

# 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.

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

**V. CORTEZO**  
Profesor del Instituto Alfonso XIII.

**L. ELIZAGARAY**  
Médico del Hospital General de Madrid.

**A. FERNÁNDEZ**  
Alumno de Medicina.

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

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

**F. GONZÁLEZ AGUILAR**  
Director-Médico del Instituto Cervantes.

**J. GOYANES**  
Cirujano del Hospital General de Madrid.

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

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

**F. LOPEZ PRIETO**  
Ex-Médico-Titular.

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

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

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

**B. NAVARRO CÁNOVAS**  
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

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

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

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

**P. DEL RÍO HORTEGA**  
Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.

**G. RODRÍGUEZ LAFORA**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

**JOSÉ SANCHIS SANUS**  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.

**F. TELLO**  
Sub-Inspector General de Sanidad.

**L. URRUTIA**  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

**SUMARIO:** Sección científica: Algunos conceptos modernos sobre la potencia sexual, por el Dr. Angel Pulido Martín.—Gibraltar: Apuntes para un estudio sanitario, por Víctor M.<sup>a</sup> Cortezo.—Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento, por el profesor Márquez.—Nuevo preparado de salvarsán, por el Dr. José Mouriz.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—El profesor Jorge Marión.—El caso de Checa, por José Bosque.—Necrología.—Sociedades científicas: Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Ginecológica Española, por Cospedal (hijo).—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## Algunos conceptos modernos sobre la potencia sexual

POR EL

DOCTOR ANGEL PULIDO MARTIN

Del hospital de San Juan de Dios

El problema de la potencia sexual es de los que más preocupan al hombre. La función generadora es doblemente sagrada, consiente la procreación y alegra la existencia, cuantos esfuerzos se hagan para mantener esta función dentro de los límites fisiológicos deben ser considerados con interés y simpatía por los médicos que hasta ahora han afectado no estudiar el tema abandonándolo a charlatanes y curanderos que han aprovechado los prejuicios y la ignorancia de quienes más obligados estaban a tener un concepto basado en la observación y en la experimentación ni más ni menos que en los otros dominios de la clínica.

La aparición del libro de Voronoff, en francés; de los trabajos de Steinach y Lichtenstern en alemán y de la sexta edición del libro de Vecki en inglés, dan nueva actualidad a algunos de los puntos relacionados con la función sexual.

La función sexual aparece como una de las caracte-

risticas de los seres vivos durante cierto periodo de su existencia. El animal al envejecer pierde paulatinamente el interés por el sexo opuesto. Es curiosa la gradación que se observa en el laboratorio, en algunos machos puestos ante las hembras para estudiar sus apetencias sexuales. La rata hembra en celo excita furiosamente al macho de manera tan constante, tan fatal, que se apravecha esta reacción para el estudio de las distintas actividades glandulares. Si la hembra no está en celo, el macho la persigue y ella se defiende. Con la edad, el macho pierde poco a poco la susceptibilidad de ser excitado, al principio el interés continúa pero la acometida es menos violenta, luego el animal se satisface con una persecución y algunos juegos y, por último, apenas si dirige una mirada triste, que pasa a ser indiferente a la rata en celo, pero si en esa rata macho decrepita, senil, continente por falta de apetito durante un periodo igual a la cuarta parte de su vida se activa la glándula testicular, asistimos a un verdadero rejuvenecimiento, el animal ofrece todos los caracteres sexuales de su época de mayor vigor, no sólo en su ataque a la hembra, sino en la atención a la propia limpieza, en el interés que toma por cuanto le rodea y muy particularmente en la agresión furiosa a los rivales.

Los autores hasta hace poco tiempo afirmaban que no hay afrodisiacos, que el afrodisiaco debía encon-





trarse tapado por la piedra filosofal, pero la verdad es que la lectura de los trabajos de Voronoff y Steinach permite entreabrir a la esperanza una ventana que ya se daba por tapada. Parece que los injertos de glándula testicular (Lydston, Stanley Voronoff) y su imitación (Steinach) van seguidos de un aumento en la vitalidad del sujeto, no sólo por la actividad de esa glándula sino por que ella misma pone en acción otras y todas despiertan durante un período más o menos largo que termina cuando la célula cerebral se agota.

Se buscarán los elementos activos de la glándula testicular y se intentarán terapéuticas antiquísimas con nombres modernos, los filtros serán sustituidos por las hormonas. Conviene saber que hay en esa dirección un camino, pero debemos a nuestra sinceridad el asegurar que todavía no se percibe la meta. En este campo de investigaciones la Ciencia, nadie puede dudarlo, nos reserva descubrimientos sorprendentes, pero no nos precipitemos, todavía no hemos pasado del principio.

El problema de la sexualidad con sus derivados, de la homo y de la hetero sexualidad son estudiados por investigadores austeros, tal vez una de las conclusiones más simpáticas evite explicación de la homosexualidad, suprime las glándulas sexuales a un animal, antes de que se deje sentir su acción, son sustituidas por las glándulas del sexo opuesto y el animal adquiere caracteres y apetencia del sexo, cuyas glándulas se le inyectaron... Si gracias a estos trabajos, fueran considerados los homo sexuales congénitos, desde un punto de vista científico, y se llevan a la teratología sacándolos del ridículo y del crimen donde la ignorancia les ha tenido hasta hoy, se habría hecho una obra buena, que siéndole comprensiva resultará de caridad.

Las investigaciones que hasta ahora hemos mencionado, no tienen por único fin excitar la función genérica, si ésta se exalta es sólo como una entre las demás actividades del organismo, del mismo modo que se activa la inteligencia se mejora la nutrición, aumenta el peso, se robustecen los músculos y se rejuvenece el animal. Más íntimamente relacionados con el apetito sexual y sus perturbaciones se encuentran los estudios de Freud y los psicoanalistas para quienes no todo es sexo en la mente humana, pero toda la mente humana está impregnada por el sexo. Los experimentos de los autores que han hecho implantaciones testiculares dan un apoyo somático a esta teoría. Las secreciones, increciones que dice Steinach, procedentes de la glándula testicular ya directamente, ya por acción sobre otras estructuras del cuerpo capaces de increciones, llegan a la célula cerebral como uno de sus alimentos llevados por la sangre e influyen sobre su actividad.

Como uno de los tiempos de la función sexual es la erección y ésta pertenece al grupo de los reflejos llamados psíquicos en los cuales los centros superiores coadyuvan a la acción de los medulares, nadie ha dudado, desde la más remota antigüedad en la frecuencia de las impotencias psicogénicas, las que dan una cáustica tan grande que por sí solas llenan casi este capítulo de la patología. Cuanto dé al hombre seguri-

dad en sí mismo será útil para restablecer el dominio de su función sexual, ese es el triunfo de los curanderos y farsantes que no dudan en hacer afirmaciones categóricas sobre la eficacia de prácticas y productos y lo natural sucede, el enfermo se tranquiliza, confía en sí y... se obra el milagro que no supo alcanzar el médico con sus distintos, su excepticismo y su indiferencia para estos problemas tan importantes como puede serlo cualquier otro. El médico tiene mil recursos para actuar directamente sobre la mente del enfermo sin perder su dignidad. Cuando la idea o el temor han penetrado en la psique del enfermo hasta llegar a lo que se denomina su subconciencia, para arrancar de allí ese verdadero cuerpo extraño, se acude al psicoanálisis de Freud; en estado hipnótico o de Sísifos al hipnotismo, a la escultura automática, al método de asociaciones orales... Reus de San Francisco (citado por Vecchi) refiere la historia de un soltero de treinta años, que se quejaba de impotencia desde hacía tres. Físicamente normal ofrecía síntomas psiconeuróticos. El análisis en estado hipnótico descubrió la siguiente historia: tres años antes, el enfermo fue sorprendido en actitud comprometida con una mujer, esto le produjo tal shock que suspendió durante algún tiempo toda relación sexual «el sólo pensar en ello, me ponía malo, me daba dolor de estómago». Cuando reanudo su vida no pudo volver a practicar el acto, aunque no lo atribuía al trauma psíquico y por ello, al preguntarle sobre el origen de su padecimiento, no lo mencionó. Al explicarle la asociación entre el trauma psíquico y su impotencia, recuperó su primitiva potencia.

Vecchi con muy sentido y con mucha experiencia clasifica la influencia entre las enfermedades genito-uritarias y la mente igual que todas en general, en cuatro grupos.

- 1.º Enfermedades de la mente.
- 2.º Enfermedades de los órganos corporales exageradas por una mente enferma.
- 3.º Enfermedades de los órganos corporales exageradas por una mente sana.
- 4.º Enfermedades de los órganos corporales rectamente interpretados por una mente normal.

