

# 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 Academia 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 Inclusa y Colegio de la Paz.	E. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA TORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		JOSÉ SANCHIS BANUS 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.*—Arhivo é Inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los Laboratorios nacionales.—*Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.*—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO: Sección científica: Modernos estudios sobre la parálisis agitante y las neuropatías de localización lenticulo-estriada, por Gonzalo R. Lafora.—Estado actual de la cirugía. Clínica y crítica, por el Dr. D. Rafael Mollá.—Anatomía Patológica Ocular, por el Dr. Manuel Marín Amat.—Bibliografía: El último libro de Cajal.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El Agente de Sanidad, por Fernando Ausín Marín.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Modernos estudios sobre la parálisis agitante y las neuropatías de localización lenticulo-estriada

POR

GONZALO R. LAFORA

Director del Laboratorio de Fisiología cerebral del Instituto Cajal.

En 1913 publicamos unos estudios histopatológicos sobre la parálisis agitante (1), en los que confirmábamos los hallazgos de Lewi (2). Nos referimos a los cuerpos hialinos y esfero-cristales encontrados por éste en las células y fibras nerviosas del talamo, núcleo estriado y núcleo dorsal del vago, de casos de parálisis agitante y que nosotros pudimos hallar también en el núcleo motor ocular común y del facial y en las vías nerviosas próximas. Dichas lesiones eran reveladoras de un proceso degenerativo, probablemente metabólico, que afectaba a centros cuya irritación o destrucción daría lugar a la producción de movimientos involuntarios (temblor) y a la rigidez. Como hecho curioso recordamos que, en los casos estudiados por Lewi, se

observaron dichas alteraciones en el núcleo dorsal del vago (centro sensitivo del nervio laríngeo inferior) sólo en los casos que clínicamente habían mostrado temblor laríngeo; lo que indicaba un cierto paralelismo fisiopatológico de naturaleza localizatoria. También hacíamos notar que las lesiones celulares eran de idéntica naturaleza degenerativa metabólica a las encontradas por nosotros dos años antes en un curioso caso de epilepsia mioclónica (1), enfermedad de tipo hiperkinético que actualmente se quiere agrupar a la parálisis agitante y a otros síndromes hiperkinéticos de localización lenticulo-estriada.

Los hallazgos de Lewi y nuestros eran los primeros indicios de la existencia de lesiones histopatológicas, peculiares de la parálisis agitante.

La teoría localizatoria de la parálisis agitante, sustentada previamente por algunos investigadores que se apoyaban en indicios clínicos y anatomo-patológicos más o menos precisos, recibía un importante apoyo con ellos.

En estos diez últimos años se han publicado una serie de trabajos importantes sobre otras enfermedades semejantes, los cuales han venido a añadir hechos nuevos a la teoría localizatoria de la parálisis agitante, enfer-

(1) Lafora: Contribución a la histopatología de la parálisis agitante. (Trabajos del Laboratorio de investigaciones biológicas de Cajal. 1913.)

(2) Lewi: Handbuch der Neurologie de Lewandowsky. 1912.

(1) Lafora: Beitrag zur Histopathologie des myoklonischen Epilepsie (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1911).



medad que aún era considerada como una neurosis en la mayoría de los libros de neurología cuando en 1913 hacíamos notar en un trabajo (1) los hechos recientes que iban aclarando la patogenia de esta enfermedad orgánica y de localización definida.

Anotemos brevemente los hechos que hacen ya incluir a la parálisis agitante y a otras enfermedades nerviosas hiperkinéticas entre las neuropatías orgánicas con localización definida.

En 1912 publica Wilson su trabajo sobre la «Degeneración lenticular, enfermedad nerviosa familiar asociada con cirrosis hepática», síndrome degenerativo, caracterizado por síntomas pseudobulbares y movimientos coreico-atetósicos, determinado por lesiones atroficas del núcleo lenticular principalmente.

El mismo año publican Hösslin y Alzheimer su trabajo sobre las lesiones en el cuerpo lenticular y regiones próximas, (talamo, región subtalámica y puente) en un caso de pseudo-esclerosis, enfermedad ya descrita por Westphal y Strümpell, y cuya sintomatología de movimientos involuntarios es tan semejante a la enfermedad de Wilson, que algunos autores (Strümpell, Maas y Thomalla) la consideran idéntica. Tiempo antes había descrito Mdme. O. Vogt lesiones peculiares en el cuerpo lenticular («etat marbré») en un famoso caso de atetosis doble; enfermedad que también se agrupa actualmente a las anteriores. Analizando bibliográficamente otros casos publicados anteriormente de síndromes atetósicos, se han encontrado descripciones de lesiones microscópicas en los núcleos lenticulares o en el talamo (casos de Antón, Berger, Muratow, etc.).

Otra enfermedad se intenta agrupar actualmente a los síndromes lenticulares. Nos referimos a la «distonía muscular progresiva o deformante» de Oppenheim, llamada también «espasmo de torsión», síndrome hiperkinético, hemilateral en un principio, caracterizado por contractura y rigidez de un lado y a veces por ligeros movimientos atetósicos. Los estudios de Thomalla han demostrado que es producida por lesiones en el núcleo lenticular semejantes a las de los casos de la enfermedad de Wilson y que también como en estos se observa cirrosis hepática. Muchos otros autores (Ziehen, Schwalbe, Oppenheim, Flatau, Sterling) han encontrado semejanza entre la distonía muscular progresiva y la atetosis doble, y como a su vez esta última enfermedad es considerada también como semejante a la degeneración lenticular progresiva de Wilson, de aquí la relación entre estos diversos síndromes.

Para Thomalla hay una gran semejanza entre la atetosis bilateral, la pseudoesclerosis, la degeneración lenticular progresiva y el espasmo de torsión (distonía muscular progresiva). Propone que se reúnan todos estos síndromes bajo el título de «distonía lenticular», separando sólo de ellos los casos con lesión del haz piramidal y sus síntomas correspondientes.

(1) Lafora: Sobre la anatomía patológica de ciertas neurosis (Congreso de la Asoc. Española p. el Progreso de las Ciencias. Madrid, 1913).

Muy interesantes son también los trabajos recientes que incluyen definitivamente la parálisis agitante entre las enfermedades de localización lenticulo-estriada. Ramsay Hunt en 1917 halló atrofia del globo pálido del núcleo lenticular en los casos de parálisis agitante juvenil. En estos últimos años son varias las contribuciones anatómo-patológicas que concuerdan en sus hallazgos de lesiones en la región del núcleo lenticulo-estriado en la parálisis agitante, pero el trabajo más importante es el de P. Marie y Levy sobre «El síndrome parkinsoniano en la encefalitis letárgica» (1) en el cual se estudian los numerosos casos de síndrome parkinsoniano postencefálico observados en la clínica de P. Marie en la Salpêtrière, haciéndose su diferenciación de la parálisis agitante verdadera. En este trabajo se mencionan los estudios anatómo patológicos de etriakoff en los casos de P. Marie. Las lesiones en dichos casos en vez de radicar principalmente en el núcleo lenticular dominaban más, como sucede en la encefalitis letárgica, en los pedunculos cerebrales, especialmente en la región de la sustancia negra. Este hecho no difiere grandemente de los otros, pues por dicha región pasan las vías que relacionan el núcleo lenticular con el núcleo rojo a éste con el núcleo dentado del cerebelo por un lado y con la médula por el otro (fascículo rubro espinal de Monakow.)

En nuestra reciente visita a la clínica de P. Marie en la Salpêtrière, pudimos ver casos de síndrome parkinsoniano postencefálicos en niños. Debemos pues, aceptar que hay un síndrome paralítico-agitante determinado por afecciones diversas que se localizan en una determinada región. Conocidos son los casos juveniles de síndrome parkinsoniano determinados por la localización de un goma sífilítico en la región lenticulo-estriada. Asimismo la encefalitis letárgica o las lesiones arterio-escleróticas de esta región pueden producir el síndrome paralítico-agitante. La parálisis agitante de Parkinson no sería más que una forma especial del síndrome, producida (según los trabajos de Lewi y nuestros) por lesiones celulares degenerativas en las células del núcleo lenticular, talamo y núcleo rojo y en las vías que unen a estos entre sí y con el cerebelo y médula.

Spiller (2) en su reciente trabajo sobre la atetosis doble adquirida pasa revista a las opiniones más importantes sobre el mecanismo de los movimientos involuntarios. Gowers los atribuyó a lesiones de los ganglios basales y Monakow negó que el temblor fuese causado por una irritación directa del haz piramidal, suponiendo que las lesiones del cuerpo estriado determinan la irritación de la corteza motora, y que de ésta derivan los impulsos para los movimientos coreiformes. Wilson atribuye los movimientos involuntarios a la irritación de las fibras que van desde el núcleo dentado a través del pedúnculo cerebeloso al núcleo rojo del lado opuesto y de aquí a la parte ex-

(1) Marie y Levy: (Bull. de l'Acad. de Med. 15 junio 1920.)

(2) Spiller: Acquired double athetosis (dystonia lenticularis). Arch. of Neurology and Psychiatry. Octubre 1920.



terna del talamo, a la corteza senso-motora; o a las lesiones del fascículo que parte del núcleo lenticular, pasa por el asa lenticular de la región subtalámica y por el cuerpo de Luys para llegar al núcleo rojo, de donde una nueva neurona lleva las fibras a las astas anteriores de la médula en el fascículo rubro espinal de Monakow. La irritación de estas vías es siempre la causa de los movimientos involuntarios (temblor, atetosis, corea) por el siguiente mecanismo: la lesión del tracto cerebelo-rubro-talamo-cortical suprimiría los impulsos inhibitorios que van a la corteza cerebral y determina la corea posthemipléjica. De Vries ha apoyado esta teoría, demostrando que la extirpación de la corteza motora en estos casos produce la supresión de los movimientos coreico-atetósicos. Para Wilson la explicación del hecho es otra. La lesión del tracto lenticulo-rubro-espinal suprime los impulsos inhibitorios que envía el cuerpo estriado a las células motoras del asta anterior de la médula con lo que se altera la inervación motora uniforme de estos. Así resulta que los impulsos motores llegan a dichas células medulares sin inhibición y por eso los movimientos voluntarios aumentan los movimientos coreiformes y atetósicos.

Algo semejante se observa a menudo con el temblor de la parálisis agitante; el enfermo tiembla más intensamente al intentar hacer algo o ante la emoción de que se le examinara, y, en cambio, desaparece momentáneamente en los movimientos pasivos bruscos.

En un trabajo próximo describiremos algunos casos propios de síndrome paralítico agitante juvenil, de diversos orígenes.

En estas notas queríamos sólo llamar la atención sobre los estudios recientes que van poniendo en claro la naturaleza orgánica y localizatoria de los diversos síndromes hiperkinéticos como el temblor, la corea y la atetosis, que hasta hace poco eran consideradas como neurosis sin lesión.

Octubre 1920.

## Estado actual de la cirugía de la próstata. Clínica y crítica

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

EL DÍA 28 DE ABRIL DE 1920

por el

DR. D. RAFAEL MOLLÁ

Señores Académicos: señores.

Como sabéis por el enunciado del tema, debo ocuparme de la cirugía de la próstata, pero como en las enfermedades quirúrgicas de este órgano, fuera de la hipertrofia, las intervenciones son de escasa importancia y muy poco frecuentes, excepto en los abscesos y algún otro proceso, me limitaré a ocuparme de la hipertrofia de la próstata en varios de sus aspectos, pero

principalmente en su aspecto quirúrgico y más que nada en su aspecto—dígamoslo así—, operatorio.

Yo dudaba al elegir el tema, entre ocuparme de tuberculosis urinaria o del tema que voy a desarrollar, con la rapidez que el tiempo impone en el espacio limitado de una hora; porque es bien sabido que estas dos afecciones constituyen un verdadero azote de la humanidad, del hombre la primera y en las edades avanzadas de la vida y la tuberculosis urinaria en todas las edades de la vida, sobre todo en la juventud y en la edad adulta y en ambos sexos.

Pero si elegí el tema de la próstata, no es porque sea más interesante, ni porque sea más importante (desde el punto de vista general seguramente tiene más interés la tuberculosis renal), sino porque es un asunto aun muy discutido y es todavía discutible en algunos de sus extremos, como yo procuraré insinuar, sino demostrar.

