audacia de intentar la derogación íntegra de la ley de 5 de abril de 1904.

«Contra las ilegalidades en los pagos municipales, dice la Sala, establecen las leyes ciertos recursos; por consiguiente, si los Alcaldes no pagan, los tribunales de justicia no pueden hacerlos pagar».

En el supuesto más favorable, es decir, atribuyendo a la Audiencia una candidez, que debe ser muy ajena a sus intenciones, habría de suponerse que había confundido la vida económica del Municipio con la responsabilidad personal del Alcalde; efectivamente, cuando un Ayuntamiento se resiste a pagar lo que debe, no pueden los Tribunales de justicia inmiscuirse en su administración, ordenando pagos, haciendo distribuciones de fondos, practicando arcos, compulsando créditos, etc. Eso sería transferir al poder judicial la autonomía y las atribuciones de la administración activa. Pero, precisamente, para librar a los particulares de ese calvario, en el que virtualmente están indefensos, y para sacarles de esa red en que el caciquismo teje con hilos de ignorancia, inmoralidad y desvergüenza, discurrió el legislador el radical remedio, de que el funcionario que no quisiera o no acertara a regir el derecho de los particulares con arreglo a la ley, los indemnizase del atropello con su bolsillo propio, de modo que si ahora prevaleciese, la inesperada teoría de que los tribunales tenían que reputar sagrado el bolsillo de los caciques, porque contra sus desafueros hay recursos en el procedimiento administrativo, la ley resultaría *ipso facto* suprimida.

Porque lo que la Audiencia de Sevilla ha tenido la alegría de discurrir en este asunto sería aplicable a todos. Vayan ejemplos. Un Gobernador prohíbe a un concesionario de aguas que las utilice, y, en cambio, permite a un amigo o paniaguado que se las lleve; clamaría el despojado; pero la Audiencia sevillana, con el gracejo que ha derrochado en esta sentencia, le diría que los tribunales civiles no son los llamados a intervenir en el régimen administrativo de las aguas, y que contra la violencia gubernativa debería usar los recursos que las leyes y reglamentos del ramo le reservan. Otro caso. Al rematarse la adjudicación de un servicio mediante subasta o concurso, la autoridad deja preteridos a los que cumplieron los requisitos legales y otorga el servicio a quien evidentemente carece de las condiciones exigidas; si éste se agraviase, le diría la Audiencia de Sevilla que ella no podía imponer responsabilidad a nadie, porque no era ella la llamada a resolver la subasta, y que si la autoridad lo había hecho mal, contra sus acuerdos había recursos pertinentes en el orden administrativo.

Ni siquiera ha querido el tribunal a *quo* detenerse en el examen de los dos últimos párrafos del art. 1.º de la ley. En ellos hubiera podido aprender que la acción para el rescimiento queda expedita desde que se haya consumado la infracción por resolución firme, y que «se entenderá que es firme una resolución cuando no quepa contra ella recurso alguno aunque esto proceda de no haberse interpuesto en tiempo los que la ley otorga.» En esas palabras se encierra gran parte del sentido de la ley, de su eficacia, de su tendencia liberal. El legislador sabía sobradamente lo que es el calvario de los escritos que no se cursan, de los informes que no se emiten, de las alzas que no se fallan, de las idas y vueltas de los papeles, por Secciones, Negociados, Cuerpos consultivos, Direcciones, Gobiernos y Alcaldías; y para cortar por lo sano libertó al ciudadano de esa esclavitud, permitiendo que no usara de los recursos legales, sino le placía, y que arremetiese, desde luego, contra el funcionario prevaricador hasta obligarle a indemnizar a sus expensas el perjuicio. Tan rotundo es este precepto, tan generosa su inspiración, que deja en manos del ciudadano la determina-

ción del funcionario responsable, porque si el de superior jerarquía confirma el acuerdo del inferior, sólo con ésto le exonera de responsabilidad; de suerte, que al apelar o no apelar, el particular tiene en su mano exigir la responsabilidad al superior o al inferior. Pues todo esto es lo que de una plumada ha echado por tierra la sentencia recurrida.