Sólo en el primer grupo, bastará la psicoterapia para curar al enfermo. En el segundo grupo su necesidad es grande, aunque precisa el tratamiento del órgano enfermo. El tercer grupo es difícil de separar del segundo, una mente que exagera es con mucha frecuencia una mente enferma, por lo que haya de enfermedad será necesario no olvidar la psicoterapia que es inútil o da poca importancia en el último grupo.

¿Dónde pueden radicar las enfermedades que afectan a la potencia? En todo el organismo, pero muy especialmente en los elementos que intervienen en el reflejo de la erección y en el de la eyaculación, por eso, aparte de las lesiones o impugnaciones nerviosas, el médico debe dirigir la exploración del enfermo, teniendo en cuenta el gran número de casos de uretritis que no son diagnosticadas porque desaparecidos los síntomas dolorosos del período agudo, sólo quedan le-



siones focales, cuyos síntomas o cuyos reflejos sólo se manifiestan por alteraciones de la potencia. En estos casos, la uretroscopia posterior evidenciando el estado del verumontanum, órgano donde se une la vía genital a la urinaria, nos aclarará diagnósticos y nos permitirá éxitos extraordinarios con una terapéutica que aplique directamente el tópico necesario.

(Se concluirá.)

## GIBRALTAR <sup>(1)</sup>

### Apuntes para un estudio sanitario

POR

VICTOR M.<sup>a</sup> CORTEZO

(Fotografías y dibujos de V. Serrano).

«Sanitary Comisioners» publica, anualmente, la estadística demográfica, y el estudio meteorológico; y obliga seriamente a los médicos a estar en constante relación con él, dándole cuenta de los casos epidémicos, de los infecciosos, y de todos aquellos que lleven consigo la menor sospecha de contagio.

Para esto, existen unos partes impresos en los que, bajo la declaración del médico, se hace constar: el nombre del enfermo, calle y número de la casa que habita, sexo, edad, diagnóstico de la enfermedad, fecha del ataque, fuente probable de contagio, y las observaciones pertinentes. Al recibir este parte, y comprobarlo, el Centro responde, enviando otro a la familia, vecinos y allegados del enfermo, en el cual, se les advierte el riesgo de contagio, se les conmina a mantener el posible aislamiento, y se recuerdan las prácticas sanitarias precisas.

La higiene escolar está cuidadosamente vigilada, y las medidas que se adoptan, para garantizarla, son bastante terminantes; cuando la Comisión tiene noticia de que en una determinada casa, existe algún caso de enfermedad infecciosa, o sospechosa de serlo, se dirige a los inquilinos prohibiéndoles que envíen los niños a las escuelas, y a los regentes de éstas, prohibiéndoles que acepten a los niños procedentes de dicha casa, hasta recibir ulteriores instrucciones.

«Sanitary Comisioners» está encargado también de las investigaciones bacteriológicas, y a él forzosamente han de recurrir los médicos, tanto en sus indecisiones diagnósticas, como en sus decisiones terapéuticas (aplicación de sueros, vacunas, etc.)

(1) Véase el número anterior.

Al visitar este Centro, acompañados por el doctor J. V. Abrines, de cuyas múltiples atenciones, y de cuya hidalga hospitalidad no terminaríamos de hablar, los directores manifestaron grandes deseos de ponerse en relación con nuestros Centros sanitarios, ofreciendo, en lo sucesivo, el envío de cuantas publicaciones y datos estadísticos produjeran. El Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, ha accedido, muy gustoso, a esta correspondencia, y es de esperar que en idéntico sentido se decida la Inspección general de Sanidad.

\* \* \*

La falta de alcantarillado debida a la imposibilidad de su construcción, dada la naturaleza del terreno, ha sabido ser suplida por el Centro Sanitario, al que me vengo refiriendo en la siguiente forma: desde luego, en la llamada «punta de Europa» existe un desagüe que, según me parece recordar, corresponde, exclusivamente, a las dependencias del Almirantazgo (fig. 5).

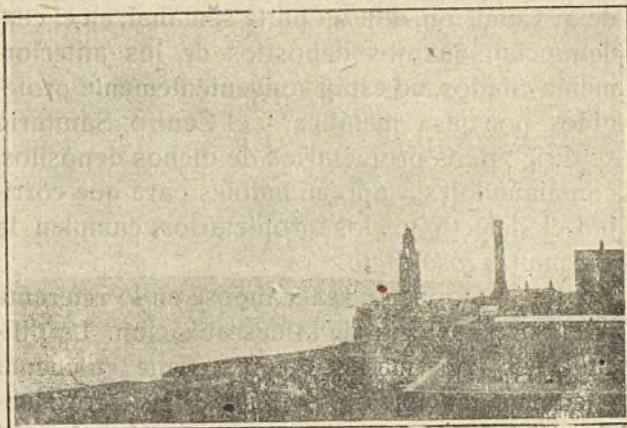


Fig. 5.—Gibraltar. Punta de Europa.

En cuanto a la población civil, todas las construcciones están provistas de reservorios (a modo de pozos negros) que la autoridad sanitaria hace limpiar una vez al día en invierno, y dos veces en verano.

Está terminantemente prohibido depositar en las calles, y arrojar al mar, todo género de desechos, basuras, desperdicios, etc. etc.; son recogidos en carros *ad hoc*, y conducidos al horno crematorio que, aisladamente de la población, y en su extremo oriental, está instalado.

El tratamiento seguido con los desperdicios, basuras, etc. ha reportado una gran ventaja aneja, la desaparición de las moscas, cosa muy explicable al privarlas de sus lugares de elección para anidar (basureros, estercoleros etcétera, etc.)



En lo que a los mosquitos se refiere, y por consiguiente a la profilaxis del paludismo y fiebre amarilla, el éxito ha sido mayor, si cabe, puesto que mayores eran las dificultades con que se luchaba; en efecto, si nos fijamos en el especial abastecimiento de aguas, del que he hablado anteriormente, se comprenderá que la población de Gibraltar esta sembrada de aljibes, cisternas y depósitos de todas clases y tamaños, excelentes para la deposición e incubación de las larvas; pues bien, a pesar de esto, el problema se ha resuelto, y hoy no se ve un mosquito en Gibraltar.

La campaña contra estos insectos la realizó un prestigioso general gobernador de la plaza, cuyo nombre lamento no recordar; pero que los ingleses de Gibraltar que, a pesar de su nacionalidad, no pueden prescindir del humorismo gaditano, unen en ingenioso y galano, discreto y respetuoso consorcio al nombre del mosquito.

El procedimiento seguido es, como todos a los que me voy refiriendo, de una extraordinaria sencillez; los oficiales sanitarios, dependientes de la Comisión, dan un parte semanal, en el cual denuncian cuantos depósitos de los anteriormente citados, no están convenientemente protegidos por gasa metálica, y el Centro Sanitario se dirige a los propietarios de dichos depósitos, conminándoles, y apremiándoles para que corrijan el defecto y... los propietarios cumplen la ordenanza *ipso facto*.

Otro tanto viene realizándose en lo referente al difícil problema de la desratización. La dificultad es bien manifiesta, si se tiene en cuenta el enorme movimiento del puerto, sus procedencias, y el especial enclavamiento de la ciudad. El trámite es el mismo que para los mosquitos, sólo que, en este caso, la gestión del oficial sanitario suele ser menor, porque los propietarios de las viviendas, que tan enojosos huéspedes albergan, se precipitan en hacer las precisas denuncias, sin aguardar, la mayoría de las veces, la intervención oficial.

En uno y otro caso «Sanitary Comisioners», envía personal y material al propietario (el material suelen ser venenos y artefactos de captura), prestándole una incondicional ayuda. De las últimas estadísticas se deduce un éxito bastante rápido, pues según Parkinson hace constar en su reciente memoria existe, dentro de la raza murina, una enorme desproporción entre la rata parda y el ratón común; siendo este el que en la actualidad abunda y estando aquella casi extinguida.

La vacunación contra la viruela, *única* obligatoria, debe efectuarse durante los tres primeros meses de la vida, y el médico certifica, *especificando el resultado*. Cuando este es nulo, se repite la vacunación hasta tres veces, y si a pesar de todo *no prende*, debe el médico, al certificar, explicar los probables motivos de la inocuidad. A los doce años de edad vuelve a ser obligatoria la vacunación (en la mayoría de los casos revacunación) exigiéndose idénticas formalidades en la certificación médica, y cada seis meses la Comisión Sanitaria publica estadísticas detalladísimas sobre este punto.