Se dice con mucha frecuencia: extirpar la próstata o practicar la prostatectomía; y, sin embargo, nada menos cierto, nada más lejos de la realidad, sobre todo si se toma la palabra «extirpar la próstata», la palabra «prostatectomía» en un sentido rigurosamente exacto y rigurosamente técnico, porque la próstata completa es muy difícil de extirpar, es decir, muy difícil de extirpar totalmente sin peligro para el enfermo. Extirpar la próstata, practicar la prostatectomía, equivale también a practicar una uretrectomía. Cuando se extirpa la próstata por completo, no solamente se arranca el órgano prostático, sino que se arrancan los conductos evacuatorios y muchas veces hasta el cuello vesical y también muchas veces se corre el riesgo de lesionar el recto, porque cuando se extirpa la próstata por completo es que hay motivo justificado para ello; se trata de neoplasias difusas, de cánceres, y en estas condiciones es una operación verdaderamente peligrosa.

Pero ordinariamente, lo que en el lenguaje vulgar común y corriente se llama prostatectomía, no suele ser una prostatectomía; es una operación parcial, porque la inmensa mayoría de las operaciones que se practican de prostatectomía con finalidad de combatir los accidentes, las complicaciones del proceso llamado, también impropiaemente, hipertrofia, son operaciones que no tienen por objeto extirpar la próstata ni pueden tenerla. Tienen por finalidad el destruir, el deshacer, digámoslo así, el obstáculo mecánico que se opone a que la micción se realice en buenas condiciones y hemos luego de ver—no estoy haciendo más que una exposición de materias de los principales puntos que he de tratar luego—hemos de ver que lo que constituye el obstáculo mecánico no es ordinariamente el volumen de la próstata; las próstatas más voluminosas no suelen ser las que determinan fenómenos de retención y las consecuencias de la retención, que son los grandes síndromes de la llamada impropiaemente hipertrofia de la próstata; son muchas veces próstatas pequeñas, pequeños adenomas que determinan la estenosis del conducto o la retención.



De manera que sólo excepcionalmente se practica la extirpación de próstata, y sólo en casos de prostatitis sospechosas puede haber necesidad de recurrir a ella, pero para curar al enfermo de hipertrofia y afortunadamente son los enfermos que mejor curan con motivo de estas intervenciones, no hay necesidad de hacer la extirpación de próstata en sentido material de la palabra.

En realidad, como hemos de ver—es otro caso de los puntos que hemos de tratar de anatomía patológica—, la llamada hipertrofia de la próstata no constituye una entidad morbosa bien definida. No es la hipertrofia de la próstata o la llamada así—lo que es, por ejemplo, el sarcoma o es el tumor epitelial u otro proceso definido que tienen una etiología conocida, una anatomía patológica constante, una sintomatología que corresponde al mismo plan, como si dijéramos, en los diversos periodos de su evolución. No. Hemos de ver que la próstata hipertrofiada, mejor dicho, los trastornos que determinan estos procesos que se engloban en el nombre de hipertrofia de la próstata, responden muchas veces a verdaderos adenomas, son tumores epiteliales benignos, pero en otras existen lesiones de diversa naturaleza. Aunque se afirme así de un modo cierto, no es el adenoma tampoco la causa y la lesión anatómica fundamental única, aunque sea una de las variedades más comunes de las lesiones que integran este proceso.

Pero otras veces no es un adenoma; es un proceso más bien conjuntivo, aun cuando el punto de partida haya podido ser un adenoma, haya podido ser de origen glandular. Otras veces es un proceso de retracción, no cicatricial, sino de esclerosis, y así se explica y estamos en condiciones de explicarnos, el porque de tantas opiniones y de tantas teorías, achacándola unos, por ejemplo, a la paresia primitiva de la vejiga, que era la que había emitido antes Sornuavinq, por ejemplo, que consideraba la causa de la hipertrofia como una manifestación de la diatesis y la paresia vesical la consideraba como una primitiva y el aumento de volumen como consecutivo.

Estos son los casos en los cuales se puede admitir una inhibición del poder contractil de la vejiga ante lesiones muchas veces desconocidas, y en estos casos, repito, de esclerosis más o menos difusa se puede explicar que con una lesión insignificante de la próstata existe una retención completa, y sin embargo, no hay lesión comparable al adenoma y al aumento de volumen de los casos típicos.

Pues esto mismo qué sucede en el orden de la anatomía patológica sucede en el orden de la terapéutica y tiene que suceder forzosamente, porque la terapéutica es siempre hija legítima, no solamente de la sintomatología, sino más bien de la anatomía patológica, sobre todo teniendo en cuenta la naturaleza obstructiva de este proceso.

De manera que la llamada prostatectomía, o la operación para que la lesión desaparezca, para que el obstáculo mecánico que determina estos trastornos sea

eliminado, no es siempre una operación reglada, constante, rectilínea. Unas veces consistirá en la extirpación de un pequeño adenoma, del cuello, por ejemplo, operación sencillísima; otras veces será la extirpación de un núcleo más o menos central en uno de los lados, en uno de los lóbulos de la próstata. Otras veces será la extirpación de todo un lóbulo, llamado así, también con alguna impropiedad, y otras veces tendrá que recurrirse a una extirpación más amplia, una extirpación completa, aunque esto sea muy raro.

Para poder enjuiciar debidamente el valor de los métodos y de los procedimientos operatorios, para hacer, en una palabra, algo de crítica, para exponer alguna idea como reza también el tema, yo pretendía dar una noción brevísima de la anatomía, de fisiología, de la anatomía patológica de la próstata, porque, como veremos, y sabéis desde luego, en la próstata todo es oscuro, todo es un poco raro y extraordinario, desde su anatomía, su fisiología y su patogenia y la misma terapéutica, como decía hace un momento, no tiene más remedio que resentirse de estas deficiencias, de estas desorientaciones que reinan, sobre todo en el orden de la anatomía patológica y en el orden también de la sintomatología y desde luego, en el orden de la etiología, que en honor de la verdad, nos es desconocida, aun cuando hoy estemos, creo, en disposición de poder sospechar, quizás de poder interpretar bien el mecanismo de producción de las lesiones, que ahí es lo importante, porque en cuanto a causas, se invocan muchas, pero lo interesante no es señalar etiología, sino el poder interpretar el modo de actuar estas causas: en una palabra, la patogenia o el mecanismo de producción de unas lesiones tan variadas y tan complejas.

(Se continuará)

## Anatomía Patológica Ocular<sup>(1)</sup>

Curso del Profesor Fuchs, de Viena  
Madrid, enero-febrero, 1920

POR EL  
DOCTOR MANUEL MARIN AMAT

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

Varias preparaciones de operaciones de catarata. Unas de operaciones modelos y otras de operaciones con complicaciones.

Primera. Preparación de ojo operado de catarata, *extracción modelo* a los cuatro días de la operación. No hay inflamación (*está hecha con iridectomía, como casi todas las practicadas por Fuchs y que nos presenta*

(1) Véase el número anterior.



*para no volverlo a repetir*). En la pupila está la cristaloides posterior transparente (la anterior no está porque extirpa un trozo con la pinza de capsuleptomía). El resultado fué ideal!

Segunda. Otra preparación de *extracción modelo*, pero la herida está abierta por haber proliferado el epitelio entre los bordes de la misma.

#### Ahora complicaciones ligeras.

Primera, iris enclavado en la herida en el pequeño trozo resultante de la iridectomía y cubierto por la conjuntiva. Esto es muy frecuente en la práctica y pasan desapercibido porque no producen trastornos; 2.<sup>a</sup>, otra preparación con enclavamiento mayor del iris entre los bordes de la herida, haciendo relieve sobre ésta, lo que después da lugar a glaucoma, ectasia o infección; 3.<sup>a</sup>, cristaloides anterior enclavada en la herida. Ocurre que cuando el desgarro de ésta por discisión queda en forma de colgajo de base superior, este colgajo puede enclavarse en la herida. En la preparación se ve el trozo de iris (de la iridectomía) y la cristaloides enclavados, pero ésta llega muy lejos debajo de la conjuntiva y como es transparente no se dignóstica en vida, sino bajo el microscopio; 4.<sup>a</sup>, otra de cristaloides anterior también enclavada y que llega muy lejos, debajo de la conjuntiva. El epitelio de la conjuntiva prolifera en los bordes de la herida guiado por el camino que le ha trazado la cristaloides y ambos son un obstáculo para la cicatrización, que luego resulta poco fuerte; 5.<sup>a</sup>, bonita preparación en la que se ve que el epitelio de la córnea ha invadido toda la cámara anterior, yendo desde los bordes de la herida a cubrir toda la cara post-de la córnea, el ángulo de filtración, la cara anterior del iris y en el sitio de la iridectomía la cristaloides anterior. Este y estos ojos se pierden por glaucoma. En este se ve la excavación glaucomatosa de la papila. Esta complicación no se diagnostica en vida por ser el epitelio transparente y a él pertenecer muchos de los ojos que se pierden de glaucoma después de la extracción y que no se explica cómo se ha desarrollado. Sólo se diagnostica debajo del microscopio, y cosa notable, la cicatriz de la córnea no presenta ya epitelio de la misma en su espesor, debido a que lo ha rechazado el tejido cicatricial.

#### Complicaciones infecciosas de la operación de la catarata.

Infección de la herida o infección del interior del ojo, o ambos a la vez: 1.<sup>a</sup>, infección de la córnea, se ven infiltrados los bordes de la herida hasta gran distancia, siendo la infiltración mayor hacia las partes posteriores de la córnea que hacia las anteriores; en cambio, apenas si existe en la esclerótica (ésta resiste mucho a la supuración por no prestarse bien para ello). Hay también pus en la cámara anterior y entre las dos cristaloides. El pronóstico es muy grave y el ojo se pierde; 2.<sup>a</sup>, preparación de infección

del interior del ojo. La herida no está supurada. Estos casos son más leves y terminan por la formación de una falsa membrana que obstruye el campo pupilar (catarata secundaria) a la vez que cubre el iris especialmente por su cara posterior.

Un caso de *hernia o enclavamiento* del cristalino (facocèle de Fuchs). Se observa alguna vez después de la iridectomía antiglaucomatosa. La preparación se refiere a un viejo que operó de iridectomía, y después de la resección del iris el borde superior del cristalino se presentó entre los bordes de la incisión corneal. Lo que debe hacerse entonces, y él hizo, es practicar la discisión y extracción del cristalino.

La forma que acepta el cristalino así enclavado es muy rara, recordando su sección el de una botella.

*Subluxaciones del cristalino.*—Primera preparación. Subluxación del cristalino hacia arriba, motivado por una exudación consecuencia de iridocyclitis que va del cuerpo ciliar a la cristaloides posterior y ha tirado hacia ella del cristalino y también de la retina, produciendo el desprendimiento de esta membrana, a la vez que el cambio de sitio de la lente.

#### Luxaciones del cristalino en la cámara anterior, en el vítreo y debajo de la conjuntiva.

Primera preparación. Luxación de un cristalino de dimensiones normales en la cámara anterior. El iris es empujado herméticamente contra la cara anterior del cristalino, y hay imposibilidad del paso de humor acuoso de la cámara posterior a la anterior, y, como consecuencia, glaucoma. En la antigua depresión de la catarata se observaba que el cristalino salía del vítreo y se depositaba en la cámara anterior, siendo un caso de estos el que le sirvió a Daviel para idear el método a colgajo en la extracción de la catarata.

Segunda. *Cristalino arrugado y pequeño, luxado* en la cámara anterior; éstos suelen emigrar de una a otra cámara y son difíciles de extraer por esta circunstancia. Estos cristalinos suelen estar opacificados y hasta calcificados de ordinario, y eso ocurre con el de esta preparación y varias más que nos enseña. En la preparación se ve la retina desprendida hasta comprender toda la porción ciliar; cuando esto ocurre es debido a tracción fuerte hacia adelante, o a intensa presión de atrás del líquido subretiniano.

#### Ectopia congénita del cristalino.

Primera preparación. El cristalino es muy chico en estos casos, y el ojo termina por glaucoma secundario. El cristalino ocupa la cámara anterior y se encuentra haciendo cuerpo en la córnea por inflamación adhesiva en dicho sitio; los procesos ciliares están echados hacia atrás; hay depósitos de linfocitos en la cara posterior de la córnea. En los sitios en que el cristalino y córnea se unen falta el epitelio corneal. El iris está esclerosado.



Segunda. *Ectopia del cristalino y coloboma de la coroides y retina.* (La ectopia coincide con otras anomalías congénitas del ojo, como ya sabemos.) La esclerótica es muy espesa por la mitad inferior, sitio de las anomalías en la preparación (más del doble que en la mitad superior), y está en contacto con el vítreo, no existiendo en dicho sitio ni coroides ni retina, y sólo se observan algunas fibras nerviosas incluidas en el tejido escleral a corta distancia de la papila. El cristalino es pequeño e irregular y empuja al iris por su parte superior contra la córnea. Por la mitad superior existe coroides y retina.

*Luxación del cristalino en el vítreo.*—Preparación de ojo procedente de un sarcoma de la coroides, en parte necrosado, y que produjo la luxación del cristalino en el vítreo, viéndose muy bien en la preparación.