No es lícito el equívoco en que se emboza el Tribunal *a quo* al redactar los tres primeros considerandos. Aquí nadie ha pedido que los Tribunales de justicia manden a un Ayuntamiento pagar lo que debe. Dejando a un lado al Ayuntamiento, que harta desventura tiene con estar regido como lo está, lo que el Sr. Zurita ha pretendido es que de su bolsillo le paguen un señor llamado D. Emilio Morilla, que ejerce el cargo de Alcalde; y otro señor, llamado D. Vicente Ruiz Casares, que desempeña el de Contador. Ni más ni menos. Al no acordarlo así, la sentencia recurrida infringe, por inaplicación o por interpretación errónea, el art. 1.º de la ley de 5 de abril de 1904 y el 1.º del reglamento de 22 de septiembre del mismo año.

SEGUNDO. Es igualmente merecedora de casación la sentencia, en cuanto reputa prescripta la acción ejercitada por mi cliente; verdad es, que, según el art. 11 de la ley de 1904, sólo caben la de esta índole en el transcurso de un año:

La Audiencia de Sevilla, apoyándose en este texto, entendiéndole que el Sr. Zurita pudo plantear su acción «cuando más tarde, dentro del mes siguiente al en que dejó de percibir sus haberes.» De manera que, como dejó de cobrar el mes de julio de 1914, su acción debió nacer en agosto inmediato, y, por consiguiente, feneció en agosto de 1915. Y así sucesivamente respecto a los demás meses dejados de cobrar; con lo que es cierto que el plazo legal estaba varias veces extinguido cuando en 1919 el Sr. Zurita planteó su demanda.

En este razonamiento hay tres graves errores legales que procuraré demostrar por separado:

a) Aunque la sentencia cita todo el art. 11 de la ley, se distrae en cuanto a la segunda parte, sin duda porque su autor no quiso verse en la necesidad de discurrir sobre ella. Conviene recordar sus términos: «Cuando la acción dimanare de omisión, el año se contará desde el vencimiento del plazo legal para el acto omiso». ¿Cuál puede reputarse es el plazo legal para que un Ayuntamiento pague al médico sus emolumentos y haberes? Claro que el momento legal de pagar es el que se haya fijado en el contrato o en el Reglamento de la Beneficencia o en los presupuestos municipales, etcétera, etc. Pero si llegado ese momento el Ayuntamiento no paga, ¿qué término tendrá el facultativo para reclamar? ¿Será el de un mes como caprichosamente supone la Sala sentenciadora? ¿Y por qué no el de tres meses, o el de seis, o el de un año? Ni al Tribunal, ni a mi parte, ni a nadie le es permitido fijar *ab libitum* esa barrera.

El plazo está determinado en el art. 1.967 del Código civil, que la Sala ha infringido por inaplicación y que fija en tres años la prescripción para que los profesionales de todas clases reclamen sus honorarios y estipendios por el ejercicio de sus profesiones, no empezando a contarse ese término, sino en el momento en que dejaron de prestar sus servicios. Despréndese de aquí que el plazo para el ejercicio de la acción de mi cliente, no sólo no ha transcurrido, sino que ni siquiera ha empezado a correr, ya que el señor Zurita no ha dejado de prestar sus servicios al Ayuntamiento de Algeciras.

En ningún caso se presentará más clara que en el presente la razón del precepto. No se puede exigir del médico de-

pendiente de un Ayuntamiento que trate a la Corporación con rigor intransigente, llevando al Municipio o a su Alcalde a los tribunales en cuanto pasen treinta días después de haber devengado y no percibido el sueldo. Cualquier médico guardaría superior cortesía a su cliente. ¿Cómo ha de exigirse que emplee mayor severidad el que tiene su libertad aminorada por ser dependiente o empleado del deudor?

La teoría de la Sala sentenciadora lleva aparejada la consecuencia de hacer a los médicos municipales de peor condición que a los demás. Al médico de una casa particular, mientras continúe prestando en ella sus servicios, no le empieza a correr el término de prescripción para el cobro de sus honorarios y cuando deje de ser médico de la casa todavía tendrá tres años para reclamar. Los médicos municipales, según la doctrina que impugno, no pueden aguardar o dejar sus destinos para que les corra el término de prescripción; y por si esto fuera poco, sólo se les reconoce un año para reclamar. Desigualdad tan irritante no tiene el menor apoyo en la ley.

(Se continuará)

Sociedades Científicas

Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 27 DE MARZO DE 1920

(Continuación)

Encefalitis letárgica

.....SOS.....