La Puericultura no está, ni mucho menos, abandonada; existen dos Child-Welfares, Centros, equivalentes a nuestras «Gotas de leche» (oficiales), y además las Matronas, y asistentes a partos, son asimilados al organismo sanitario y reglamentados y fiscalizados por él.

El problema nosocomial lo resuelve Gibraltar con tres hospitales, de los cuales dos (el de Marina y el Militar) pueden considerarse como modelos, sin que esto sea en desmérito del tercero Hospital Colonial). Tienen, los tres, servicios completísimos de Medicina, Cirugía (1) y departamentos de aislamiento, observación, venéreo, sífilis, etc., además de pabellones de distinguidos, que en los dos primeros están reservados a jefes y oficiales, y en el hospital Colonial constituye una bien montada y confortable «casa de salud» (fig. 6).

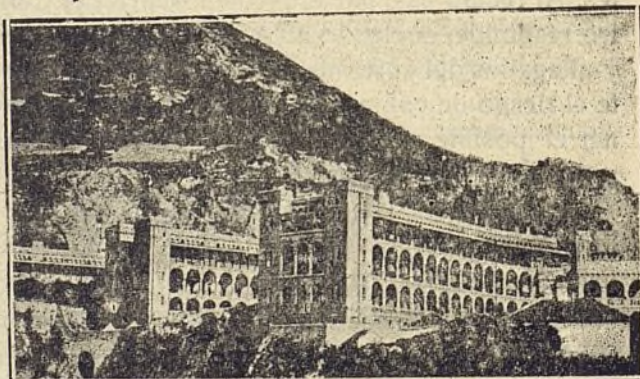


Fig. 6.—Gibraltar. Hospital Militar.

El hospital Militar que detenida y minuciosamente nos enseñó su director, el coronel G. H. Goddard, está constituido por tres grandes pabellones, en los cuales, y perfectamente instalados, encuentra el visitante cuantos servicios

(1) Por cierto, que en lo que a los servicios de Cirugía se refiere, me sorprendió (debido sin duda a mi escasa documentación quirúrgica) la preferencia que dan los ingleses a la anestesia por el procedimiento combinado del gas hilarante N<sub>2</sub>O y el éter.



puedan necesitarse, y hasta cuantos puedan imaginarse.

El teniente coronel W. T. Ellis auxiliando a su ilustre jefe, nos mostró al detalle las dependencias del hospital, de las cuales sacamos curiosas impresiones; los espléndidos patios que separan los pabellones, están contruidos sobre grandes aljibes, que encierran el agua en excelentes condiciones, y en una enorme cantidad; los pabellones de oficiales constituyen preciosas «garçonieres» donde con todo confort habitan, y dada la sociabilidad del carácter inglés, reciben a sus amistades. Existen, además, departamentos de recreo para los enfermos, donde tuvimos ocasión de verlos, entretenidos en diversos juegos. No quiero inmiscuirme en la parte que pudiéramos llamar administrativa, de la que mucho, y muy bueno, pudiera también decirse.

Rodeando al hospital aunque convenientemente separadas, se encuentran las viviendas del personal adscrito al establecimiento, constituyendo una variada escala, proporcional a las categorías de los cargos desempeñados, que comienza por confortables y amplias habitaciones en un edificio común, y termina en preciosas y muy pintorescas «Villas.»

El hospital Colonial, a cuyo director Mr. J. Leckhead, nos complacemos en reiterar el testimonio de nuestra gratitud, está situado en la parte más elevada de la ciudad, recibiendo, sin celosía de ningún género, hasta el postrer rayo del espléndido sol de aquella tierra. Cuando le visitamos estaban en obra, se ocupaban en la construcción de un pabellón de infecciosos, con servicio absolutamente independiente del resto del establecimiento, y de mejorar las instalaciones destinadas a venéreo y sífilis.

Nada puede dar mejor idea del estado sanitario de la población, durante nuestra estancia, que la escasez de enfermos de medicina, observada durante la detenida visita a los diferentes hospitales; en efecto, así como las salas de Cirugía, se hallaban repletas de enfermos (casi todas lesiones traumáticas en la marinería), las salas de medicina estaban punto menos que vacías, encontrándonos algún caso aislado de neumonía, algún convaleciente de tifoidea *importada*; en una palabra, enfermedades comunes.

\* \* \*

Las autoridades sanitarias de Gibraltar interpretan muy discretamente el conocido precepto higiénico, que menosprecia el vivir mucho, ante el vivir bien, y que yo me permitiría ampliar

diciendo «vivir agusto», y en este sentido influyen sobre sus administrados, en forma tal, que llegan a intervenciones en la vida privada, que escandalizarían en nuestro país.

Los propietarios de las casas no pueden, caprichosamente, ampliar sus inmuebles, cediendo a los impulsos de ambición, por desgracia tan generalizados en la actualidad; las autoridades se oponen, casi sistemáticamente, a ello, sin otra mira que evitar el hacinamiento y conservar a cada habitante, la cubicación que por derecho le corresponde. En relación con esto, vaya otro caso más demostrativo; entre las muchas e ingeniosas frases populares, casi siempre anónimas, que los españoles disfrutamos, existe una que, si mal no recuerdo, dice que «el hombre se casa cuando quiere, y la mujer cuando puede...» Pues bien, en Gibraltar, tanto el hombre como la mujer se casan cuando quieren... las autoridades sanitarias, y estas no dan su *consentimiento*, sino ante la certeza de que el futuro hogar tiene local donde establecerse.

Existen muchos casos de rebelde protesta (bien justificada por cierto), y claro es, que triunfa, como siempre, el amor...; pero el nuevo matrimonio tiene que vivir en España.

Por lo que a las obras de reparación, ornamento e higienización de las viviendas se refiere, la Sanidad advierte a los propietarios *descuidados*, otorgándoles un determinado plazo para que las realicen; extinguido éste, las obras se realizan por orden de las autoridades, que, como es natural, no se descuidan en reembolsarse las cantidades invertidas.

(Se continuará)

## Consideraciones históricas y críticas acerca de la catarata y de su tratamiento (\*)

POR EL  
PROFESOR MÁRQUEZ

.....

8.º En fin, los del propio autor Pellier de Quengsy. En el libro, verdaderamente magistral todo él, de donde vemos extractado los procedimientos anteriores, se dedican varios capítulos a los *procedimientos diversos* empleados por el autor, según los casos. Allí se describen de mano maestra, y tal cual hoy se ejecutan, varias maniobras, de entre las cuales citaré las siguientes:

(\*) Véase el número anterior.



a) La *quistitomia anticipada* con el *oftalmotomo* del autor (fig. 11), nombre dado a un cuchillo ligeramente curvo y estrecho. (Procedimiento brillante que en nuestros días han «descubierto» varios (Trousseau, etcétera), y que no se debe recomendar.)

b) La *extracción total* con la pinza capsular, maniobra hoy descrita como procedimiento de Torók, y que consiste en ir a coger con unas pinzas la cápsula anterior en los casos en que ésta se halla opacificada, y extraer el cristalino con ella después de ligeras sacudidas a un lado y a otro con el fin de romper las fibras zonulares (1). Hemos tenido ocasión de practicarle algunas veces en el Instituto Oftálmico, así como de vérselo practicar a alguno de nuestros compañeros (Doctor Cuevas), con excelentes resultados en estos casos en que está indicado, y en los que hay una fragilidad especial de las fibras zonulares, las cuales se rompen sin esfuerzo. Naturalmente, que en estos casos *no sabemos de antemano lo que va a ocurrir*, pues puede suceder una de estas tres cosas: 1.<sup>a</sup> La extracción total,



Fig. 11.

como se ha dicho. 2.<sup>a</sup> La extracción de un trozo de cápsula anterior (quistectomía). 3.<sup>a</sup> Simplemente la quistotomía con la pinza, o rotura de dicha cápsula anterior.

c) La *queratotomía superior*, propuesta por primera vez por Pellier y poco después por Wenzel, hijo (1784 y 1785, respectivamente), en los casos de manchas corneales inferiores. Procedimiento recomendado como excepcional entonces, y que hoy, en cambio, es el más general. Se explica, porque cuando aún no había anestesia local el ojo, instintivamente, tendía a huir hacia arriba, lo cual hoy todavía ocurre algunas veces en enfermos indóciles o nerviosos. Cuando esto ocurre, lo mejor es la sección inferior, por ser más fácil. En el caso contrario es preferible la superior, por resultar la herida más protegida por el párpado superior, verdadero apósito natural del ojo, y menos en contacto con las secreciones conjuntivales que tienden a depositarse en las partes más declives. Además, la herida inferior está más al descubierto, por estar casi enfrente de la hendidura palpebral.