### 15.<sup>a</sup> Conferencia del día 13 de febrero de 1920.

#### Retina normal y retina patológica.

La estructura de la retina nos la explica, según los descubrimientos de Cajal, en dos preparaciones magníficas, y nada hay que añadir a lo conocido; pero sí algunos interesantes detalles que nos da a conocer.

Primera preparación de *conjunto de la retina.* Alrededor de la papila comienza la retina a engrosar hasta llegar a los alrededores de la fovea, teniendo entonces la retina dos o tres veces el espesor que en los sitios restantes. En la fovea es delgadísima, y sólo existen conos y alrededor granos externos oblicuos (capa fibrosa de Henle). En los alrededores de la fovea va progresivamente adelgazándose la retina. En un salvaje (zulú) ha visto Fuchs que la fovea tenía casi el mismo espesor que el resto de la retina.

La fovea es el sitio más sensible de la retina, y en todas las afecciones del polo anterior del ojo, úlcera, traumatismos, la fovea se interesa. En la preparación se ve una hemorragia en la fovea en un caso de un pequeño traumatismo ocular.

Segunda preparación de *fibras de Müller.* Estas fibras se hipertrofian en caso de atrofia de la retina.

Tercera. Dos preparaciones de *retina ciliar.* La primera es de niño, y se ve que la retina termina de una manera insensible hasta hacerse retina ciliar al nivel de la ora serrata. La segunda es de adulto, y allí se ve que la retina termina de un modo repentino en la ora serrata.

Cuarta. Una preparación de *arrancamiento de la ora serrata* por exudados cristalinos, llevándose consigo la retina; la ora serrata se ve detrás del cristalino, habiéndose separado cinco o seis milímetros. La retina desprendida está detrás del cristalino.

Quinta y sexta. Dos preparaciones de *degeneración quística de la retina.* Es muy común la afección en los viejos, y más frecuente en la parte anterior que en la posterior de la retina, prefiriendo más

(adelante se entiende) el lado temporal que el nasal. Se ven grandes cavidades limitadas por células de Müller, que casi van de la interna a la externa, con desaparición de las células retinianas. La otra preparación es más expresiva todavía: se ven grandísimas cavidades que ocupan todo el espesor de la retina, que ha destruido las columnas formadas por las fibras de Müller y las células retinianas. La retina parece desdoblada.

Séptima. *Degeneración quística de la retina ciliar.* Aquí se ven grandes canales comunicantes entre sí, que en ocasiones llegan a formar verdaderos quistes, y se ve uno en la preparación. El contenido es líquido y coagulable.

Octava y novena. Dos preparaciones de *fibras de mielina.* Ambas teñidas por el procedimiento de Weiger, en azul. Nos dijo con respecto a esto lo siguiente: Las fibras de mielina no atraviesan jamás la lámina cribosa; lo que pasa es que, así como las fibras nerviosas se rodean de mielina detrás de esta lámina después del nacimiento (en el acto del nacimiento las fibras del nervio óptico no tienen mielina), también se rodean algunas de ellas por delante de la lámina cribosa, siendo las preparaciones muy demostrativas.

Primera preparación. En ellas se ve un hecho normal, y es que la capa de fibras del nervio óptico es alrededor de la papila dos o tres veces más gruesa que en las partes periféricas. En la primera preparación se ven las fibras de mielina detrás de la lámina cribosa, y por delante de ella, a alguna distancia, comenzar la mielina que pronto cesa, como no sea como en la segunda preparación. En ésta se ve que las fibras de mielina llegan por la parte temporal hasta el ecuador y que la esclerótica es más delgada, por estar ectasiada (estaf. posterior), y la papila es oblicua, como en la miopía.

#### Hemorragias de la retina.

Primera preparación. Hemorragia de la retina en sus capas internas que ha perforado el vítreo y se ve en él con sus caracteres de mal limitadas, sin reacción a su alrededor, y los pequeños granitos pigmentarios, resto de la disgregación de los glóbulos rojos. Hay otra hemorragia en la mácula, ambas en contacto con el vítreo, y se les denomina prerretinianas. Las de la mácula, cuando son pre-retinianas, tienen la forma redondeada, excepción de su borde superior, que es rectilíneo. La sangre derramada se separa en dos capas, una superior más clara (suero) y otra inferior más oscura (glóbulos).

Segunda. *Hemorragia en caso de glaucoma.* Esta es una hemorragia retiniana, es decir, en el espesor de la retina. La sangre se ha abierto camino hacia afuera en la dirección de la coroides y hacia adentro en la del vítreo. Cuando domina la extravasada entre la retina y coroides se llama subretiniana.

Dos preparaciones: *Retinitis nefríticas* (las llama Fuchs). Las manchas blancas están formadas en la



plexiforme externa. Hay edema, acúmulos de fibrina y albúmina y degeneración grasosa y hemorragia. Las placas blancas están formadas por degeneración grasosa, albúmina y fibrina.

Segunda preparación. *Retinitis nefrítica del embrazo*, que ha ocasionado desprendimiento de retina. Es la más leve, y cuando se reabsorben las manchas quedan ciegos los puntos correspondientes (escotomas).

Una preparación de *retinitis leucémica*.—Se ven en la retina (el enfermo murió de la enfermedad), además del color amarillo naranja del fondo y más blanquecino de los vasos, manchas blancas bordeadas de filetes hemorrágicos, manchas formadas por acúmulos leucocitarios, que a su vez llenan toda la luz de muchos vasos de la coroides y retina.

*Retinitis metastásica*.—Hay pequeños focos de leucocitos llevados por metastasis de otros sitios, especie de émbolos que obliteran los vasos, van creciendo y terminan por la supuración del ojo.

*Retinitis purulenta*.—Es muy frecuente en las úlceras y heridas del polo anterior del ojo. La retina es muy sensible a éstos. Se observa en estos casos que, mientras la retina está infiltrada de pus, la coroides está indemne. Los gérmenes que han pasado al vítreo en cantidades extraordinarias producen la inoculación de la retina por pasar de ésta a aquél por quiomiotaxis los leucocitos.

*Atrofia de la retina*.—Dos preparaciones. La nutrición de las capas internas de los vasos es de la retina, y la de las externas depende de la coroides, y así se ve en las lesiones del nervio óptico atrofiarse la capa de células ganglionares y quedar indemne la de conos y bastones, y, en cambio, en la de la coroides y en el desprendimiento de la retina suceder al contrario; los granos externos se alteran en seguida y queda normal (al principio) la capa ganglionar. La atrofia de las fibras ópticas puede ser ascendente y descendente. En la primera se observa que la retina disminuye progresivamente de espesor de la periferia al centro, y en la descendente, del centro a la periferia.

*Desprendimiento de la retina*.—Dos preparaciones. Nos dijo que los granos externos se alteran en seguida por faltarles su medio de nutrición y que las células internas (ganglionares) no debieran alterarse en los casos antiguos (en los recientes no se alteran); pero se alteran debido a las propiedades tóxicas del líquido subretiniano, que irrita la misma retina (y da lugar a *quistes*), la coroides y hasta el iris, creyendo Fuchs que los accesos de iritis en los desprendimientos de la retina son debidos a esta causa.

*Gliosis de la retina*.—Desaparición de la estructura normal y aparición de células gliales en remezcladas.

En los casos de atrofia de la retina el pigmento rodea los vasos y emigra a todas las alturas de la retina.

## 16.<sup>a</sup> conferencia.—Día 20 de febrero de 1920.

Presentación de las preparaciones de *queratitis profundas* que no pudo presentar en el día anterior en la Sociedad Oftalmológica, y, además, otras de *atrofias de la retina, degeneración pigmentaria y desprendimiento*.

Primera preparación. *Úlcera posterior de la córnea*.—La membrana de Descemet está destruida, y delante de ella hay infiltración de corpúsculos de pus, procedente de la inoculación del pus en el sitio en que ha estado en contacto con la cara posterior de la córnea; en la cámara anterior hay diplococos en el pus. Las láminas corneales se funden y se eliminan, formándose una úlcera que después deja una cicatriz perfectamente visible, con vasos sanguíneos obstruidos. Es difícil saber si la mancha que la cicatriz origina está en la córnea o en la cámara anterior, al primer examen.

Segunda. *Queratitis vesicular posterior*.—Se presenta en la sífilis y tuberculosis, pero especialmente en la primera, y es debida a la alteración química del humor acuoso sin elementos formes, es decir, ni células ni gérmenes. Aparece como una mancha amarilla sobre la membrana de Descemet, que se encuentra desprendida. El iris está infiltrado, etcétera. (Véase la comunicación presentada a la Sociedad Oftalmológica.)

Tercera. Otra preparación igual, pero de origen tuberculoso. Hay un foquito en las capas posteriores de la córnea, con destrucción de la membrana de Descemet, conteniendo células gigantes, epiteliales, etc.

### Signe afecciones de la retina.

1.<sup>a</sup> Atrofia de la retina sin hipertrofia de las células pigmentarias.

2.<sup>a</sup> Degeneración quística de la retina. Hay grandes lagunas, que después acaban por formarse quistes y hasta agujeros de la retina, observándose uno en la mácula. Estos agujeros pueden ser a consecuencia de la degeneración quística espontánea o por traumatismo. Las lagunas se forman en la capa plexiforme externa. Se observan unas rosetas, que son espacios claros rodeados de granos externos.

3.<sup>a</sup> Dos preparaciones de retinitis, atrofia con proliferación pigmentaria. La retina está reducida de espesor. La emigración del pigmento no es exclusiva de esta afección, sino que también se encuentra en las antiguas coriorretinitis sífilíticas como período final, siendo difícil entonces distinguir cuándo se trata de una u otra. El pigmento se halla dispuesto rodeando a los vasos, formándose como un manguito. La afección comienza en el ecuador del ojo, y la causa no es conocida, si bien es muy frecuente en los hijos de los matrimonios consanguíneos. Una preparación representa un corte de retina para ver la emigración del pigmento, y la otra es una retina vista de plano, como se observa al microscopio. En esta última se ven líneas pig-



mentadas (vasos rodeados de pigmentos) alternando con las figuras estrelladas.

*Desprendimiento de la retina.*—Los desprendimientos estudiados hasta aquí, formados por tracción de bridas cicatriciales del vítreo, no son visibles al oftalmoscopio por encontrarse opacificados los medios del ojo. Los que se ven al oftalmoscopio son los de ojos ligeramente miopes y los consecutivos a tumores de la coroides. *El mecanismo* de producción de cada uno de éstos es distinto. En el miópico, el déficit de presión en el vítreo hace que la retina se desprenda, y en el secundario a tumor, es la presión aumentada por detrás de la retina la que produce su despegamiento.

Los líquidos subretinianos y humor vítreo son de naturaleza distinta. El subretiniano es tóxico y da lugar a inflamaciones de los tejidos con los que se pone en contacto, e inyectándolo en el humor vítreo produce una inflamación del mismo.

Primera preparación. *Desprendimiento miópico.* Ha comenzado por la región ciliar (porción plana) y ora serrata, y rodea toda la papila, pero con la particularidad de que en el sitio del estafiloma posterior la retina no está desprendida; en este sitio hay adherencia entre ella, la coroides y la esclerótica, lo que impide que se despegue. Los desprendimientos miópicos van precedidos de desprendimientos del cuerpo vítreo, y el espacio que queda entre éste y la retina es coagulable. Debajo de la hialoides se observa una buena capa de células con núcleo grande, características de estos casos. Se ven en estos casos, y también en la preparación, focos inflamatorios en la coroides, debidos a la acción irritante del líquido subretiniano, y lo mismo puede ocurrir con el cuerpo ciliar y el iris, determinando ciclitis e iritis, que llegan hasta reclamar la enucleación.

Segunda. *Desprendimiento de la retina*, con degeneración de la misma y en el líquido subretiniano multitud de manchas oscuras y de líneas blancas. Las manchas de color amarillento son granos de pigmento y grasa, que son llevados allí por los macrofagos, y las líneas blancas, cristales de colesterina. Hay casos en que estos núcleos amarillos rodean totalmente a la retina por fuera y le dan el aspecto de un glioma, pudiendo llegar hasta la confusión.

Dos preparaciones de desprendimiento de la retina por sarcoma de la coroides, una al principio y la otra en período más avanzado. En la primera se ve que la retina está levantada por el tumor, en contacto con éste; pero que más adelante aparece el líquido subretiniano y produce un verdadero desprendimiento. En la segunda preparación se ve el tumor de tamaño considerable que ha deformado el cristalino, que ha desprendido totalmente la retina; así como el tumor formado por vasos rodeados de un verdadero manguito de células sarcomatosas, y le dan el aspecto de un adenoma, llamándosele antes periepitelioma.