El DR. MARAÑÓN, académico corresponsal, se ocupa de la encefalitis letárgica, recordando que hace dos semanas había presentado un caso, el más típico de los varios que había observado entonces. Después de éste ha visto hasta unos doce, algunos de ellos en la consulta y clínica del Hospital general, y otros en la ciudad, y esta experiencia suya la trae ahora para cotejarla con la comunicación que en la sesión pasada expuso el doctor Fernández Sanz sobre el mismo tema, con cuyo criterio está de acuerdo, en primer lugar, de que no se trata de un síndrome único, de un síndrome definido, sino de una porción de estados meningo-encefálticos diferentes, que unas veces presenta como más interesante desde el punto de vista clínico el síndrome de la letargia, que es el que da carácter clínico a este estado patológico, pero que en otros muchos casos se presenta sin la letargia o con letargia en una forma muy atenuada, siendo justa, por lo tanto, la sustitución del nombre de encefalitis letárgica por el de *meningo-encefalitis epidémica*, dentro del cual están comprendidos todos los casos.

Teniendo esto en cuenta, tal vez se recuerden casos coincidentes con la gran epidemia de gripe, considerada como meningitis, o bien como estados urémicos, formas clínicas algo raras que ahora pueden sospecharse por analogías, con formas rápidas, comatosas de la meningo-encefalitis epidémica, en cuyo síndrome

(1) Véase el número anterior.

SIL=AL

Silicato de aluminio purísimo
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid

me clínico resalta una triada sintomática que se considera característica para diagnosticar esta enfermedad, a saber: un estado febril agudo, síntomas oculares y letargia, quitando importancia a la fiebre.

El Dr. Marañón añade ser cierto que en un determinado número de casos, los síndromes meningo-encefalíticos coincidan con estados febriles agudos, generalmente del tipo de la gripe, pero es evidente también que hay cierto número de casos en los cuales la fiebre no existe en absoluto, pudiendo citar cinco de ellos apiréticos, y en cambio, han presentado con mayor intensidad el síntoma de la letargia y los síntomas oculares de una manera más típica.

Dice que uno de los puntos más acertados de la comunicación del Sr. Fernández Sanz es el que hace resaltar la falsa impresión de letargia que dan algunos enfermos por tener paresia del elevador del párpado, cuyo síntoma lo pudo apreciar en uno de los enfermos del Hospital general, que en la apariencia resultaba dormido, y sin embargo, cuando se le excitaba, se veía que no había letargo propiamente dicho, y que el aspecto del sueño que tenía debía a la paresia, y en uno de los lados, parálisis casi completa del elevador del párpado. Una cosa interesante es la relación que puede tener la encefalitis letárgica con la gripe, admitida por todos; sin embargo, algunas publicaciones recientes alemanas ponen en duda su existencia, y entre nosotros un clínico tan distinguido como el doctor Rodríguez Fornos, catedrático de Valencia, que ha visto bastantes casos en la región levantina, y que en una reciente conferencia niega la relación de la encefalitis con la gripe. Claro es que no se puede hacer una afirmación tan absoluta, puesto que la bacteriología de esta enfermedad es completamente desconocida. Con todo, teniendo en cuenta los datos epidemiológicos, y aun la misma sintomatología clínica, hay que insistir en la relación de la encefalitis letárgica con la gripe. Son ciertas las objeciones hechas a esta hipótesis, pero en los varios casos observados por el dicente ha podido comprobar encefalitis letárgica que, o no han tenido gripe, o han tenido un estado gripal extraordinariamente ligero; también es cierto que la complicación encefálica viene a veces muy alejada de la gripe inicial, y no lo es menos que el síndrome encefálico no se parece en nada al síndrome clásico de la gripe, pero de todas suertes la coincidencia epidemiológica es tan grande, no sólo en la epidemia actual, sino en todas las grandes epidemias de gripe que están anotadas en la Historia de la Medicina, y además, su modo de difusión es tan idéntico, que le cuesta trabajo renunciar a la idea de la relación patogénica de la encefalitis letárgica con la gripe.

El Dr. Marañón dice que se le ocurre comparar la encefalitis letárgica con lo que ocurre con la sífilis y la parálisis general y las demás complicaciones nerviosas debidas a la sífilis, que son complicaciones lejanas, secundarias, o por mejor decir, terciarias, y en las cuales influye mucho el estado del sistema nervioso del individuo, por lo que podría decirse que la encefalitis

letárgica es una complicación *paragripal*, mejor que *gripal*.