Como esta conferencia va resultando más larga de lo que me proponía, voy sólo a insistir rápidamente sobre algunas cosas fundamentales.

a) El *procedimiento lineal de von Graefe*. No voy a describirle, pues es de todos conocido. Sólo diré que, bajo el padrinazgo de valedores tan eminentes como Scarpa en Italia y Dopuytren en Francia, el procedimiento de la depresión había estado a punto de triunfar sobre el de la extracción. La gran sección de

éste, en la época preantiséptica, y el usarse de preferencia el colgajo inferior fueron causa de que muchos ojos se perdiesen por infección. La extracción estuvo a punto de morir por haber nacido prematuramente, es decir, antes de que la antisepsia garantizase, como hoy lo hace, sus resultados. Y he aquí que la aparición de Graefe y la invención de su procedimiento lineal la salvaron del descrédito. A propósito de esto dice de Graefe en la Introducción a sus Lecciones de Clínica oftalmológica (1): «Sería un acto temerario condenar un procedimiento (la depresión) por el cual, desde el comienzo de nuestra era, miriadas de hombres han recobrado la vista... y si el soplo de su vida no se hubiese ya casi extinguido... el puente que le conducía aún la sangre y la vida era en verdad bastante deleznable para ser cortado por el cuchillo, bien pequeño, que me permito recomendar.» (Se refiere a su cuchillito de catarata.) Atribuía de Graefe la supuración corneal a la forma de la incisión, que permitía fácilmente la separación de los bordes, e ideó su procedimiento lineal (o mejor *casi lineal*), es decir, buscando una incisión que fuese la distancia más corta sobre la superficie de la esfera ocular (2). Ahora bien: para esto tiene que coincidir dicha incisión con una circunferencia de círculo máximo, lo cual sólo podía lograrse haciéndola esclerótica, tangente al borde superior de la córnea. Esto trajo consigo una herida que, si tenía gran tendencia a cerrarse, tenía en cambio gran dificultad para entreabirse (3), lo cual, unido a la relativa pequeñez de la incisión, hacía la extracción difícil, habiendo necesidad para facilitar ésta de emplear, ora un gancho, ya una cucharilla, y, además, de *combinar la iridectomía con la extracción*. A su vez, para hacer la incisión hubo necesidad de que el cuchillo fuese lo más estrecho y pequeño posible; (el ideal, decía de Graefe, sería un hilo cortante) lo cual permitió practicar toda clase de incisiones en la córnea y hacerlas con facilidad.

El número de fracasos disminuyó de este modo considerablemente enfrente de los que daba la extracción a colgajo, por lo que éste, a pesar de que era más artístico y fácil de ejecutar, fué desechado por muchos. Pero así como en el *método* de Daviel lo fundamental, o sea la extracción a colgajo, subsiste, mientras que el instrumental todo ha desaparecido, y hasta otros detalles del *procedimiento*, tal como la sección inferior, ha ocurrido por el contrario con el *procedimiento lineal* de Graefe, que no lo practica ya nadie, habiendo pasado a la historia lo fundamental del mismo, mientras que quedan como útiles dos detalles importantes: el cuchillo, no ya sólo para operar la catarata, sino para toda clase de operaciones sobre el globo, como quería Wecker, y la iridectomía eventualmente añadida a la extracción.

Tanto la extracción de Daviel como la lineal de von

(1) *Clinique Ophtalmologique* par A. de Graefe, edit. franco. par E. Meyer. Paris 1866, pág. 13.

(2) Graefe, loc. cit., pág. 25.

(3) Id., loc. cit., pág. 18.

(1) Loc. cit., pág. 302.



Graefe han realizado, pues, en la historia su misión, y aunque hoy no se empleen tal como las concibieron sus autores, hemos de sentir por éstos la veneración y el agradecimiento a que estos hombres ilustres se hicieron acreedores.

b) *La antisepsia y la vuelta al colgajo corneal.* En la lucha entablada entre la sección lineal y el colgajo se decidió de nuevo, definitivamente, el triunfo en favor de este último al advenimiento de la antisepsia. Suprimida la infección, que era el inconveniente capital del procedimiento, hoy ya nadie discute la superioridad de éste. No insistiremos más sobre esto, de puro evidente. Fué de Wecker, sobre todo, el principal promotor de esta vuelta al colgajo pequeño, y también Panas.

c) *La anestesia y el colgajo superior.* Al hacer Koller (de Viena)—dice Lurman (1)—su comunicación al Congreso de Heidelberg, en 15 de septiembre de 1884, sobre la anestesia local del ojo por la cocaína, hizo a la oculística un regalo de valor semejante al que en su tiempo hizo al arte de curar la introducción de la anestesia general. La opinión de los prácticos, hasta entonces dividida entre la sección inferior, más fácil, y la superior, más protegida, se decidió también en favor de la incisión arriba (que ya había sido propuesta por Pellier de Quengsy, como antes se dijo, pero sólo para ciertos casos), y hoy a penas empleanadise la sección inferior. Sin embargo, en un artículo reciente (2) el Dr. Roure (de Valence) preconiza la sección inferior con iridectomía. En realidad, puede quedar como procedimiento excepcional en casos de enfermos muy inquietos o de borde orbitario superior muy saliente u ojos muy hundidos, en los cuales son grandes las dificultades para la incisión superior.

Por otra parte, si es verdad que con la queratotomía inferior las maniobras son más fáciles, también la salida de vítreo es más probable, y la posibilidad de hernia del iris; la herida es fácilmente puesta en contacto con el borde libre del párpado inferior y con la capa de mucosidades purulentas que aglutina ambos párpados; en fin, la cicatriz es más visible (3).

En cambio en el colgajo superior, el párpado, que es el verdadero apósito natural del ojo, protege la herida, cuya cicatriz es después invisible, que hallándose mucho menos en contacto con las secreciones patológicas, está menos expuesta a infectarse, y, por último, la cicatriz resulta invisible.

d) *Colgajos diversos.* Fuchs (4) dice a este propósito: «En esta época, en que se ignoraba todavía que la supuración depende de una infección de la herida, se la atribuía a defectuosidad del método operatorio,

y, especialmente, al modo de hacer la incisión.» Entonces surgieron infinidad de procedimientos, y, realmente—como decía nuestro malogrado maestro Albitos, que, dicho sea de paso, ha sido uno de los más grandes clínicos de la Oftalmología contemporánea—, la córnea ha sido seccionada en todas direcciones y en todas partes, no quedando en esta materia nada por inventar. ¡Qué más! Hasta ha habido un señor Kùchler (de Darmstadt) (1), que ha pretendido inmortalizarse haciendo la sección transversal y media por delante de la pupila, fundándose en que «la cirugía nos enseña a extirpar los tumores según la línea directa, y a hacer las aberturas bastante anchas para permitir la salida».

En presencia de esta teoría, muy simple (¡y tan simple!), «la casualidad me ha mostrado—dice—casos en que, con ocasión de heridas horizontales u oblicuas de la córnea, la lente se ha extraído del globo sin supuración, sin pérdida de la vista y sin otra consecuencia que una cicatriz, apenas tan molesta para la vista como una fisura en los lentes (!)...»

Se echa de ver en todo lo anterior la suerte que ha tenido el señor Kùchler al no haber padecido de cataratas ni haber sido operado por su procedimiento, que había ejecutado cuando hizo su comunicación veinte veces en el vivo, habiéndole forzado una enfermedad muy grave a interrumpir su estadística. Esto, naturalmente, era muy sensible; pero ¿no habrá sido, acaso, providencial para sus enfermos? Y, por añadidura, dice aún: «Si se teme herir el borde interno de la pupila, se puede hacer algunos días antes la iridectomía interna (!).»

(Continuará.)

#### TERAPÉUTICA DE LA SÍFILIS \*

—O—

### Nuevo preparado de salvarsán

POR EL  
DOCTOR JOSÉ MOURIZ

—O—

Esta opinión de Karrer ha sido refutada por sus colegas químicos y compañeros en la Speier Haus, Binz-Bauer & Hallstein (Arb. a. d. Inst. Furt. f. Exp. Ther. etc. H. 8); primero, por considerarla en pugna con un postulado quimioterápico de Ehrlich, la trivalencia del arsénico, a la que él refería la acción parasitotropa del mismo; segundo, porque la coloración producida al añadir sal argéntica al arsenofenol diluido en piridina, que es una de las pruebas experimentales en que se apoyaba Karrer, es debida a plata coloidal y no a derivados por adición, como se pudo comprobar con el método de filtración ultramicroscópica del profesor Bechhold. Además, que no es compuesto por adición,

(1) Congr. Int. d'Ophth. París, 1887. (Compt. rend.)