*Arrancamiento de la retina en la ora serrata y en la*

misma retina. Se ve el desprendimiento de la retina en la ora serrata y, además, arrancada de la papila. En la cara externa de la retina se observa un tejido nuevo, formado por focos de proliferación del epitelio pigmentado que ha quedado en algunos sitios.

Preparación con arrancamiento de la retina de la papila por tracción fibrosa del vítreo, muy expresiva.

Preparación de *desprendimiento de la retina con degeneración quística*, en la que se ven lagunas muy grandes que después se convierten en quistes.

*Gliomas de la retina.*—Es tumor de la infancia exclusivamente. Los gliomas se necrosan por las partes más lejanas a los vasos, y hasta se calcifican, mientras que permanecen con vitalidad los elementos que rodean los vasos. Se ven éstos en la preparación rodeados de células gliomatosas a la manera de un manguito. La retina se desprende, y suelen caer nódulos gliomatosos sobre la coroides, donde prenden, y en la papila, avanzando por el nervio óptico. Las células gliomatosas tienen poco protoplasma.

Segunda preparación de *un glioma* con porciones *calcificadas*, muy teñidas en carmín, y otras varias de gliomas eudófitos y exófitos con masas gliomatosas en el vítreo, detrás del cristalino, etc.

#### 17.<sup>a</sup> Conferencia del día 22 de febrero de 1920.

*Continuación de gliomas de la retina.—Estructura normal del nervio óptico.*

Primera preparación de conjunto. *Glioma de la retina* con diseminación de nódulos gliomatosos. La diseminación es muy frecuente en este tumor y menor en el sarcoma. Se ve el tumor con un aspecto característico, rodeando las masas vivas a los vasos, que le dan aspecto de adenoma. Hay focos aislados en la superficie de la retina, que han sido separados de la masa general, con la particularidad que en el sitio en que asientan estos nódulos llevan la afección, observándose que la retina está infiltrada de células gliomatosas al nivel de las capas de los granos, tanto internos como externos; pero especialmente de los primeros, es decir, que han inoculado el tumor. Además se ve la coroides, el nervio óptico y espacio subdural, el nervio óptico infiltrado de masas tumorales.

Segunda. Preparación de conjunto. El tumor de la retina (glioma) ha desaparecido por reabsorción y sólo queda todo el tractus uveal (coroides, cuerpo ciliar e iris) infiltrado de masas gliomatosas, así como el nervio óptico.

Tercera. *Glioma necrosado* y con masas calcificadas; pero el nervio óptico está atrofiado en sus fibras nerviosas y recubierto de masas de glioma en su espacio subdural y en las vainas.

Cuarta. Caso excepcional de *glioma de la retina*, en el que el globo ocular, en vez de aumentar de volumen, ha disminuido, atrofiándose, debido a la necrosis del tumor en todas sus partes, obteniéndose



se una curación del mismo; pero ya no le es útil al individuo, porque existen con anterioridad propagaciones al nervio óptico y por fuera de la esclerótica.

Quinta. Otra preparación de *glioma calcificado*, pero la invasión del nervio óptico existe ya. En éste las fibras nerviosas están indemnes, pero las vainas y el espacio intervaginal están infiltrados. El nervio óptico está engrosado considerablemente en estos casos y hay que resecarlo hasta la entrada del agujero óptico.

Sexta. Otra de glioma de un ojo *curado espontáneamente*; pero después se apreció otro glioma en el otro ojo y murió el enfermo a consecuencia del mismo.

Séptima. *Preparación del doctor Poyales de pseudoglioma*.—Se trata de un desprendimiento de la retina en un ojo con hipertensión, que fué tomado por glioma y enucleado. Nos dijo Fuchs que los pseudogliomas son: 1.º, desprendimientos de retina con hipertensión, en los que el contenido del embudo que la retina desprendida forma está ocupado por tejido grisáceo, que le da aspecto gliomatoso, y se observan también entonces montones de macrocitos que rodean la capa externa de la retina, que con su aspecto amarillento característico se puede prestar a confusión; 2.º, tubérculos de la coroides o de la región ciliar, y 3.º, hasta lesiones supuradas localizadas y poco virulentas de la región ciliar, retina y coroides.

#### Nervio óptico.—Estructura normal.

Nos explica la anatomía normal.

Primera preparación. *Corte transversal del nervio óptico detrás del ojo*, a poco de los ingresos de los vasos de la arteria y vena centrales de la retina. Se ven los fascículos nerviosos rodeados por los tabiques conjuntivos revestidos de neuroglia, la cual rodea, formando una capa relativamente gruesa, toda la cara interna de la piamadre, y al paquete vascular con pequeña cantidad de tejido conjuntivo.

Segunda. Otra preparación teñida en negro, de Weiger-Palk, viéndose muy bien todos los detalles.

Tercera. Otra en corte transversal del nervio, por Weiger-Palk. Se ven los espacios subdural y sub-aracnoideo perfectamente formados por los haces traveculares, muy finos, de la aracnoides; las travéculas están revestidas de un endotelio. Se observan dos corpúsculos redondeados en el espacio subdural, semejantes a los que existen en los centros nerviosos, que no tienen ninguna significación ni fisiológica ni patológica (samomas).

Cuarta. Otra preparación de *nervio óptico* (corte transversal en la parte más posterior de la esclerótica, que está comprendida en el corte, para ver la disposición de la *lámina cribosa*.) La *lámina cribosa* está ligeramente deprimida en el fondo, en estado normal, y esto hace que no se pueda comprender las partes periféricas y la central en el mismo corte.

En la que nos presenta se ve solamente la parte más posterior, es decir, la central. En ella se ven las travéculas de los haces más internos de la esclerótica, y a su nivel los haces de fibras nerviosas más adelgazadas por haber perdido ya la mielina, mientras que por las partes periféricas conservan su grosor normal porque aún no se han tamizado por la *lámina cribosa*.

Quinta. Preparación de *un corte de la papila normal*, como se ve al oftalmoscopio. El canal óptico tiene la forma de cono de base posterior. El tejido nervioso de la papila es traslúcido y deja ver por transparencia los bordes del anillo escleral. En el lado nasal las fibras nerviosas son más numerosas y la retina más gruesa que del lado temporal. Los vasos salen más próximos al lado nasal.

Sexta. Corte a lo largo del nervio óptico. Se observa paralelamente a los haces nerviosos una *columna de neuroglia*, que atraviesa la *lámina cribosa* y se continúa hasta la superficie de la papila.

Séptima. Corte de *excavación fisiológica de la papila*. Existe un tejido neuróglíco que rellena la depresión de las fibras, tejido transparente.

Se observa en muchos casos de excavación fisiológica que el anillo escleral está ensanchado por la parte interior en forma de cono de base anterior, y las fibras nerviosas transparentan la esclerótica de ordinario en la parte temporal y se constituye una *media luna blanca*: estafiloma escleral que se presenta en ojos emétropes y hasta en algunos hipermetropes. Es el estafiloma posterior de los emétropes e hipermetropes.

Octava. Otra preparación de excavación fisiológica de la papila, muy acentuada, y que parece patológica; los signos clínicos la diferencian. Sin embargo, *la excavación fisiológica ni llega a los bordes de la papila ni llega hasta la lámina cribosa*. Nos dice que la excavación glaucomatosa se hace de dos maneras: primera, por ahuecarse la papila normal, y segunda, por aumento de una excavación fisiológica preexistente. Ha visto niños con excavación fisiológica, que pasados muchos años ha vuelto a ver con excavación glaucomatosa.

La excavación fisiológica es siempre igual en los dos ojos.

Novena. Una preparación de *media luna blanca* en ojo emétrope por disposición del conducto escleral, que está inclinado hacia la región temporal, y hasta todo el reborde (parte nasal, superior e inferior) pueden ser interesados del mismo modo.

Décima. Una preparación con excavación fisiológica de la papila y, además, otra depresión constituida por una invaginación anómala de la retina nervio óptico, viéndose en esta invaginación los granos de la retina, y como son transparentes se observa al oftalmoscopio como una segunda depresión; es una malformación del nervio óptico, y nos presenta además otra preparación.

— 108 —



## Bibliografía

### El último libro de Cajal

UN COMENTARIO

La aparición de una obra del eximio Cajal, siempre despierta interés entre los que le conocen, y aun entre los que han gustado de otras producciones de su talento, puesto que un buen fruto nos hace presumir que el árbol seguirá dándonos de parecida especie.

Esta vez el libro de nuestro Cajal (esto de llamarlo *nuestro* es a modo de una caricia que nos permitimos con los sabios) despierta distinta atracción que otras en que el nuevo volumen se refería a ciencia pura; esta vez, digo, el libro nos atrae por el corazón, y no sólo por la inteligencia; y es porque se trata de revelaciones muy íntimas, a través de las cuales nos relacionamos estrechamente con el hombre más que con el investigador y el maestro.

*Chácharas de café*—que así se intitula—es en cierto modo una autobiografía o la continuación de la que ya publicó su autor hace pocos años. Al trasluz de las sentencias y aforismos y de los *impromptus* del pensamiento se ve el alma del escritor, y esto es lo verdaderamente universal, por ser lo más íntimo del hombre.

Quien haya leído libros autobiográficos por el estilo de los de Rousseau, Oberman, Amiel, Stael, Renan, Unamuno o Cajal, no dudará en que si tocan a nuestro pensamiento pican más en nuestro corazón y se leen con más curiosidad que las mismas obras maestras de sus respectivos autores. Así, el que sea algo aficionado a la música habrá podido observar, si para ello tuvo ocasión, que nos impresionamos más hondamente un buen ejecutante si toca al piano, por ejemplo, algo propio, y más si repentinamente algo suyo, que cuando interpreta obras de otro. Quizá se despierta dentro de nosotros una armónica de lo escuchado, resultando que nuestra simpatía se estrecha más cuanto más íntima es la comunión de las almas.

Muchas gentes piensan que el sabio, por el hecho de serlo, no tiene impresionabilidad para otras cosas más que para el cultivo de la ciencia pura. Sobre su frente ha de dibujarse constantemente la omega melaacólica y nunca sus mejillas han de gesticular por una risotada; si se especializan en un orden del saber, siempre nos han de aparecer con las antojeras de su ciencia, y si ostentan un rasgo de humor, se juzga rota en el momento la aureola de seriedad con que los nimbamos constantemente. Perdura tal vez en nuestra atávica memoria que la *persona* en el teatro griego era la que llevaba una máscara, y dotamos a cada héroe de la suya, que es la que nosotros creamos para él. Juan el que es, oculto por Juan el que aparenta ser, y por Juan el que juzgamos que es.

Y hete aquí que nuestro Cajal se entrega a nuestro examen con la trifacé de su unidad, y le vemos reírse, bromear, preocuparse, dubitar y burlarse. ¿Habrás visto? ¡Un sabio que se sale de la vitrina donde le habíamos colocado y se pasea entre los demás mortales! Adentro, adentro, que esa travestura no es permitida. Hay canes sueltos por las calles, y muerden. Hay en el bosque lobos hambrientos que desuellan. Y ranas en los tinteros del charco que salpican y croan. Ade: tro, adentro, maestro.

Es verdad que otro Maestro hubo que gozaba llamando hacia sí a los niños y les acarició (que fué su sonrisa). Pero aún estaba lejos de su gloria porque era antes del Gólgota y lejos del Calvario. Cuando las frentes se nimbaban de aureolas y las figuras son irradiantes de luz, los espectadores exigen unidad, que quiere decir fijeza: un solo rictus, una sola actitud. No se permite al héroe lo que a su retrato: que mire a todas partes.

Queda, sin embargo, fuera de la multitud un grupo de hombres que anteponen esa cualidad a toda otra clasificación. Seamos o no la medida de todas las cosas, queremos ver en nuestro semejante el límite de nuestras perspectivas, y en su espejo ver la proyección de nuestra posibilidad. Un hombre es para otro hombre un módulo al que busca acercarse o del que quiere distinguirse en cantidad o en calidad de atributos. Conocer a los demás es ahondar en nuestro propio conocimiento en obra constante de ratificación o de enmienda.

Los héroes, los sabios y los buenos nos inspiran voluntad, bondad y sabiduría. ¿No será ese el atractivo de los libros autobiográficos?