Dice el doctor Marañón que se llevaría gran desengaño si en el curso de las investigaciones que en todas partes se están haciendo sobre la etiología de este estado patológico se llegara a descubrir que era una entidad nocológica distinta, con su etiología perfectamente específica. Que en los casos que ha observado, el análisis del líquido cefalorraquídeo le ha proporcionado datos de interés, extraordinariamente variables, no hay un síndrome característico; sin embargo, hay un dato, el de la falta de aumento de la cantidad de albúmina. Además, en unos había linfocitosis y en otros, no; en unos, aumento de cantidad de azúcar, y en otros no la había.

Al referirse a la mortalidad dice que es algo menos de lo que se creía al principio, que una vez conocidos los casos de tipo ambulatorio, el cuadro clínico se va ensanchando más y la mortalidad va disminuyendo, y que lo propio se ha observado en todas las infecciones (cólera, tifoidea, etc.), porque al cabo de un tiempo se diagnostican casos de cuadro leve que antes no se consideraban como pertenecientes a la enfermedad.

Respecto al tratamiento dice que, en realidad, sólo ha intentado la punción lumbar, que la considera extraordinariamente útil, hecha con energía y repetida suficiente número de veces para mejorar con rapidez, y ha observado que la mayoría de los enfermos se han curado.

El Dr. FERNÁNDEZ SANZ dice que no se propone hacer objeciones por estar conforme con lo manifestado por el Sr. Marañón, y únicamente ha de puntualizar lo relativo a la importancia de la fiebre. Que en su comunicación ya indicada, que si bien en todos los casos existía fiebre, no le daba gran importancia hasta el punto de que al comenzar su exposición, al puntualizar los cinco caracteres más fundamentales de la encefalitis, no mencionaba para nada la fiebre y se concretó a fijar la cefalea, la apatía, la facies atona, la falta de sueño natural y la ausencia de modificaciones importantes del líquido cefalorraquídeo.

En cuanto a las relaciones de la encefalitis con la gripe, insiste en que indudablemente la hay, aun cuando se desconozca la causa, que, como dijo, ha tenido más casos de apariencia primitiva que consecutiva y aquéllos con manifiesta coincidencia.

El Dr. Fernández Sanz asiente a lo dicho por el Sr. Marañón respecto al paralelismo que ha establecido entre la parálisis general y la sífilis, pero cree que más que considerarla como una enfermedad paragripal, se va tendiendo a admitir una raza especial de espiroquetas, de afinidades nerviosas, que son la responsable de la tabes dorsal y de la parálisis general, y del mismo modo podría tratarse de una variedad especial de ese germen aun desconocido de la gripe, que tuviera afinidad, apetencia especial para los centros nerviosos. Que lo poco que se sabe de patología y de fisiología patológica o de anatomía patológica de la meningo-encefalitis epidémica, parece indicar que se

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. Ferré y Robert, Sitges (BARCELONA)

trata de fenómenos de congestión y de edema. Que en cuanto a los caracteres del líquido cefalorraquídeo, está todavía por determinar la fórmula específica. Que en cuanto al aumento de azúcar, no ha hecho hincapié en este carácter, como igualmente al de albúmina.

Respecto a la punción lumbar, le parece eficaz, por haber visto alivio, aun en los casos terminados por muerte, y que al apreciarse un alivio transitorio, ya esto es de un gran valor. De lo cual se deduce que es el recurso terapéutico a que debe recurrirse con más seguridad. Añade el Sr. Fernández Sanz que ha empleado la urotropina, administrándola muchas veces por la boca, a dosis conveniente; que no encuentra fuera de lugar que se aplique por vía intravenosa, pero esto en los casos graves.

DOCTOR CESALDO

Sociedad oftalmológica de Madrid

Sin embargo, lo que con mayor frecuencia se observa es la existencia de precipitados muy finos sobre el endotelio de la membrana de Descemet, como signo de una uveitis crónica. Estos precipitados deben buscarse siempre con la lupa binocular, pues muchas veces, sin ella, pasan desapercibidas. Fuchs las ha hallado 29 veces en 38 casos. Galezowski siete veces en ocho observaciones. Otros casos y autores podríamos citar; pero con lo dicho ya basta.

Descontado el caso observado en París, en la clínica de Galezowski, he podido recoger las siguientes observaciones entre el total de mis enfermos:

Observación 1.ª: Bartolomé M. y M., de sesenta y siete años, natural de La Bisbal (Gerona), me consultó en 11 de septiembre de 1917, por haberse pinchado un ojo con una brizna de alfalfa seca, hacía ocho días.