(\*) Véase el número de 11 de diciembre de 1920.

(1) *Handbuch der gesamten Augenheilkunde* Band, IV, 1918, Kapitel III. Augenärztlichen Heilmittel.

(2) Ann. d'Oculistique. Mars 1918. Comment je voudrais être opéré de la cataracte. (Section et iridectomie inferieure.)

(3) Nelaton. Parallele des diverses modes opératoires dans le traitement de la cataracte. These pour le concours de la chaire d'opérations. Paris, 1850, págs. 79 y 80.

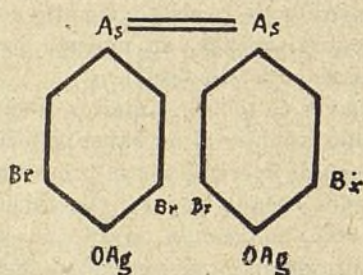
(4) *Lehrbuch der Augenheilkunde*, 1910, S. 939, y edición franc. 1897, pág. 812.



lo revela que se pone en libertad ácido, como lo acusa el cambio de reacción. Pero Binz-Bauer y Halls-tein no podían limitarse a mera labor de discusión, por muy razonada que ésta fuera, y emprendieron el problema de fijar la constitución química del preparado, determinando la posición de los átomos de plata en la molécula, lo cual requirió el estudio de gran número de combinaciones arsenicales y conocer su comportamiento frente a las sales metálicas.

Como el problema a resolver es la posición de los átomos de plata en la molécula, partieron los químicos citados de un preparado arsenical que no tuviera grupos amidos, precisamente para deducir el papel de éstos.

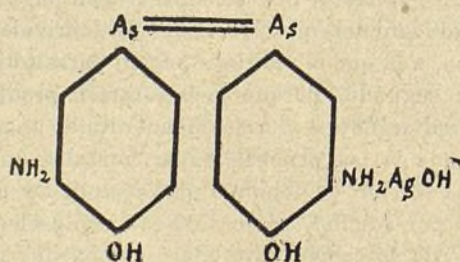
En vez del arsenofenol, se tomó el tetrabromoarsenofenol, por ser más soluble y menos oxidable. Si se añade al tetrabromoarsenofenol en forma de sal sódica nitrato de plata, se produce el fenolato argéntico.



Si en vez de sal de plata se usa sal de cobre, se produce el fenolato cúprico.

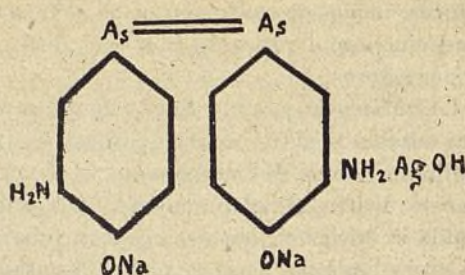
Si se trata el fenolato con lejía de sosa, se disuelve, tomando el líquido un color pardo claro. El método de ultrafiltración de Bechhold ha demostrado que la sosa desdobra el fenolato, dejando libre plata coloidal. Tras de numerosas combinaciones, que no mencionamos en gracia a la brevedad, sacaron esta conclusión: que la plata no se fija en el salvarsán por los átomos de arsénico ni por los oxihídridos. Y, claro está, excluidos éstos, no quedan más grupos libres que los amidos, y en esta dirección encaminaron sus investigaciones los citados químicos. Abonaba por anticipado lo muy probable de esta suposición el comportamiento de las aminas y del amoníaco con precipitados de sales argénticas y cúpricas, como por ejemplo:  $(\text{NH}_3)_2 \text{Ag Cl}$   $(\text{C}_2\text{H}_5 \text{NH}_2)_2 \text{Ag Cl}$ .

Después de un estudio detenido se llegó a establecer para el silbersalvarsán la siguiente fórmula:

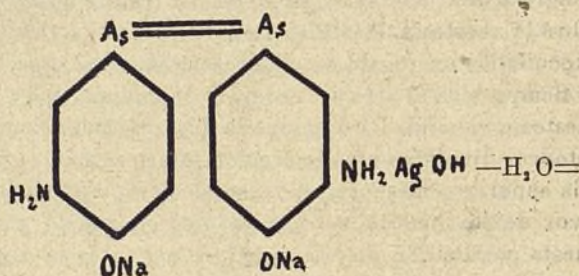


Pero no es esta todavía la fórmula del salvarsán argéntico usado en la práctica, porque hay que realizar la combinación sódica y la deshidratación, de la

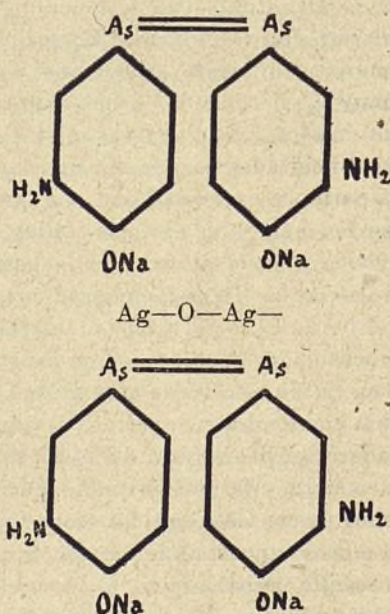
cual prescindimos por sencillez; en este caso, el silbersalvarsán de la práctica tiene la fórmula siguiente:



Esta es la fórmula admitida. Ahora bien: si se quiere tener en cuenta la deshidratación subsiguiente, como ésta se verifica a expensas de los oxihídridos del hidrato argéntico, no hay más que tomar dos moléculas del compuesto correspondiente a la última fórmula y quitar una molécula de agua, con lo cual resulta



Fórmula A



Nos hemos detenido en la parte química del preparado por la extraordinaria importancia terapéutica del mismo: como que es posible que muy en breve sea este el único que se use en la práctica.

Claro que hay cosas que todavía no están bien aclaradas, como es el color que toma el líquido cuando se disuelve el precipitado producido al mezclar salvarsán con nitrato de plata y disolverlo en lejía de sosa para realizar la combinación sódica.

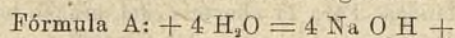
Todavía no están terminadas aquí las reacciones que deben ser conocidas, porque al disolver el preparado



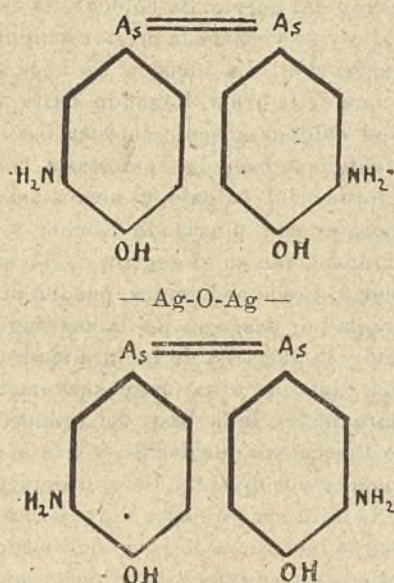
en el momento de usarlo, se producen ionizaciones y disociaciones hidrolíticas.

Por ionización se ponen en libertad cationes Na de los átomos de sodio de la fórmula A y aniones complejos formados por el resto de la molécula.

En la disociación hidrolítica ocurre que los átomos de sodio, al estar libres, reaccionan con el agua y forman hidrato sódico a expensas del OH' del H<sub>2</sub>O, y quedan libres iones de hidrógeno que, reemplazando al sodio, dan lugar a la combinación siguiente:



Fórmula B:



Que las cosas deben ocurrir así lo revela la experimentación, pues al disolver el preparado, el aumento producido en el punto de ebullición de la solución, en la presión osmótica, en la intensidad de conductibilidad eléctrica, en el descenso en el punto de congelación, etc., no es el que corresponde a la cantidad en peso de sustancia disuelta, sino que es mayor, lo cual obliga a pensar que las sustancias disueltas, por el hecho de la disolución, han experimentado algo así como una descomposición en dos o más partes independientes entre sí, es decir, ni más ni menos que lo que ocurre en las disoluciones salinas y los estudios fisicoquímicos de las últimas décadas nos han enseñado. No hay que creer que toda la sustancia se halla disociada, ni que el potencial energético de los respectivos iones se muestra activo, pues las soluciones que tienen iones libres ofrecen, mientras no se haga pasar una corriente eléctrica, el estado de neutralidad eléctrica, o sea que tienen sus iones tantas cargas positivas como negativas. Así al ionizarse la fórmula A, y cojamos un ejemplo que interese ahora, se ponen en libertad los cationes correspondientes a cuatro átomos de Na (llamados así porque, siendo positivos, van a parar, al pasar la corriente, al polo negativo catodo) y los aniones del complejo resto de la molécula.