H. RODRÍGUEZ PINILLA

## Periódicos médicos

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

**I. La azotemia en el curso de las enfermedades infecciosas (en el sarampión, en la viruela y en el tifus exantemático); la azotemia medicamentosa, por J. Manet.**—El examen de la urea del líquido céfallo-raquídeo en niños con sarampión, de dieciocho meses a diez años de edad, indica que en el sarampión simple pueden producirse dos eventualidades: o bien la cifra uréica puede elevarse al principio de la erupción y descender rápidamente a la normal al comienzo de la descamación, o bien siendo normal o casi normal al principio de la enfermedad se eleva la cifra al terminar la fiebre y comenzar la convalecencia. En este último caso tendría lugar, según Achard y Fenillé, una retención introgenada por «utilización reparadora de las albúminas». Cuando se suma al sarampión alguna complicación, puede mantenerse elevada y hasta aumentar la cifra de urea del líquido céfallo-raquídeo,



aunque termine el sarampión; en este último caso, existe paralelismo entre la gravedad de la complicación y el valor de la azotemia. La patogenia de ésta, en las observaciones de sarampión, parece depender de la histólisis de los tejidos; en efecto, las cifras de urea eran más elevadas cuanto mayor era la caquexia de los niños enfermos. En los casos de sarampión complicados con enteritis aguda se encuentran siempre cifras muy bajas de urea; según Manet, el intestino sirve en estos casos de emuntorio, arrastrando las heces una cantidad notable de urea. En la viruela benigna, la azotemia sanguínea (cuando ya está avanzada la erupción) siempre aparece elevada, descendiendo a lo normal al mismo tiempo que la temperatura. En un caso de viruela confluyente mortal la azotemia fué progresivamente en aumento. En el tífus exantemático la cifra de urea es tanto más elevada cuanto más graves son las manifestaciones de la enfermedad, y está siempre, al parecer, relacionada a la desasimilación rápida y profunda del organismo fuertemente intoxicado, a la oliguria y a un cierto grado de impermeabilidad renal. Además de estos factores, en la patogenia de la azotemia de las enfermedades infecciosas en general parecen jugar un papel real las albúminas aportadas por la alimentación. Asimismo, la administración de acetato amónico, utilizada con alguna frecuencia en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, constituye una aportación de urea que, aunque débil, es constante, y si existe un obstáculo a la excreción uréica, la azotemia aumentará.—(*Gazette des Hopitaux*, núm. 59, 1 y 3 de julio de 1920.)—*E. Luengo*.

**2. Variación de la urea contenida en el líquido céfalo-raquídeo extraído en el momento y fuera de las crisis convulsivas, epilépticas e histéricas, por G. Laurés y E. Gascard.**—Son frecuentes los casos en los que aún los especialistas se encuentran indecisos para diagnosticar si son de histerismo o de epilepsia. A veces, además, se aplica a estos casos dudosos el epíteto de histeroepilepsia. Buscando un signo diferencial de estas dos afecciones, los autores han estudiado el contenido de urea del líquido céfalo-raquídeo, y sus observaciones se resumen en esta proposición: sea el que fuere el contenido de urea del líquido céfalo-raquídeo fuera de las crisis, está disminuido durante la crisis histérica y aumentado durante la crisis epiléptica.—(*Presse Medicale*, núm. 40, 16 junio 1920.)—*E. Luengo*.

**3. Acerca del tratamiento natural y artificial de la tuberculosis por el sol y el clima, por el doctor H. Bach.**—Por lo que se refiere a la acción del clima lo interviene únicamente la soleación, sino también la presión atmosférica, la temperatura, la conductibilidad del aire, la humedad absoluta y relativa, las corrientes de aire. Además hay que tener en cuenta la posible mezcla del aire con el polvo, que es considerable en las ciudades. Por lo que hace al clima mismo, se ve que en todos los sanatorios con los climas más diversos se consiguen curaciones, y por otra parte en

todos los climas, incluso en los que se consideran como más favorables para la enfermedad se encuentran casos de tuberculosis en los indígenas. Evidentemente los tuberculosos que se han criado y han adquirido la enfermedad en países de mucho sol apenas si encuentran mejoría con la helioterapia, al paso que los que han vivido en países del Norte, donde escasamente han sufrido la influencia del sol, tienen un alivio grande de la enfermedad, por lo menos al principio, porque cuando se han habituado sus lesiones suelen dejar de mejorar y se presentan recidivas. Al parecer, lo que más conviene del clima a los tuberculosos es el cambio frecuente, con tal de que se haga por etapas. La acción señalada de los rayos del sol o de la lámpara de cuarzo, con la que se sustituye aquél para hacer la helioterapia artificial, se explica porque poco a poco va haciendo que se acumule pigmento en la piel, y éste no deja pasar los rayos ultravioletas, que son los activos. Por esto conviene no practicar la irradiación por espacio de meses sin interrupción alguna, sino que es preferible cada dos o tres meses hacer una pausa de una o dos semanas. En las tuberculosis externas debe emplearse, aparte de la irradiación general, la irradiación local, y si se quiere producir un efecto hiperémico, además de la luz ultravioleta se emplearán los rayos térmicos rojos. La luz roja puede secundar la acción de la ultravioleta, pero no sustituirla. En esto interviene mucho la actividad reaccional de la piel, porque Reyn advierte que ha obtenido mejor resultado en el tratamiento de lúpulos con la luz de un arco voltaico que con la lámpara de cuarzo; pero no advierte las propiedades de la piel en el caso del lupus. Ninguno de los remedios que se emplean hasta ahora contra la tuberculosis confiere al organismo nuevos medios de defensa contra la enfermedad; lo que hace es exasperar los que ya de por sí posee. En cuanto al caso particular de la piel, se supone que existe en ella una acción especial, que ha recibido el nombre de esofilaxia, en virtud de la cual produciría sustancias defensivas que se dirigirían hacia el interior. El autor resume su opinión en las siguientes conclusiones: «Son muy aconsejables los cambios temporales de clima y las interrupciones periódicas en la helioterapia natural y artificial. Sólo los rayos ultravioletas son los que tienen una acción general sobre todo el organismo. Únicamente se puede esperar resultado de aquellas fuentes de luz que dispongan de abundante cantidad de rayos ultravioleta; por eso la helioterapia natural en las regiones poco elevadas no puede sustituir a la helioterapia de las montañas ni al sol de las alturas artificial. Hay que tener en cuenta la constitución y la función de la piel, que son diferentes para cada individuo. Los resultados duraderos de la helioterapia no pueden esperarse más que en los casos en que las fuerzas defensivas del organismo no desfallecen.»—(*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 15 de julio de 1920.)



### SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA EXTRANJERA

**1. La reacción de Bordet-Wassermann y la sífilis en los niños de pecho, en sus madres y en las mujeres en estado de gestación, por los doctores P. Nobecourt, profesor auxiliar de la Facultad de Medicina, y H. Bonnat, Jefe de laboratorio de la Maternidad.**—Habiéndose manifestado desde la guerra un notable recrudecimiento de la sífilis, nos ha parecido interesante precisar su frecuencia en los primeros meses de la vida; para conseguirlo, hemos perseguido sistemáticamente su diagnóstico en todas las mujeres y niños de pecho que han recibido asistencia en la Maternidad desde el mes de Marzo de 1919, comprobando la observación clínica por una práctica extensa de la reacción de Wassermann.

Durante diez y siete meses, y siguiendo una técnica rigurosa, hemos practicado la reacción en el 21 por 100 de los niños y en el 23 por 100 de las mujeres embarazadas o que han dado a luz en la Maternidad.

Para la totalidad de las mujeres y los niños asistidos, las reacciones de Wassermann han sido positivas, respectivamente, en el 4,38 por 100 y de 4 por 100. Como el servicio médico de la Maternidad no recibe sífilíticos solamente, sino enfermas de toda naturaleza, se puede admitir que esta proporción indica, aproximadamente, *la frecuencia de la sífilis en la población femenina y en la primera infancia.*

Este porcentaje adquiere tanto más valor, cuanto que la proporción de las reacciones de Wassermann positivas, en relación con las negativas, es de un 18 por 100, aproximadamente, ya se hayan practicado en las mujeres y en los niños, junta o separadamente.

*Las reacciones de Wassermann positivas* se han producido siempre en sífilíticos manifiestos o latentes.

*Las reacciones de Wassermann negativas* se han encontrado casi siempre en mujeres o en niños que no eran sífilíticos.

El caso de que, siendo la mujer sífilítica, dé reacción negativa, se puede explicar, ya por el tratamiento seguido anteriormente, o por la existencia de una heredo-sífilis y no de una sífilis adquirida.

En los niños, la reacción de Wassermann ha resultado algunas veces negativa, aunque existían presunciones de existencia de enfermedad específica, tales como hipotrofia, caquexia, distrofias óseas; en tales casos, después de reactivación (en caso de duda se debe siempre recurrir a ella), unas veces ha dado positiva, y en otros ha continuado siendo negativa. En parecida circunstancia, el examen clínico de las madres y las reacciones negativas de sus sueros nos ha permitido eliminar la sífilis. Estos hechos nos muestran que las reacciones negativas, interpretadas con vigor, tienen bastante valor.

*El estudio comparado de la sangre de las madres y los niños* nos aporta interesantes precisiones.

Lo más frecuente (89,69 por 100 de casos) las reacciones han resultado paralelas en los dos, sean positivas o negativas. Positivas, implican la sífilis; negati-

vas, nos permiten eliminarla, salvo en casos particulares en que se imponen reservas; se puede explicar que los niños estén indemnes, a pesar de ser positiva la reacción de la madre por el hecho de que ésta haya sido sometida a tratamiento oportuno antes de la concepción, o que la reacción positiva se deba a una heredo-sífilis maternal. Muy raramente (10,29 por 100) las reacciones de Wassermann han estado en desacuerdo. El hecho se explica cuando—caso más presente—la madre daba una reacción positiva por una sífilis post-concepcional o por una heredo-sífilis maternal.

Sólo queda inexplicable el hecho excepcional en que sólo el niño dé una reacción de Wassermann positiva. (De la *Presse Medicale*, 20 de octubre de 1920.)—R. P.

### BACTERIOLOGÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Los peligros de la sal de mesa.**—El profesor Rappin, director del Instituto Pasteur de Nantes, leyó recientemente un trabajo interesante sobre «Los peligros de la sal de mesa», en la reunión de la Association française pour l'avancement des sciences, que acaba de celebrarse en Estrasburgo. La sal de mesa puede convertirse en el punto de partida de cambios peligrosos y procesos fermentativos, no sólo en los departamentos industriales de comestibles, sino en la cocina misma. La sal no inhibe la vitalidad de los microorganismos, para cuya destrucción se usa comúnmente. Si se recoge descuidadamente, sin precaución alguna de las minas y salinas, la sal contiene entonces grandes cantidades de microorganismos, capaces de afectar las cualidades preservativas de los alimentos, a los cuales se les añade para su conservación. Los experimentos demuestran que el bacilo del ántrax resiste la acción de una solución saturada de sal por dos días; el bacilo de la erisipela y los estreptococos sobreviven veinte días de inmersión; el bacilo tifóidico y el estafilococo viven durante cinco meses; el bacilo diftérico permanece activo después de tres semanas, y el tuberculoso, aun después de tres meses. Solamente el colibacilo y el vibrión cólico, parecen ser más vulnerable. Aun después del refinamiento corriente, la sal contiene un buen número de microorganismos. Rappin ha encontrado por ejemplo, en un gramo de sal, de 1,3000 a 38,000 bacterias y de 100 a 400 hongos. Estas cifras son mayores si el examen se efectúa en sal sucia o cruda, en las cuales se hallaron entre 6,000 y 51,000 bacterias por gramo, y, en varios casos entre 76,000 a 300,000, variando la cantidad de hongos entre 150 y 700. La salmuera, para conservar encurtidos, contiene todavía más microbios. En una muestra de salmuera para carne de cerdo, preparada dos meses antes, el número de colonias el octavo día llegó a 960,612 por centímetro cúbico. Según el profesor Rappin, es indudable que cuando las empaquetadoras usan sal sucia en el queso y mantequilla, por ejemplo, causan graves males.—(*Edición Española The Journal*, A. M. A. 9-15-920).



# EL SIGLO MÉDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

## 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

#### Piensa el fraile...

El periódico que se dice *órgano* de los médicos titulares (como si hubiese algún periódico profesional que no lo fuera), constante en su sistema de empezar el *Credo* por el Poncio Pilato, nos acusa de que al publicar la Real orden relativa al pago de los médicos de partido, omitiéramos el nombre del director de dicho periódico y el de otro respetable compañero (Sr. Aranda). Mal nos lee el que tal escribe, puesto que al ocuparnos del asunto, decimos claramente:

«Fueron necesarias las instancias individuales de muchos médicos y farmacéuticos, la colectiva del presidente de la Asociación de Médicos Titulares y las gestiones de muchas personas interesadas en la reivindicación de justicia que el asunto representa.»

Resulta, pues, que no existe semejante omisión en cuanto al señor Almarza se refiere. Bien hubiéramos querido poderle mencionar también como representante de la Junta de Patronato, entidad oficial única a quien el asunto correspondía, y, que por cierto, no ha parecido por parte alguna.