Diagnóstico: Equimosis subconjuntival del O. D. Heterocromia del iris, siendo el O. D. el más azul con catarata central situada en las capas más posteriores. A simple vista no se distinguía nada en la córnea; pero visto con el microscopio corneal de Czapski, pude observar la existencia de un cierto número de precipitados sumamente finos sobre el endotelio de la Descemet. O. I. Enteramente normal.

Observación 2.ª: Antonia A., viuda de S., de cincuenta años, natural de Jaén, me consultó en 26 de noviembre de 1919:

O. D. Hipermetropía de 0,5 dioptrías. Por lo demás, completamente normal. O. I. Iris más azul que el congénere (heterocromia). Catarata cortical posterior. No se ven precipitados de ciclitis con la lupa binocular de Czapski. Coroiditis atrófica difusa con focos circunscritos de atrofia coroidea completa. Atrofia moderada de la retina. Miopía de 14 d. La enferma es diabética.

En los dos casos citados había catarata cortical posterior en el ojo más azul únicamente, y en el primero la existencia, por los precipitados, de una ciclitis crónica es indudable. La edad de los enfermos

hace que los casos relatados no sean de los más típicos, pero sobre que el otro ojo estaba enteramente indemne de catarata, el aspecto de esta última en los dos ojos con iris decolorado, coincidiendo con el observado en las formas de catarata complicada, tan distinta de lo que suele ser la catarata senil en sus comienzos, hace que las incluyamos sin reserva en el grupo de las cataratas por heterocromía del iris, ya que el mismo Fuchs incluye en su estadística siete casos en que la edad de los pacientes pasaba de cuarenta y cinco años, siendo uno de ellos de sesenta y cuatro años de edad.

La heterocromía congénita es la mayor parte de las veces un capricho de la naturaleza, no encontrándose en los ojos que la presentan ninguna alteración patológica. La fotografía que tengo el gusto de presentar pertenece a una mujer, llamada Clara A., natural de Reinosa (Santander), y de cuarenta y nueve años. Por causalidad la ví, y le rogué se dejara examinar en mi clínica particular. Un iris, el izquierdo, es moreno, y el derecho azul claro. Fuera de esto no tiene la menor tara patológica. Es emétrope y con visión = 1'0 en cada ojo.

Respecto a cuáles sean las relaciones etiológicas que unan entre sí a los tres síntomas, heterocromía, ciclitis y catarata, las opiniones no concuerdan enteramente. Hay quien supone que la ciclitis se instalaría en el ojo más azul porque su falta relativa de pigmento le haría más resistente a las enfermedades. Esto no lo podemos admitir, por varias razones. En primer lugar, la frecuencia de la ciclitis en la heterocromía es tan grande, que tendríamos que admitir que todos estamos constantemente amenazados de ciclitis, y que sólo nos libramos de ella gracias a nuestro pigmento uveal, puesto que apenas éste disminuye ya aparece la ciclitis; y esto, no sólo se apoya en ningún argumento científico, sino que la experiencia nos demuestra lo contrario, puesto que los ojos azules predominan en gran manera en ciertos países, y no por ello tienen un porcentaje de ciclitis mayor que en otros donde predominan los ojos fuertemente pigmentados. Además, ni siquiera los albinos, cuyo pigmento epitelial falta también, son con más frecuencia que los demás atacados de ciclitis.

Galezowski opina que la descoloración del iris es secundaria a la uveitis crónica. Que esto es cierto para un número determinado de casos, es indudable; pero, ¿qué decir de los hechos en que no existe el menor indicio de uveitis y, sin embargo, hay heterocromía? Yo creo que ocurre con este proceso morboso lo que con tantos otros (miopía, glaucoma; etcétera), que si bien la influencia de ciertos factores está fuera de duda, y en algunos casos bastan para explicar todo el cuadro patológico, en otros resultan insuficientes para explicarlo, o bien, por su ausencia, después demuestran que ninguna acción han ejercido, y que a otros quizá desconocidos incumbe todo el papel patogénico.

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.

Fuchs opina que una causa morbosa desconocida produce la descoloración del iris, primero, y más tarde la uveitis y la catarata, que atribuye a la inflamación uveal, si bien se extraña de que en otras ciclitis tan ligeras como la que acompaña a la heterocromia la catarata no se dé casi nunca.