Pues bien, la misma energía albergan los cationes correspondientes a los 4 átomos de sodio que el anión

del resto de la molécula (antiguo residuo halogénico).

De todo esto se deduce que, al disolverse el salvarsán argéntico en el momento de usarlo, se tiene en la solución un complejo, formado por producto sin disociar, cationes sodio, lo que queda del preparado como anión, más los productos de la disociación hidrolítica, que son hidrato sódico y fórmula B.

La proporción en que se hallan los productos de las disociaciones electro e hidrolítica es desconocida; éste es punto que han de aclarar posteriores estudios fisicoquímicos.

Lo que seguramente ha de extrañar, y con razón, es que, siendo las sales metálicas elementos de función oxidante, y el dióxidoamido benzol sódico sustancia muy oxidable, coexistan en la molécula.

Realmente, es paradójico; pero quién sabe si tal vez radiquen en esto, precisamente, las propiedades biológicas del nuevo preparado.

(Se continuará.)

## Periódicos médicos

### MEDICINA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

I. **La viruela y la tintura de yodo.**—El doctor Prim refiere el siguiente interesante caso:

Un hombre robusto, de unos treinta años, a quien yo mismo había revacunado hacía muy pocos días, se siente atacado repentinamente de fuerte cefalalgia, escalofríos, vómitos, fiebre, y sobre todo intensos y continuos dolores lumbares.

El paciente (que es un maestro muy ilustrado), sospechando que se trataba de un enfriamiento, se acostó y dispuso que se le administrasen cocimientos sudoríficos, purgantes y embrocaciones de tintura de yodo en la región lumbar. Viendo que con todo ello la fiebre no disminuía, la familia me rogó que asistiese al enfermo. Por todo lo referido creí yo también de momento que se trataba de una afeción gripal, y ordené los consabidos sellos de aspirina y dieta rigurosa.

Al día siguiente el termómetro seguía marcando 40° y décimas. La cefalalgia continuaba, pero los dolores lumbares habían sido sustituidos por un escozor irresistible que molestaba extraordinariamente al enfermo, impidiéndole conciliar el sueño, por lo que me suplicó que le recetase algún calmante. Atribuí aquello a la irritación causada por el yodo en la piel, y prescribí una pomada con cocaína. Desapareció entonces el escozor y se presentó enseguida en todo el sitio que había tocado el yodo una abundante pustulación variolosa cuando apenas empezaba a manifestarse en el rostro la papulita correspondiente y sumamente discreta.

Desde aquel instante el enfermo se sintió muy aliviado. Bajó la fiebre, cesaron las molestias, aban-



donó la cama, y a los pocos días se marchó a su pueblo.

En aquel momento no concedí ninguna importancia al hecho; pero luego, reflexionando sobre el mismo, me chocó la circunstancia de que la erupción variolosa era tan abundante en el sitio irritado por el metaloide, mientras apenas existía en regiones como la cara, en la que de ordinario tan pronto y tan confluyente suele presentarse. Claro que en este caso (por tratarse de un individuo revacunado de pocos días) no podía esperar gran erupción; pero esto mismo hacía resaltar más lo anómalo de la pustulación en la región lumbar, tanto que a no aparecer al mismo tiempo las pápulas en otros sitios del cuerpo, hubiese creído que se trataba de un herpes zona, ya que se presentó con los mismos síntomas generales y aspecto local de esta singular y rara afección.

De todo ello saqué la consecuencia terapéutica de que la tintura de yodo se podía emplear para hacer aparecer la erupción variolosa en los sitios en que la dureza de la piel retrasase la papulación.

Efectivamente, a los pocos días tuve la suerte de poder comprobar la completa eficacia de este nuevo procedimiento (y digo nuevo porque no recuerdo haber leído ni oído nada que se refiera a esta cuestión).

Una joven de diecinueve años, no revacunada desde su primera infancia, es invadida por una viruela terrible que cubre todo su cuerpo de pústulas. A los diez o doce días de haber ya brotado la erupción, las plantas de los pies y las palmas de las manos siguen aún indemnes. La enferma se queja de grandes dolores en estas regiones y pide que se los calme, a fin de poder dormir algún rato,

Enseguida le ordeno unas pincelaciones de tintura de yodo, y al momento cesan las molestias y aparecen las pápulas características. Ignoro si este hecho tiene alguna importancia, ya que sólo puedo referir este caso, y no sé tampoco si ha sido observado para alguien más (1). No pretendo con ello haber descubierto nada, y mi objeto, al exponerlo, es tan sólo por la curiosidad que presenta y para llamar la atención de mis colegas por si les puede ser de alguna utilidad en el tratamiento de la repulsiva enfermedad que, por ser evitable, tan sólo debiera existir entre las tribus salvajes, mientras que por desgracia, y para vergüenza nuestra, tenemos ocasión de observarla casi a diario en nuestra descuidada ciudad.—(*Energética*, 1-11-920.)

## CIRUGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. La neuralgia del trigémino y su tratamiento, por el doctor De Martel.**—El autor se muestra entusiasta partidario de la sección de la raíz sensitiva del

(1) Posteriormente a este artículo he tenido ocasión de repetir este mismo ensayo varias veces, obteniendo en todas ellas idéntico resultado satisfactorio.

trigémino entre el ganglio de Gasser y la protuberancia, en lugar de las inyecciones de alcohol. para tratar las neuralgias del trigémino. Dicha operación se practica corrientemente en América desde 1903 con éxito constante, y comprende; abertura del cráneo por cima de la oreja, despegamiento de la dura madre de la base del cráneo y busca de la cresta del peñasco y del agujero oval; descubrimiento entre estos dos puntos del borde infero-externo del ganglio de Gasser y de su raíz sensitiva; sección de la raíz y sutura de las partes blandas. Para la abertura del cráneo basta la anestesia local con novocaina al 1 por 200, pero es necesaria la anestesia general con éter para el descubrimiento y sección del nervio. Se colocará la cabeza del enfermo en alto y se vigilará la presión sanguínea durante la intervención. La incisión se hace en semicírculo por cima de la oreja, llegando hasta el hueso y separando el colgajo músculo-cutáneo. La hemorragia es abundante y se hace la hemostasia con pinzas en T en los bordes del colgajo y hemostasia directa de las temporales con pinzas de Kocher y ligadura inmediata. Trepanación en el centro de la superficie ósea descubierta. Como accidentes, pueden presentarse la hemorragia por desgarró de la meníngea adherente al hueso y la abertura de la dura madre, a veces muy adherida. Hay que obrar muy suavemente para separar la dura madre de la base del cráneo hasta el tubérculo de Princeteau por detrás, y hasta el agujero redondo menor por delante. Se continúa el despegamiento de la dura madre hasta el agujero oval. Con un bisturí fino se incide a lo largo del borde antero-externo de este último agujero, la cubierta que la dura madre forma al nervio maxilar inferior. Se separa esta cubierta y se sigue el trayecto del nervio hasta descubrir el borde infero-externo del ganglio, después de lo cual no hay más que buscar la gruesa raíz sensitiva blanca del trigémino y seccionarla con mucho cuidado. La hemorragia suele ser muy abundante. La marcha post-operatoria suele ser excelente. Inmediatamente después de la operación se observa una anestesia muy clara de todo el territorio del trigémino, anestesia que va disminuyendo de extensión a medida que se aleja la fecha de la intervención. Como complicación sólo hay que temer la parálisis facial periférica del lado operado, cuando se ha hecho de un modo brutal la sección de la raíz del trigémino. El autor ha practicado, siguiendo esta técnica, catorce neurotomías de esta índole, con trece éxitos completos. El procedimiento hay que reservarle para las neuralgias esenciales bien caracterizadas, y es preciso, en general, comenzar por la alcoholización de las ramas nerviosas, sobre todo como fin diagnóstico; si el enfermo se alivia con ella, hay que esperar a la primera recidiva, y entonces, sin temor, practicar la sección de la raíz sensitiva.—(*Paris Medical*, núm. 40, 2 octubre 1920).—*E. Luengo*.



**2. Síntomas y diagnóstico de los abscesos del encéfalo.**—Los abscesos del encéfalo consecutivos de las afecciones purulentas del oído se producen de una de las tres maneras siguientes: 1.<sup>a</sup>, por propagación directa, casi siempre de la naturaleza de una meningitis localizada; 2.<sup>a</sup>, por propagación directa profunda; en estos casos el proceso infeccioso sigue probablemente al propagarse los espacios linfáticos de Virchow-Bobin de las paredes de los vasos, únicos que existen en el sistema nervioso central; 3.<sup>a</sup>, por metástasis.