Por lo demás, a nosotros nos tiene sin cuidado que tal o cual señor hable con *altos empleados* anónimos o con bajos empleados; firmes en nuestra conducta de siempre, hacemos lo que podemos, conseguimos lo que nos es dable, y decimos con claridad que no nos damos por satisfechos ni cejamos en ir consiguiendo lo que de un golpe no se ha podido conseguir, según el mismo colega confiesa, dándose por ofendido en la supuesta omisión de sus trabajos para conseguir una Real orden que luego moteja de inútil y aun de nociva.

Pero nos importa explicar lo ocurrido para que nadie pueda dudar de nuestra sinceridad. La Real orden en cuestión, va precedida de la enumeración de los nombres de los médicos y farmacéuticos que hasta su fecha habían acudido al Ministerio de Hacienda en reclamación, no bien tramitada de sus derechos y después de enumerarlos comienza la parte dispositiva, que

es la que importaba (buena o mala) a la opinión médica. Comprenderán fácilmente nuestros lectores que el publicar dichos nombres no era de gran necesidad, dado que si a alguno podían satisfacerle, a nuestros enemigos pudieran servirles de argumento para decir que eran pocos. Además cuando una disposición oficial procede de la instancia personal de un interesado, muchas veces se omite este origen o se sustituye por una fórmula general de «vistas las instancias presentadas» o «vista la instancia de Don N., N.»

En resumen: nosotros nada hemos omitido, y aun al contrario, hemos mencionado en lugar preferente lo que por lo visto interesaba al colega, quien después de todo, si estima mala la Real orden, no tendría por qué ofenderse, dado que la omisión existiera.

La cuestión está en más alta aspiración: en la de que se nos conceda el pago por el Estado, *reconociéndonos funcionarios suyos*, no por el procedimiento infantil que propone el órgano de la Asociación diciendo como resultado de su conversación con un *alto empleado*: «el problema es sencillísimo si el Gobierno quisiera resolverle. Bastará con que abone al médico la cantidad que el Ayuntamiento no le paga, y después se le exija a éste.» ¡Claro que bastaría eso! Pero para saber la cantidad no pagada se necesita una justificación del débito y a esta justificación es a la que con más o menos acierto se endereza la Real orden. No creemos que ni en España, ni en América, ni en la Indo China haya un Gobierno que al decirle un interesado que otro individuo o una entidad oficial le debe una cantidad, la pague para luego cobrarla él, sin enterarse de si tal débito es legítimo y exacto; y al enterarse de ello, caerá necesariamente en la tramitación que marca la Real orden o en otra análoga, más o menos perfeccionada. ¡Qué fácil es hablar de las cosas, y qué difícil entenderlas por parte de algunos *altos funcionarios*.

Dejémonos de tiquis miquis, y sigamos trabajando por la declaración del carácter de funcionarios públicos remunerados por el Estado, que es lo que interesa a nuestros compañeros, y... quien ha conseguido lo menos, conseguirá lo más.

DECIO CARLAN



## EL AGENTE DE SANIDAD

A propósito de la nueva organización de la Sanidad Civil en España, propuesta ya para la creación de un Ministerio o Dirección general de Sanidad, se me ocurre enviar al periódico de su digna dirección este artículo.

*Es de imprescindible necesidad la creación de un Cuerpo de Vigilancia de Sanidad, a semejanza de los ya existentes en España, como lo es el de la Guardia civil, si se quiere evitar, en gran parte, los focos de infecciones ocultas, precursores de epidemias aterradoras y desconsoladoras.*

Ya hace algún tiempo que la prensa en general, y muy especialmente la profesional, viene lamentándose del estado deplorable en que se encuentra la Sanidad pública en nuestra patria, del aterrador incremento de las enfermedades, de los estragos ocasionados por la gripe, viruela, difteria, tuberculosis y otros muchos procesos patológicos que sería ocioso exponer, los cuales se han adueñado de nuestra nación; es decir, se han hecho endémicos y han arraigado en ella con tan profundas raíces que a pesar de los meritisimos trabajos llevados a cabo por todas nuestras eminencias médicas, continúan enseñoreándose y monopolizando el derecho de elevar la cifra de mortalidad hasta el extremo de que al solo anuncio de una epidemia, por benigna que sea cunde la alarma, el pánico, el desaliento, el desorden y como secuela de esto, la imprevisión y el abandono en los servicios sanitarios, no por falta de aptitudes ni capacidad científica de los directores, sino por el miedo que se apodera del ánimo más sereno y capacitado por la influencia alarmante de las masas populares, dando lugar, desgraciadamente, a una serie de disposiciones gubernativas que se repelen en vez de compenetrarse y a una diversidad tan variable de procedimientos y métodos curativos que hace aún mayor el cuadro estadístico de las bajas sociales, motivadas en su mayor parte por la falta de relación entre los pacientes, los médicos y los gobernantes, necesaria siempre, pero mucho más en estos casos.

Claro es que no somos nosotros los llamados a poner remedio a tan acerbos males; pero como ciudadanos amantes de nuestra España, y además, como profesionales, tenemos la obligación moral de contribuir al mejoramiento de la sociedad, y, por tanto, me voy a permitir lanzar una idea que bien pudiera servir como procedimiento para la nueva reorganización sanitaria, bien sea Ministerio o Dirección general de Sanidad, y ser un medio eficaz, si no definitivo al menos, para aminorar, en parte, el lamentable atraso de las atenciones sanitarias; hay pues que reconocer que muchas dolencias precursoras de epidemias que constituyen latentes infecciones ocultas que pasan desapercibidas, por la sencilla razón de que *nadie se acuerda de Santa Bárbara hasta que truena*, sistema este poco lógico, pero muy español.

Es cierto y gustosos lo reconocemos, que España

cuenta con un Cuerpo distinguido de Inspectores provinciales, subdelegados de Medicina, dependientes del Estado; que la mayoría de los Ayuntamientos tienen un servicio especial de médicos inspectores de Sanidad, que los médicos titulares vigilan y atienden cuidadosamente del estado sanitario de sus respectivos partidos; *que si en la mayoría no se lleva a efecto, es por los caciques de los mismos, que impiden la actuación sanitaria*, que existe una pleya de valiosa y nutrida de sabios higienistas; en fin, que tenemos muchos y buenos elementos directores, y, por consiguiente, debieramos estar a cubierto de ese terrible azote social llamado epidemia, o por lo menos, en condiciones de hacer frente a sus ataques y hacerle retroceder hasta sucumbir.

Pues bien, a pesar de todo, con tan excelente núcleo de profesores distinguidos, contando con innumerables parques de desinfección con tan valiosos medios de investigación analítica, el enemigo llega, se impone, lo invade todo y se hace dueño del campo, siembra la alarma y se lleva tras él un número cada vez más considerable de seres humanos.

Esto indica que hace falta algo más práctico, *que se acerque más al agente morbo, que si es posible lo adivine o lo investigue*, y conseguido esto, que lo vigile, lo persiga hasta entregarlo a la única autoridad competente cual es el médico.

Y como hay muchos asuntos que para ser bien entendidos requieren ser tratados minuciosamente y dárles cierto carácter de popularidad, única forma posible para apreciarlos, vamos a tomar como ejemplo uno: la seguridad personal de los ciudadanos.

La garantía social de estos ciudadanos está confiada a un Cuerpo distinguido bien organizado, llamado de Seguridad, policía gubernativa o Guardia civil.

El estado atiende cada día más y con esplendidez al sostenimiento de Audiencias, Juzgados, Direcciones generales, Jefes, Inspectores y Agentes de vigilancia. ¿Quiénes son estos últimos?

El Agente de vigilancia es el auxiliar del Inspector como éste, a su vez, de los jefes superiores. Cometido un hecho repugnante, escandaloso, punible, de esos que emocionan y excitan a las masas populares.

¿Qué norma de conducta es la indicada por estas autoridades para llevar la tranquilidad al espíritu de la sociedad intranquila que pide, indignada, el castigo de los culpables?

Muy sencillo. Los jefes superiores de los beneméritos Cuerpos antes mencionados estudian el caso, lo analizan, lo aquilatan y después ordenan; los subalternos, en cumplimiento de su deber, trabajan indagando y raro es el delito que logra burlar la acción de la justicia.

Pues con un sistema parecido al que nos hemos referido, quedarían subsanadas, casi en su totalidad, las muchas deficiencias de nuestra actual organización sanitaria.

Hace falta crear en España un Cuerpo especial de Agentes de Sanidad, que al igual de todos de los gubernativos, averigüen, indaguen, fiscalicen el foco de





infección, y si ésto no fuese posible, lo vigile e impida su evasión, y conseguido este fin, sólo resta ponerlo a disposición de la autoridad competente o tribunal de su superior inmediato, que lo es el médico inspector. ¿Quiénes son los llamados a ser estos Agentes de Sanidad, que serán verdaderamente auxiliares por sus conocimientos?, los actuales practicantes.

Las ventajas de estos son indiscutibles, bien organizados y previamente preparados, con solida instrucción científica, aunque sea elemental, no escaparía a la vigilancia de los Agentes sanitarios, en estado tan particular y característico que precede siempre a la invasión variolosa, diftérica, tífica, gripal y otras; porque hay que reconocer que el médico, debido a sus muchas obligaciones, y en especial el rural, al médico de partido, que tenga hasta once pueblos que visitar, como su servidor los ha tenido, y hoy, en la actualidad, lo sirve otro colega, no puede descender siempre a la categoría de vigilante de la salud pública, y además, en la mayoría de los casos, se requiere su presencia mucho después de la presentación o aparición del mal.

Y como éste es evidente, el único recurso eficaz y práctico es *intercalar entre el factor humano* y el médico un medio de comunicación seguro y rápido que impida la invasión microbiana, detenga su marcha y facilite al personal directo los elementos de comprobación necesarios para atajar, impedir de una vez y exterminar definitivamente los gérmenes infecciosos, estigma vergonzoso de los países civilizados.

Estas y otras muchas consideraciones que podríamos aducir en defensa y apoyo de nuestras aspiraciones, nos afirman aún más lo que decimos; es de urgente y perentoria necesidad, de positivos resultados, de alto interés nacional, y quizá el elemento más necesario para llegar a la resolución del problema sanitario social, la creación inmediata de un Cuerpo especial subalterno de Agentes sanitarios, constituido integralmente repito, por practicantes, pues sólo a éstos corresponde como auxiliares del médico, y cuyo ingreso fuese por oposición con programa adecuado a las obligaciones y deberes del cargo y con garantía para hacer valer su autoridad médico-social, dentro de cada vigilante sanitario en su respectiva demarcación.

Conste que esta proposición, buena o mala, aceptable o no, no está inspirada en banderías de clase, ni en intereses personales, sino generales.

Mi propósito es contribuir con esta idea al saneamiento del suelo nacional, poniendo a la disposición de nuestros superiores nuestro modesto concurso, y si de la unión de todos se obtiene el supremo beneficio de hacer que desaparezcan de España esas plagas que desbastan y aniquilan a la humanidad, cuyo nombre es sobrado para llevar el terror al seno de nuestros hogares, nos consideramos altamente recompensados, entre otras razones, por la inmensa satisfacción de haber cumplido con los deberes profesionales de conciencia y de ciudadanos.

FERNANDO AUSIN MARIN

Santo Domingo de Silos (Burgos).

## RECURSOS

**Artículo adicional.** Esto se conseguiría con las mismas igualas de las familias, a modo, como lo hace el Estado, por mediación del ministerio de Hacienda para el pago de los señores maestros, por medio del talón de los contribuyentes de cada pueblo con arreglo a su amillaramiento, y haciendo consignación en dicho talón, lo mismo que lo hace para la enseñanza el tanto por ciento, pues así mismo se dirá en cada talón: por sanidad, tanto por ciento, medio por el cual el Estado pudiera satisfacer el pago de los médicos, y a la vez la titular y dinero para hacerlo efectivo, inclusive las igualas; que por este procedimiento, el médico cobraría saneado la totalidad de sus honorarios, sin tener que intervenir con el igualatorio particularmente, y, por tanto, la cantidad íntegra de todo su partido, porque de esta forma que expongo a la mitad de este artículo, correspondería a cada familia unos céntimos por cada talón de la contribución que pagara, que sería su tanto por ciento trimestralmente.

EL AUTOR.

## Lecciones prácticas de Medicina histórica

El profesor auxiliar del Doctorado de Medicina, doctor D. José María Albiñana Sanz, pensionado en el Extranjero, ha comenzado a explicar en el Ateneo de Madrid un curso breve de *Medicina histórica*, de extraordinaria novedad en España, con arreglo al siguiente programa:

*Día 12 de noviembre.*—Primitivas trepanaciones craneales.—Instrumentos quirúrgicos de piedra.—Estudio especial de los embalsamientos egipcios.—Diferentes tipos de momias.—Vasos canópicos.—Medicina babilónica.—El culto a Esculapio en los templos griegos.—Ofrendas y ex votos.—Instrumentos médico quirúrgicos chinos.—Prótesis dental fenicia y etrusca.