Más modestamente, Bistis pretende explicar la heterocromia del iris por una afección del simpático, apoyándose en algún hecho clínico y en experimentos verificados por él sobre conejos.

Tanto las ideas sustentadas por Fuchs, como las de Bistis, no hacen más que fortalecer el concepto que nosotros hemos formado sobre la diversidad de factores que pueden entrar en la etiología del síndrome que nos ocupa. Aunque etimológicamente no pueda hablarse de una heterocromia bilateral, clínicamente sí; y sería de desear aconsejar (Fuchs), el estudio de los ojos azules afectados de cataratas juveniles, sobre todo en individuos con cabello negro, para ver si presentan al mismo tiempo precipitados de ciclitis.

La etiología de la causa primera es oscura. Se ha pensado en trastornos circulatorios o de las secreciones internas (enfermedades de Addison, vitiligo, etcétera), sífilis, tuberculosis y otras afecciones generales; pero en ningún caso se ha podido afirmar con certeza una relación de causa a efecto entre la heterocromia y estos estados generales. Ningún tratamiento es eficaz para devolver al iris su primitivo color; pero, si no hay contraindicación, puede ensayarse el mercurio.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,4; ídem mínima, 702,5; temperatura máxima, 19°,5; ídem mínima, 7°,5; vientos dominantes, O. ONO.

Han sido muy frecuentes los casos de anginas catarrales, estreptocócicas y escarlatinosas, aunque la mayor parte de las veces no han sido graves. Los catarrs generalizados de las vías respiratorias han sido muy numerosos. Los reumatismos articulares siguen presentándose.

En los niños se observan algunos casos de escarlatina.

Mortalidad de Madrid en septiembre de 1920, comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior

Comparación por grandes grupos de edades

	Promedio anterior	Septiembre de 1920
Menores de un año.....	171	162
De uno a cuatro años.....	140	148
De cinco a diez y nueve años.....	94	95
De veinte a treinta y nueve años.....	171	198
De cuarenta a cincuenta y nueve años.....	212	194
De sesenta en adelante.....	249	252
Sin clasificación.....	2	
TOTAL.....	1.039	1.049

Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico-social

	Promedio anterior.	Septiembre de 1920
Fiebre tifoidea.....	20	25
Tifus exantemático.....	2	2
Viruela.....	16	2
Sarampión.....	5	7
Escarlatina.....	4	12
Coqueluche.....	4	1
Difteria.....	11	11
Gripe.....	15	7
Otras epidemias.....	4	3
Tuberculosis pulmonar.....	128	139
Idem meníngea.....	10	10
Otras tuberculosis.....	19	33
Cáncerosas.....	53	62
Meningitis.....	59	62
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales.....	51	48
Orgánicas del corazón.....	69	47
Bronquitis aguda.....	31	18
Idem crónica.....	15	22
Pulmonía.....	24	21
Bronconeumonía y otras.....	63	69
Enteritis infantil (menores de dos años).....	87	74
Apendicitis y tífis.....	3	3
Hernias y obstrucciones.....	10	15
Cirrosis hepática.....	13	14
Nefritis.....	30	24
Septicemia puerperal.....	7	5
Debilidad conjunta y vicios de conformación.....	37	55
Senectud.....	24	25
Otras enfermedades.....	225	238
TOTAL.....	1.039	1.049

Varones..... 550
Hembras..... 499

Promedio diario de mortalidad del mes en el quinquenio anterior..... 31,63
Idem íd. íd. en septiembre de 1920..... 34,97
Idem íd. íd. en julio de 1920..... 40,16
Idem íd. íd. en abril de 1920..... 50,40
Idem íd. íd. en enero de 1920..... 98,68

OBSERVACIONES

El mes de septiembre es constantemente en Madrid el de menor mortalidad del año. En este se ha confirmado la regla, descendiendo hasta el promedio del quinquenio anterior. Esta baja es virtualmente más considerable, proporcionalmente, pues como es sabido la población de hecho es cada vez mayor.

La mortalidad de menores de cinco años muy grande en los primeros meses ha mejorado, francamente, en los últimos. En agosto murieron de dicha edad 373 y en septiembre 310, promedio normal.

Diagnosticados de fiebre tifoidea fallecieron 20, menos que en agosto.