Los abscesos encefálicos consecutivos a las afecciones del oído ocupan casi en el 94 por 100 de los casos los lóbulos temporoesfenoidales y el cerebelo.

El doctor L. Cassamayor divide los síntomas de estos abscesos en tres períodos perfectamente caracterizados:

1.<sup>o</sup> Uno inicial, en el que hay cefalalgia (limitada por lo común al sitio de la lesión), vómitos y ofuscación de la inteligencia.

2.<sup>o</sup> Otro latente, cuya duración varía de unos cuantos días a un año.

3.<sup>o</sup> Otro, en el que existen síntomas generales y locales. Entre los primeros debe citarse la fiebre, que es subnormal o nula y elevada si el absceso se varía en las meninges o en los ventrículos. La cefalalgia, que suele adquirir mayor intensidad en un punto lejano de la lesión y no puede ser considerada, por consiguiente, como un síntoma que permita localizar ésta. Los vómitos se han observado en el 85 por 100 de los casos, y son atribuidos por Okada a la compresión de la médula oblongada. La lentitud del pulso es frecuente, aunque haya algo de fiebre, y constituye, por lo tanto, un signo importante. El edema de la papila se observa en el 53 por 100 de los abscesos del encéfalo; en cambio, la neuritis óptica sin edema papilar es mucho más común por ser los síntomas generales de estos abscesos consecutivos más bien a la intoxicación que a la compresión. En los abscesos muy voluminosos suele haber convulsiones que simulan la epilepsia o la eclampsia.

Los signos que permiten diagnosticar los abscesos temporoesfenoidales derechos, los más comunes, son poco característicos. Cuando se afectan las fibras ópticas radiadas hay hemianopsia homónima izquierda, pero suele desconocerse a causa del estado mental del enfermo. Si las lesiones ocupan el lóbulo temporoesfenoidal izquierdo sobrevienen trastornos del lenguaje. La afasia sensorial completa y los trastornos de la audición son raros, pero, en cambio, la parafasia es frecuente.

En las lesiones cerebelosas son característicos los síntomas que permiten localizarlas. La cabeza está dirigida hacia atrás o hacia el sitio del absceso y hay rigidez del cuello; al sentarse el enfermo en la cama tiene vértigos y aumenta la cefalalgia. Los signos cerebelosos corresponden al sitio de la lesión, pues el cerebelo gobierna la musculatura de un

modo homolateral. Los movimientos de los miembros cuando el enfermo está descansando son asincrónicos y es frecuente la adiotosínesis.—(*Surgery, Gynecology and Obstetrics.*)—F. Toledo.

**3. Chancro sifilítico de la amígdala de forma polipoide, por el doctor Georges Portmam.**—Entre los numerosos casos de chancros de amígdala, que ha tenido ocasión de observar en un período de seis meses (julio a diciembre de 1919), el autor relata el de un enfermo que presenta su amígdala izquierda con producciones polipoides bastante desarrolladas al nivel de una ulceración superficial de este órgano. Los dos pilares y la porción vecina del velo tenían una coloración roja-frambuesa. Al tacto, la amígdala estaba endurecida, salvo al nivel de la masa poliposa. El ganglio carotídeo izquierdo es grande, indoloro, movable, bajo el dedo. Roseola papulosa concomitante. Reacción de Bordet-Wassermann positiva. Por tanto, debe añadirse esta variedad polipoide de chancro amigdalino a los diferentes tipos conocidos: erosivo, ulceroso, anginoso, diftérico, gangrenoso y epiteliomatoso. El autor insiste en que cualquiera que sea la forma del accidente primario y los tejidos que le rodeen estén mas o menos tumefactos, siempre tendrán una intensa coloración roja-frambuesa característica. Este aspecto especial es, según Portmam, un síntoma de valor, una señal de probabilidad tan importante como la induración de la base o una adenopatía. Finalmente llama la atención sobre la facilidad con que las manifestaciones secundarias se producen al nivel del órgano primitivamente atacado. Cuando la amígdala es la puerta de entrada de la infección sifilítica, es en ella, por haberse hecho el punto débil del organismo, donde la mayoría de las veces aparecen las primeras placas mucosas, a pesar de que el chancro no esté completamente curado.—(*Paris Medical*, 28 febrero, 1920.) E. Luengo.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**3. Tumores neoplásicos simples.**—Los doctores Sanford Withers y L. J. Owen Sr. Louis refieren el siguiente caso:

Una mujer blanca, de veintiocho años de edad, soltera, nacida en Inglaterra, de ascendencia judía, antes de venir del hospital de la ciudad de St. Louis al hospital Barnard, había estado en el hospital del Estado No. 1, en donde sufrió una operación por tumor mamario. Era una deficiente mental.

Al ser admitida al Barnard Hospital existía un tumor en el lado derecho de la cara y se diagnosticó como sarcoma del antro derecho. Había un pequeño nódulo en la porción externa de la línea superciliar, que era en apariencia un carcinoma. La órbita derecha estaba invadida en el neoplasma sarcomatoso. Ambas mamas contenían nódulos duros múltiples y había retracción de ambos pezones.

El estudio microscópico del tejido extirpado en la operación era de un sarcoma de células gigante



que contenía muchas células gigantes multinucleares, con estroma denso de células de tejido conjuntivo fusiforme. Habían invadido el antro. El tumor del arco superciliar derecho era un carcinoma del tipo de células basales.

La paciente no pudo soportar la operación para la extirpación del sarcoma facial y murió el segundo día, después de la operación.

En la autopsia existían, además de los dos mencionados, cinco tipos de tejido neoplástico. Al corte, las mamas revelaron adenofibromas bilaterales, múltiples intracaniculares. El lóbulo izquierdo del tiroide estaba hipertrofiado, y al estudio microscópico se diagnosticó adenoma fetal. Al nivel de la escotadura supraesternal había un quiste multilocular que en apariencia no estaba conectado con el tiroide, y que era de origen dudoso. El quiste estaba cubierto de epitelio cuboideo, aplanado, y se veían unas cuantas células polimorfonucleares en este tejido.

Los ovarios eran quísticos, y casi todo el tejido ovárico se había destruido en el proceso. Había un gran número de miomas uterinos, y el estudio microscópico de este tejido reveló la estructura corriente de los fibromiomas. —(*The Journal A. M. A.* 1-11-920.) (Edición española.)

## GINECOLOGÍA

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Diagnóstico diferencial entre un quiste ovárico voluminoso y la ascitis; el embarazo y el fibroma uterino.** —*Ascitis.*—Antecedentes de enfermedad visceral. Aumento de volumen relativamente rápido. Cara abotagada; color cerco; anemia precoz. Aumento de volumen simétrico en decúbito dorsal; aplastamiento anterior. En la posición sentada, abdomen péndulo. Ombligo prominente y adelgazado.

Fluctuación clara, difusa por todo el abdomen, quedando libres las partes superiores en todas las posiciones y siempre con un nivel hidrostático.

Los intestinos flotan sobre el líquido; la percusión da por lo tanto, un sonido timpánico claro en las partes superiores de la cavidad abdominal, y de macidez en las inferiores, sean cual fuere la posición; es decir, que las áreas sonoras y de macidez varían según aquélla.

Al reconocimiento vaginal se aprecian fluctuación y abombamiento en la vagina.

El útero prolapsado conserva su posición. Su volumen y movilidad no varían.

El derrame desaparece temporalmente por los purgantes y los diuréticos.

Líquido claro y de color algo pajizo. Se coagula espontáneamente.

*Quiste ovárico.*—No hay antecedentes. Gradual. Fanés ovárica. Anemia nula o tardía.

Aumétrico hasta que el tumor es muy voluminoso; prominente por delante. No hay modificación aprecia-

ble. No suele haber modificaciones del ombligo.

Más confusa; limitada al quiste; no se modifica por la posición. No hay nivel hidrostático.

Las áreas sonoras y de macidez no varían con la posición. Fondo macizo sobre el quiste y claro por fuera de los límites de éste, es decir, en los flancos y hacia el diafragma.

La fluctuación vaginal, más confusa o nula.

Útero rechazado hacia adelante, hacia atrás o a los lados por la presión del quiste.

Los medicamentos no producen efecto alguno.

Líquido obscuro o claro y de consistencia variable; albuminoso, pero no se coagula espontáneamente; contiene a veces substancias coloides.