*Día 19 de noviembre.*—Instrumentos quirúrgicos greco romanos hallados en Epheso y Erethria.—Hallazgo galo romano de Peronne.—Ventosas romanas.—Vasos de farmacia de la época romana.—Vendajes herniarios etruscos.—Los *spéculums* de Mérida y Pompeya.

*Día 26 de noviembre.*—Instrumentos quirúrgicos merovingios.—Recuerdos de la Medicina monástica.—Santos «especialistas».—Amuletos y talismanes, ofrendas y ex votos.—Instrumentos quirúrgicos árabes.—Un hospital en el siglo XIII.—Una cátedra de Medicina en el siglo XIV.—Aplicación del cauterio.

*Día 3 de diciembre.*—Medicina del Renacimiento. Enseñanza profesional: alumnos y maestros.—Solemnidades universitarias.—Demostraciones anatómicas.—Cirujanos y barberos.—La Medicina en la



pintura clásica.—Las «Lecciones de Anatomía».—Los urólogos.—Instrumentos quirúrgicos de los siglos XVI y XVII.—El «sacabalas» de arcabuz.—Ortopedia.—El «cinturón de castidad».—Una sala de locos en el siglo XVIII.

\* \* \*

Las conferencias serán públicas, ilustrándolas más de cien proyecciones, en negro y en colores, de reproducciones de momias, instrumentos, grabados y otros objetos, obtenidos por el conferenciante en los principales Museos de Francia, Bélgica, Holanda e Inglaterra.

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 17 DE ABRIL DE 1920

#### Lesiones nerviosas en la encefalitis letárgica, y su intervención.

EL DOCTOR LAFORA, corresponsal, dice que va a exponer algunas observaciones clínicas de las siete que ha recogido, una de ellas con autopsia, cuyo cerebro ha estudiado anatomopatológicamente. Se propone llamar la atención sobre las formas de localización que hacen fácilmente confundir la enfermedad con otros procesos focales.

El primer caso se trata de un individuo de Carravaca (Murcia), que venía diagnosticado de encefalitis letárgica, al parecer. Se quedaba dormido constantemente en todas partes (los demás signos, negativos). Acusaba cefalalgia fija en la región frontal izquierda, torpeza al andar. Sospechamos si se trataría de un tumor del lóbulo frontal. Se le estudió cerca de un mes, sin aparecer síntomas esenciales de la encefalitis letárgica; sólo acusó una ligera ptosis parpebral durante el sueño, y al despertar quedaba el párpado levantado. La percusión sobre el frontal producía intenso dolor. El pulso era de 104 pulsaciones, pero sin fiebre, lo cual se acomoda mejor a la encefalitis letárgica. Se hizo la punción lumbar, y, analizado el líquido, se demostró una ligera linfocitosis y un poco de aumento de albúmina. Se hizo una trepanación exploradora para ver si existía el tumor, realizada por el doctor Goyanes; hallóse un foco intensísimo, hemorrágico superficial, que podía haber sido de tumor con hemorragia o de encefalitis; pero lo notable era que se hallaba casi localizado al lóbulo frontal izquierdo. A los dos días subió la fiebre, y poco después se presentaron todos los síntomas de la encefalitis letárgica, de la que sucumbió. Hecha la autopsia se encontró que todo el hemisferio izquierdo del cerebro estaba invadido por el proceso encefálico hemorrágico; toda la piamadre del hemisferio izquierdo estaba completamente roja y

con depósitos sanguíneos en las fisuras del ventrículo izquierdo.

El último caso observado es el de una señora que, al regresar a Madrid desde Granada, un día no podía casi hablar. Pertenecía al grupo de localización, produciendo una afasia de evocación; cuando quería hablar sólo pronunciaba unas palabras y en seguida se quedaba sin poder seguir la conversación; además, se dormía y roncaba alguna vez; no había parálisis ocular, la temperatura era de 37°,5 y las pulsaciones de 104 á 115 por minuto. (Presenta la enferma y la interroga.)

El doctor Lafora dice que ha estado muchos días dudando acerca del diagnóstico de la enferma, hasta que todos los síntomas morbosos (focales, temperatura 37°,5, taquicardia y amimia) le han hecho suponer que se trataba de un caso de encefalitis letárgica. Se le hizo la punción lumbar, y ha sido el único caso en que el líquido ha aparecido amarillento, con la misma intensidad desde la primera gota a la última; se ha comprobado además un ligero aumento de glucosa y albúmina.

Ocupándose de la anatomía patológica ha encontrado que las lesiones radicaban principalmente en el hipotálamo y en el pedúnculo cerebral, en la región alrededor del acueducto de Silvio, y, sobre todo, en la proximidad del nervio motor ocular común, llegando por bajo hasta el bulbo, que está muy afectado. (Presenta algunas preparaciones donde se ven grandes infiltraciones vasculares en los vasos próximos al nervio motor ocular común, que va explicando a medida que las estudia, y lo propio hace con otras preparaciones.)

Luego se ocupa de la diferenciación de la encefalitis letárgica con la gripe, y cree, contra la opinión de los doctores Marañón y Fernández Sanz, que ésta es distinta de la referida encefalitis.

Cita algunas opiniones de autores que han estudiado las epidemias de 1918 y 1919 de encefalitis gripal en sus dos tipos, hemorrágico y purulento, y, sobre todo, la opinión de Marcus, profesor en Estocolmo, que en seis casos de encefalitis gripal, en ninguno de éstos habla de infiltración vascular con linfocitosis y con células plasmáticas, sino sólo de hemorragia y de alguna que otra célula plasmática encontrada en la piamadre; pero al describir estas células da el carácter de que no son verdaderamente tales, sino células de protoplasma muy grande, con un núcleo ovalado, y cuya característica corresponde enteramente a la de las células llamadas por su autor pseudoplásmicas, que proceden de los epitelios de los vasos en degeneración y de las células de la piamadre. Estas células o meningitis sépticas en muchas formas se encuentran en pequeña cantidad. Todo esto hace decir al doctor Lafora que, con los métodos histológicos modernos, no se han encontrado de ninguna manera lesiones parecidas a las que se encuentran en la encefalitis letárgica. Ahora bien: estas clases de lesiones son muy parecidas—idénticas por su naturaleza, pero diferentes en su reparto en el sistema nervioso—a las lesiones



que se han observado en varias enfermedades parasitarias, como son la parálisis general progresiva, la enfermedad del sueño, la poliomiélitis, la rabia, etc., que reacciona en forma de reacción linfóide, de células plasmáticas y linfocitos, a excepción de la tuberculosis del sistema nervioso y de la lepra.

Otra de las enfermedades que se semejan a la encefalitis letárgica es la poliomiélitis epidémica, por ser las reacciones de ambas enfermedades tan iguales; si bien las lesiones se diferencian en que en la encefalitis letárgica la intensidad destructiva no pasa de una infiltración con ligera destrucción local del sistema nervioso, lo que ha obligado a decir a autores ingleses que la encefalitis letárgica es a la poliomiélitis como el paratífus es a la fiebre tifoidea.

El doctor Lafora llama la atención de que cuando reinó la epidemia de gripe apenas se encontraba un caso de encefalitis letárgica, y viceversa; y concluye diciendo que los datos de anatomía patológica, los epidémicos y los clínicos casi le han convencido de que es una enfermedad diferente de la gripe, incluso de la gripe pandémica actual, y que, probablemente, es una enfermedad producida por un parásito y no por un microbio.

EL DOCTOR MARAÑÓN explica los fundamentos en que se basan algunos autores para asegurar que la encefalitis letárgica no es un proceso patológico relacionado con la gripe, sino que es una entidad perfectamente caracterizada, con una bacteriología específica y un desarrollo clínico de una cierta sistematización. Sus argumentos se refieren a tres puntos: absoluta diferencia que hay entre la sintomatología de las dos enfermedades; diferencias anatomopatológicas entre ambas, y descubrimientos bacteriológicos realizados últimamente. Comenta brevemente estos tres puntos, negándoles valor científico.

El Doctor Marañón se fija en lo dicho por el Sr. Rodríguez Fornos al referirse a la contención de síndromes hipofisarios en el curso de la encefalitis letárgica, y describe la obesidad y algunos otros trastornos que se pueden atribuir a la afectación de diferentes glándulas endocrinas, y principalmente a la hipófisis por el virus encefálico.

EL DOCTOR LAFORA rectifica brevemente, y dice que, al hablar de la anatomía patológica de la encefalitis gripal, ya refirió el estudio de Marcos con motivo de la epidemia de 1918 y 1919 en Estocolmo, en el cual viene estudiada detalladamente la encefalitis gripal, que coincide con los trabajos antiguos. Que la sintomatología de la encefalitis letárgica es enteramente típica; que cualquiera que haya estudiado y visto casos de localización de lesiones en las regiones próximas al acueducto de Silvio en meningitis tuberculosas, etcétera, habrá encontrado unos síntomas iguales o casi iguales a los de la encefalitis letárgica, es decir, que el sueño, la somnolencia, la parálisis del motor ocular común, el dolor de cabeza, la taquicardia, el atontamiento, no son más que síntomas focales. Que en muchos casos de encefalitis letárgica no se han presenta-

do síntomas de gripe, como la coriza, dolor de huesos, fiebre alta; nada que recuerde a la gripe. De modo que cree que el argumento histopatológico es el más absoluto de todos; el argumento epidemiológico ya es más elástico: lo mismo sirve para decir que es la misma enfermedad como para decir que es diferente; que por las condiciones de la última guerra ha habido enfermos portadores de gérmenes de un sitio a otro, y es natural que pueda haber una difusión de la epidemia gripal, lo mismo que de la encefalitis letárgica, en todo el mundo.

Dice que a él no le parece de fuerza suficiente el argumento epidemiológico, máxime cuando hay casos, como el de la epidemia de Viena, en que la epidemia de encefalitis letárgica se presentó cerca de dos años antes de la epidemia de gripe, y que en el Instituto Anatomopatológico no hay un solo caso autopsiado de encefalitis gripal en el primer año de encefalitis letárgica. Además, cuantas epidemias se presentan en un sitio complican la una a la otra, observándose epidemiológicamente toda clase de variaciones.

Insiste en que el argumento de la anatomía patológica, mientras no se tenga el argumento parasitológico que las diferencie, le parece el argumento más firme; y la diferenciación de los casos de encefalitis letárgica, generalmente, se ha hecho primero por la clínica, y luego por la autopsia se ha comprobado en todos que los casos de encefalitis letárgica clínica presentaban las lesiones de dicha afección; en cambio los casos como los de Marcus, que se consideraban clínicamente como de encefalitis gripal, resulta que anatomopatológicamente han dado también las características de otras epidemias de encefalitis gripal.

DOCTOR CESALDO

## Sección oficial

### MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN <sup>(1)</sup>

#### REAL ORDEN

Art. 15. Los inspectores residirán ordinariamente donde su función radique, teniendo su oficina en lugar decoroso de los gobiernos civiles, y no podrán ausentarse de la provincia sin licencia del Ministro o permiso de la Inspección general y conocimiento del gobernador.

Las concesiones de licencia por enfermedad, se regularán por las normas generales aplicables a los funcionarios de la Administración general del Estado.

Art. 16. Los inspectores provinciales de Sanidad tendrán derecho a usar en los actos oficiales a que concurren y en los de servicio, el uniforme aprobado por la Superioridad, además de las insignias y distintivos para que actualmente están autorizados.

(1) Véase el número anterior.

# SIL-AL

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



E) *Jubilaciones, correcciones, traslados y separaciones.*

Art. 17. La jubilación en el Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad se regulará por lo dispuesto en el Real decreto de 17 de junio de 1919.

Los inspectores que al llegar a la edad de la jubilación forzosa tuvieran más de diez y menos de veinte años de servicios, podrán continuar desempeñando sus cargos hasta completar este plazo, previo expediente de capacidad, que deberá instruirse todos los años.

Art. 18. Podrán imponerse a los inspectores provinciales, por faltas cometidas en el ejercicio del cargo, los castigos y correcciones disciplinarias consignados en el art. 60 del Reglamento para la aplicación de la ley de 22 de julio de 1918.

El traslado acordado como castigo sólo podrá ser ordenada:

1.º De oficio, con expresión, en este caso, de la causa que lo justifique, acreditada en expediente gubernativo con audiencia del interesado e informe de la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, favorable al traslado. Las faltas que puedan dar lugar a la traslación forzosa serán las señaladas como graves en el artículo siguiente, que no den lugar a la separación, y, además, cualquiera infracción de los deberes que imponen las disposiciones vigentes y consignadas en este Reglamento, siempre que de ella resulte perjuicio grave al buen servicio.