La salud de Madrid, perturbada por diferentes causas patológicas hace más de dos años, vuelve a sus cifras habituales, al parecer de un modo definitivo, como puede deducirse de la mejoría continua sin oscilaciones que acusan las cifras comparadas que publicamos.

LUIS LASBENNES

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

Crónicas

El Ayuntamiento de Madrid y los servicios sanitarios.— Aunque nuestros lectores conozcan el pesimismo con que siempre hablamos de los programas sanitarios de los Gobiernos y de los Ayuntamientos, es preciso reconocer que el Concejo madrileño al menos, al tratar de la aplicación del empréstito que en estos días se venía discutiendo, se ha ocupado de los problemas de higiene y sanidad que en Madrid no han encontrado hasta ahora total solución.

Así, en la sesión del día 9 quedaron aprobados los conceptos concediendo créditos para el parque de desinfección anejo al Laboratorio, campo de aislamiento para enfermedades infecciosas, construcción de dos edificios para baños populares, otros dos edificios para lavaderos públicos, aumento de tuberías de agua y bocas de riego en el casco interior, ídem para el extrarradio, instalación de cien fuentes vecinales, construcción de estaciones de descarga de los residuos del alcantarillado y construcción de diez evacuorios subterráneos; así como el de construcción de un hospital municipal para heridos y accidentados que necesiten asistencia facultativa durante unos días.

El presupuesto para la construcción de este hospital, es de un millón de pesetas.

Oposiciones a médicos de Prisiones, convocadas en la *Gaceta* de 16 de septiembre, para licenciados; instancias hasta el 15 de octubre; programa el anterior de 26 de junio de 1913. La casa Editorial Campos, Princesa, 14, tiene obra publicada y completa, que contesta con gran suficiencia al programa, por el doctor Martín, médico del Cuerpo, y se vende al precio de 50 pesetas.

Tifus exantemático.—La prensa diaria publica telegramas procedentes de Puebla de Don Fadrique, de los que se deduce la existencia de una epidemia de tifus exantemático cuyo desarrollo y alcance no se conoce terminantemente. Lo cierto es que a propuesta del Inspector provincial de sanidad, el gobernador civil ha suspendido los festejos que debían celebrarse en estos días y que la opinión atribuye esta suspensión a la presencia de la epidemia.

Oposiciones a médicos de Sanidad de la Armada.—50 plazas convocadas en la *Gaceta* del 30 de septiembre, Ejercicios en enero. Obra única, 50 pesetas; publicada por la «Editorial Campos», Princesa, 14.—Madrid.

El rector de la Central en Zaragoza.—Con el fin de inaugurar el laboratorio biológico, de la Universidad de Zaragoza, el doctor Carracido pronunció una elocuentísima conferencia el día 9 en aquella capital.

Durante su breve estancia en la ciudad aragonesa, fué objeto del homenaje de todas las clases intelectuales.

La Universidad celebró una solemne recepción y le fué ofrecido un banquete, al que asistieron las personas significadas en la cultura y en la ciencia.

La actuación de los químicos franceses durante la guerra.—El profesor Maurel, del Colegio de Francia, ha puesto de manifiesto en *Le Matin* el papel de los químicos franceses durante la guerra.

Expuso el esfuerzo que tuvieron que realizar para producir las diferentes clases de gases necesarios para con-

trarrestar los procedimientos de los alemanes, que los utilizaron primero, violando todas las leyes de la guerra.

Organizaron y desarrollaron las industrias químicas en que se utilizaban las piritas, consiguiendo procedimientos treinta veces más rápidos que los de los enemigos.

También los químicos establecieron en gran escala la industria de las materias colorantes, que desde hace muchos años suministraba Alemania.

Los descubrimientos que realizaron en la obtención del níquel, que tantos servicios prestó en la guerra, colocarán a Francia en el primer puesto entre las naciones productoras.

Calculando que el impuesto sobre el rendimiento de esas industrias ha producido en 1919 30 millones de ingresos al Tesoro, y que ese impuesto no alcanza sino el 75 por 100 de la producción total de las industrias químicas en Francia podrá valorarse en 500 millones de francos.

MUY IMPORTANTE.—Se ruega a los señores suscriptores utilicen el Giro postal o sellos de Correos para hacer sus pagos, de cuya manera podrán descontar los pequeños gastos que les ocasione, mientras que si hemos de girarles irán los gastos a su cargo.

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



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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización, conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial-Argensola, núm. 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros 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

Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.