2.º En el caso de que hayan sido impuestas por el inspector general al provincial, oyendo a la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, tres multas en su grado máximo.

Dos traslados en el intervalo de tres años determinarán la suspensión de empleo y sueldo en el grado informado por la Comisión permanente del Real Consejo de Sanidad, y si fuese ordenado por más de seis meses llevará unida la pérdida de puesto en el escalafón.

Los inspectores provinciales de Sanidad podrán ser separados definitivamente de sus cargos, con baja en el escalafón respectivo, por falta cometida en el ejercicio del cargo que se declare grave en el expediente gubernativo que al efecto habrá de instruirse, con audiencia del interesado e informe del Real Consejo de Sanidad en pleno.

Art. 19. A los efectos de las correcciones señaladas en el artículo anterior, serán faltas graves las que consistan en evidente falta de celo e inteligencia en el desempeño del cargo; el abandono del servicio, la insubordinación, la emisión a sabiendas, o por ignorancia o negligencia inexcusable, de informes manifestamente injustos o la adopción de acuerdos con las mismas circunstancias; la informalidad en el despacho de los asuntos cuando perturben sensiblemente el servicio; la negativa a prestar servicios extraordinarios en los casos en que se ordene por imponerlos necesidades de urgencia o inaplazable cumplimiento;

las faltas de probidad o que afecten al decoro, y las constitutivas de delito.

F) *Dietas e indemnizaciones.—Sustituciones.*

Art. 20. Los inspectores provinciales de Sanidad que hayan de abandonar su residencia legal para asuntos del servicio en los casos especificados en el capítulo II de este Reglamento, y previa o subsiguiente autorización necesaria, percibirán, además de las dotaciones propias de su cargo, las dietas y gastos de viaje preceptuado por las disposiciones vigentes.

Iguales dietas y gastos de viaje percibirán en las comisiones extraordinarias que con cargo a los presupuestos generales les encomiende la Superioridad. También devengarán las mismas dietas en los servicios que afecten a las Corporaciones provinciales o municipales, o a los particulares.

Art. 21. Los inspectores provinciales que se hallen enfermos, ausentes de su residencia, o disfrutando licencias legales, serán sustituidos en el desempeño de sus cargos por el subdelegado de Medicina de la capital de la provincia, el más antiguo donde haya varios, cuyo nombramiento hará el gobernador civil, dando conocimiento a este Ministerio.

## CAPITULO II

### FUNCIONES Y DEBERES

#### DE LOS INSPECTORES PROVINCIALES

Art. 22. Los inspectores provinciales de Sanidad han de procurar en todo momento y del modo más completo posible el estado sanitario de la provincia, tanto en lo que respecta a deficiencias higiénicas que puedan influir en la salud pública, muy especialmente en lo que se refiere a la existencia de enfermedades infecciosas. A tal fin ha de aplicarse la Inspección provincial a mejorar incesantemente y por cuantos medios estén a su alcance, el cumplimiento de las disposiciones relativas a la declaración de las enfermedades evitables o infecciosas, por médicos, funcionarios sanitarios y Autoridades locales, y a la obtención de los partes que deben dar los Juzgados municipales de toda defunción por enfermedad infecciosa que se inscriba en sus Registros.

Art. 23. El inspector provincial exigirá de los inspectores sanitarios de distrito, alcaldes e inspectores sanitarios locales, el parte diario de las defunciones que ocurran en cada localidad, con arreglo a impresos, en los que en casillas especiales deberá hacerse constar, por lo menos, la fecha del primer caso observado de cada enfermedad infecciosa, el número de los ocurridos hasta el día del parte, el de los terminados por defunción y el de los que quedan en tratamiento.

Art. 24. Deberá interesar una información complementaria cuando la primeramente facilitada fuera deficiente, sobre las causas de origen del primer caso de toda infección que se dé en la localidad y sobre todo los modos y vías por los que se han generado los sucesivos.

Art. 25. Cuando estime conveniente o necesaria

**TOLUDEN**  
Pelrid's Co., New-York

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

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



una información complementaria directa, solicitará la necesaria autorización de visita de la Inspección general de Sanidad, trasladándose, una vez que la obtenga, al lugar donde hubiera de realizar la información, anunciando previamente su visita, siempre que fuera posible, tanto al inspector sanitario de distrito como a la autoridad local. Sólo en caso de excepcional urgencia realizará éste visitas sin autorización, pero siempre dando conocimiento previo a su salida a la Inspección general.

Art. 26. Estudiará detenidamente el parte mensual que sobre enfermedades infecciosas y estado sanitario general higiénico de las localidades, deben remitirle los inspectores sanitarios de distrito, y donde no los hubiere, las autoridades locales e inspectores municipales de Sanidad.

Art. 27. Cuando estos informes mensuales de los inspectores de distrito, o alcaldes e inspectores locales no resultasen, a su juicio, claros, completos o satisfactoriamente documentados, exigirá de dichos inspectores o de los alcaldes e inspectores locales la información complementaria conveniente.

Art. 28. Se ordenará a los inspectores de distrito o alcaldes e inspectores locales, información urgente sobre todo caso de enfermedad infecciosa que se le denuncie, cuya existencia llegue a su conocimiento antes de tenerlos por los partes respectivos.

Art. 29. Advertirá a los inspectores sanitarios de distrito, alcaldes e inspectores locales, de todo cuanto llegue a su conocimiento y que pueda afectar a la salud pública de los respectivos distritos y las localidades.

Art. 30. Advertirá especialmente a los de aquellos distritos en los que, por su frecuente comunicación con otros, existencia de corrientes de agua común, etc., sea más necesario el conocimiento de toda alteración de salud pública de los próximos.

En ciertos casos ordenará se establezca una comunicación constante y directa entre inspecciones de distritos limítrofes o de interdependencia mútua sanitaria. Esta comunicación constante directa podrá ordenarse por la Inspección general de Sanidad entre distritos de distinta provincia o entre provincias de gran interdependencia sanitaria.

(Se continuará)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,9; ídem mínima, 697,8; temperatura máxima, 15°,3; ídem mínima, 5°,4; vientos dominantes, SE. NE.

Los reumatismos articulares y los musculares agudos; las exacerbaciones de las formas crónicas, las neuralgias y parálisis *a frigore*, siguen siendo frecuentes, así como las anginas benignas. La escarlatina disminuye. Las enterocolitis infantiles también están en descenso.

## Crónicas

**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.

**Traslado de consulta.**—El doctor Márquez, catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina, y su esposa la doctora doña Trinidad Arroyo, han trasladado la consulta a su nuevo Sanatorio, construido *ad hoc*, en la calle de Moret, núm. 7, entre las de Rosales y Ferraz, y frente al Parque del Oeste.

**Nuevos redactores.**—Han entrado a formar parte de la Redacción de EL SIGLO MEDICO los Sres. D. Federico Toledo y D. Antonio Salvat, distinguidos compañeros, ventajosamente conocidos del público médico por sus estimables trabajos científicos y profesionales.

Ambos colegas pertenecieron a la extinguida *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*.

**El conflicto de Almería.**—La falta de pago de los empleados provinciales sanitarios ha llegado en esta capital andaluza al extremo de no ser pagados en algunos establecimientos desde hace cuarenta meses. El no poder considerarse comprendidos los servicios provinciales, a lo que parece, en la disposición legislativa que ampara a los funcionarios municipales, el espíritu autonómico de nuestra Ley provincial y las violencias del caciquismo, tradicionales en esta región de nuestro país, crean una situación verdaderamente insostenible para los médicos y farmacéuticos que de la Diputación provincial de Almería dependen.

Las gestiones hechas cerca del ministro de la Gobernación han tenido por resultado la formal promesa, por parte de éste, de que el gobernador civil de aquella provincia pondrá en juego, con toda energía, los recursos legales de que puede disponer; pero... ¿basta esto? Si gan tomando nota de estos casos los amantes de las segregaciones, las autonomías y los regionalismos.

**Vacante en el Instituto de Alfonso XIII.**—La *Gaceta* del 31 del pasado publica el anuncio de concurso de la jefatura de la sección de Vacunación del Instituto de Higiene de Alfonso XIII. que se halla vacante, sacándola a concurso-oposición entre el personal del mencionado Instituto, debiendo presentar los aspirantes sus solicitudes hasta el 14 del actual.

**Junta directiva de la Beneficencia provincial.**—En votación celebrada por la Asociación de Alumnos Internos de la Beneficencia provincial de Madrid, fué nombrada la siguiente Junta directiva: Presidente, D. Juan A. Cejudo; Vicepresidente, D. Julián Azcona; Secretario, D. Antonio Palau; Tesorero, D. Eufemio G. Asenjo; Bibliotecario, D. Antonio F. Martín; Vocal, D. Jesús Fontes, e Interventores: D. José F. Pacheco y D. José María Ainsúa.

**Consultas públicas.**—El Real Dispensario Antituberculoso Príncipe Alfonso (paseo Imperial, 6) ha realizado, en el pasado mes de octubre, 905 asistencias, admitiendo 55 enfermos de nuevo ingreso y rechazando a 22 por no ser tuberculosos ni pobres.

## 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.



**Por las Clínicas de Europa.**—El segundo tomo del formulario crítico, letras B y C, que consta de 583 páginas, se halla a la venta en la administración de este periódico al precio de cinco pesetas, más una por gastos de envío.

Del primer tomo, agotado, se hará una segunda tirada con la brevedad que nos sea posible, y también le pondremos a la venta.

**Índice.**—Con el número del día 30 de octubre incluimos el índice general correspondiente al año pasado, que no hemos podido repartir hasta ese día por causas bastante ajenas a nuestra voluntad.

El del año actual procuraremos (si huelgas y otras circunstancias no lo impiden) repartirlo con el primer número del año próximo.

**Sobre el comercio de substancias tóxicas.**—La *Gaceta* ha publicado la siguiente Real orden del ministerio de la Gobernación:

«S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo propuesto por la Inspección general de Sanidad y lo informado por el Real Consejo de Sanidad, se ha servido disponer que los mencionados artículos 4.º y 6.º del expresado Reglamento se aclaren en el sentido de que no imponen la obligación de importar los referidos productos en envases de determinada magnitud, sino la de que las expediciones sean de cierto peso mínimo, pudiendo estar constituidas por envases de origen de cualquier peso; pero de tal suerte, que, si se trata del opio o de sus derivados y de la coca del Perú, no sea la expedición inferior a tres kilogramos, y si se trata de alcaloides del opio, cocaína y antipirina, no sea inferior a 500 gramos la cantidad que constituya la expedición.»

**Protección a la infancia.**—Reunida la Comisión ejecutiva y la sección primera del Consejo Superior de Protección a la Infancia, acordaron dirigirse al Gobierno y a cuantas autoridades tengan relación con el problema para pedirles que se realice en Madrid una activa e intensa campaña en favor de la infancia abandonada, en evitación de que haya niños que mendiguen por las calles y que duerman a la intemperie. Asimismo se acordó solicitar del ministro de la Gobernación que se cree la Inspección de Asistencia pública, a los efectos de que haya unidad de acción para la represión de la mendicidad y de la vagancia, creando Colonias benéficas, agrícolas e industriales.

**Academia de Medicina de Río Janeiro.**—Ha reelegido para su Junta Directiva al Dr. Miguel Couto, como Presidente; el Dr. Alonso de Castro, Vicepresidente; los doctores Galíeld de Almeida y Belmiro Valverde, primero y segundo secretarios, respectivamente, y el Dr. Olympio de Fonseca, secretario general.

**Campaña contra el tifus.**—En una de las últimas sesiones celebradas por el Consejo de la Sociedad de las Naciones, el Consejo acordó pedir a las potencias asociadas, que intervengan con mayor eficacia en la lucha internacional emprendida contra el tifus.

En el mismo diario en que leemos este telegrama se publica otro procedente de Orense en que a la letra se dice:

«En el pueblo de Reigada se han presentado con carácter epidémico las fiebres tíficas.

Pasan de cuarenta los vecinos atacados. Las defunciones ocurridas hasta hoy son doce.

Se atribuye el origen del mal a las malas condiciones de salubridad del agua.»

Al presente número acompañamos un prospecto del **LABORATORIO Y FARMACIA AMERICANA**, Carrera de San Jerónimo, 1, Madrid, cuya lectura recomendamos por contener importantes explicaciones sobre la **CREMA GELNOVA** y **ANTI-PERNIO «BEL»**.

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

## 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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por  
**JOSÉ ROBERT Y SOLER**  
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO

FARMACIA ROBERT - Laura 74  
BARCELONA

**GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE**



Imprenta Cardenal Cisneros, 47.—Madrid.—Teléf. J. 923.