*Embarazo.*—El tumor es duro, no fluctuante; está situado en la línea media, y pueden observarse los movimientos del feto y los ruidos cardíacos; el cuello uterino es blando y existen los demás signos del embarazo; el grado de desancho del tumor y el estado general de la mujer contribuyen a hacer el diagnóstico.

*Fibroma uterino.*—Menstruación irregular y con frecuencia abundantísima; faltan los signos del embarazo; el tumor es noduloso, duro, de contorno irregular y aunque por lo común ocupa una posición algo central, no se halla en la línea media ni es simétrico; su desarrollo es irregular, casi siempre lento, y a veces dura varios años. (*The Medical Record*), núm. 17, 23 de Octubre de 1920.—*F. Toledo.*

## MEDICINA LEGAL

### EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Influencia de las glándulas seminales en la generalización de las enfermedades infecciosas, por H. Mauthner.**—Los experimentos del autor, de los que da cuenta en la Academia Médica de Viena, han sido principalmente referente a la tuberculosis. Inoculando con gérmenes de ésta dos conejillos de Indias, uno castrado y otro no, resultan ambos infestados; pero mientras en este último se produce la peritonitis generalizada y difusa, en el primero sólo se produce la inflamación local y circunscrita. Para obtener estos resultados es preciso que desde que se efectuó la castración haya transcurrido algún tiempo. Quizá estos efectos dependan de la mayor cantidad de tejido adiposo que tiene el que ha sido castrado, que engorda más que el otro. —(*Wiener Medicinische Woch*, 10 de julio de 1920.)—*L. P.*

.....SO.....



# 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

##### La viruela en España.—Salutación

En diversos pueblos de las provincias de Valladolid, Almería y Guipúzcoa, se vienen registrando casos de viruela en número que asusta; los respectivos vecindarios están alarmadísimos; las autoridades disponen la vacunación obligatoria, el pueblo no se vacuna y las salas de infecciosos de los hospitales se llenan.

En todos los tonos, de queja, de reproche, de protesta, por la prensa diaria y la profesional, se ha dirigido a la opinión inculta la voz de los técnicos y de los gobernantes. Hace dos años, hasta la violencia se empleó por algún gobernador que se avergonzara de que la enfermedad evitable se propagara estragadora por regiones enteras.

A nosotros, aunque sea triste confesarlo, ha llegado ya el convencimiento de que no es toda la culpa de nuestros gobernantes ni autoridades el que esto suceda, sino de la incultura en que vive sin excepción de región alguna nuestro desdichado pueblo.

A un mismo tiempo, en el norte, en el mediodía y en el occidente de España, se presenta la epidemia y no son suficientes a combatirla los esfuerzos de las autoridades, por que su remedio está en la evitación del mal y el sencillo procedimiento de inmunizar la población atacada se rechaza por el paisanaje cobarde.

No culpemos en absoluto a las autoridades de la existencia de un mal contra el que aún no se conoce remedio y que es endémico en nuestra patria: la incultura; pero aunque no culpe- mos del todo a las autoridades, estamos muy lejos de considerarlas inocentes y de eximirles de toda responsabilidad. En nuestra legislación sanitaria existen disposiciones, que aplicadas, hubiesen ya cortado la expansión de la epidemia

y en el personal que el Estado paga hay funcionarios que, de haber cumplido con su deber, hubiesen atajado la plaga o podrían hoy hablar alto para decir que no han sido atendidos.

Lo que con la autorizada firma del catedrático señor Bañuelos leemos en *El Sol* respecto a la epidemia en Valladolid y los telegramas referentes a Guipúzcoa y a Almería nos autorizan a pensar que ni los inspectores municipales y provinciales de Sanidad, han mostrado el celo a que estaban obligados, ni las autoridades administrativas y gubernativas (alcaldes y gobernadores) han cumplido con sus deberes según las taxativas disposiciones de lo que se encuentra escrito, ordenado y sancionado. ¿Qué dicen a esto el señor inspector general de Sanidad y el ministro de la Gobernación? ¿No podrían desperdiciarse o apartar un momento su atención de los puchereros electorales para fijarse en esta vergüenza de la viruela, tan fácilmente remediable?

*Amicus Plato, sed magis amica Veritas.*

—O—

Con el número de hoy termina EL SIGLO MÉDICO los sesenta y siete años de una vida consagrada sin bacilaciones ni desalientos a la defensa de los intereses de la Ciencia y de la profesión médica española; al pedir a la Providencia que le sostenga en la misma viril decisión de la defensa de sus ideales, saluda agradecido a sus amigos y sostenedores que a través de las crisis de todo género dan calor a su empresa, aliento a su esfuerzo y convencimiento a su ánimo nunca desfallecido. ¡¡Adelante!!

DEGIO CARLAN





# El profesor Jorge Marión

Durante nuestra última estancia en París hemos tenido ocasión de tratar y ver operar a este ilustre cirujano del Hospital Lariboisière, que goza hoy en Francia de la reputación de ser el primero de los urólogos de aquel país.

La destreza, la seguridad y la prontitud con que ejecuta sus operaciones, y particularmente la prostatectomía, le hacen con justicia merecedor de tal renombre.

Esta operación ejecutada por él resulta un verdadero ejercicio de prestidigitador. Verdad es que la que le vimos practicar era la 923 de las por él hechas.

El doctor Jorge Marión nació en Fixin (en la Costa de Oro) el 1.º de junio de 1869 y realizó todos sus estudios en Dijon, ciudad situada al pie de la misma Costa de Oro, sobre el canal de la Borgoña.

A los veintiún años se trasladó a París, donde comenzó a trabajar como externo de los hospitales hasta que dos años más tarde, en 1892, desempeñó el cargo de interno. En el año 1894 fué nombrado ayudante de anato-

mía y ascendió a prosector en 1890. Por fin, dos años más tarde ingresó de jefe clínico en el Hospital del Hôtel-Dieu, y ya empezó a manifestarse como clínico. Su fama creció rápidamente, de modo que en el concurso celebrado en 1900 para nombrar cirujanos de los hospitales obtuvo el núm. 1, y al año siguiente, en el concurso que celebró la Sociedad de Cirugía para nombrar profesores agregados de la

Facultad obtuvo igualmente el doctor Marión el número 1. Desde que fué nombrado ayudante de anatomía comenzó a dar conferencias que le dieron a conocer como persona especialmente apta para la enseñanza, y estas conferencias ha seguido dándolas en todos los diferentes cargos que sucesivamente ha ocupado

y aún las da en la actualidad. En 1908 comenzaron a versar sus conferencias sobre las enfermedades de las vías urinarias, dándolas en el hospital de Lariboisière; estas conferencias duraron hasta 1912.

Siguiendo una táctica acertadísima, el doctor Marión se dedicó primero a los trabajos anatómicos; después a la cirugía general, y cuando ya poseía vastos conocimientos, tanto de los terrenos donde iba a operar como de los métodos que había de seguir, se especializó en la cirugía de las vías urinarias y en la ginecología.

La operación que más ha ocupado su atención ha sido la prostatectomía, que, como es sabido, es de las operaciones más difíciles de la es-

pecialidad de urología. Es el cirujano de París (y tal vez de Europa desde la muerte del ilustre Freyer) que más prostatectomías ha hecho, y siempre ha mostrado especial empeño en el cuidado y tratamiento postoperatorio, que son para estos operados tan importantes como la intervención misma. Gran partidario de la cirugía conservadora y de evitar en lo posible las incisiones que no son imprescindibles



*J. Marión*



bles, ha preconizado y ha conseguido poner en boga en Francia el tratamiento de los tumores de la vejiga por las vías naturales. También ha hecho numerosos trabajos acerca de la reparación de la uretra.

Los trabajos publicados por el doctor Marión son muy numerosos, y entre ellos citaremos los que nos parecen más importantes: «De la intervención quirúrgica en el curso de y en las lesiones consecutivas a la úlcera del estómago (tesis del doctorado, 1897).» Un estudio acerca del «sarcoma de la lengua» en la *Revue de Chirurgie* (1897). Una comunicación acerca de la hernia inguinoperitoneal, en el *Bulletin de la Société Anatomique* (diciembre de 1899). Un artículo sobre la intervención por herida del corazón, en la *Presse Médicale* del 29 de marzo de 1899 y un artículo sobre la cura radical del fimosis, en la *Semaine Médicale* de octubre de 1900. Un estudio sobre la «anatomía de una mano y de un pie exodactilos», en el *Bulletin de la Société Anatomique* del 17 de junio de 1898. Un artículo sobre la reconstitución de la uretra, en el *Journal d'Urologie* de abril de 1912. Un estudio sobre los quistes de la vagina, en la *Gazette des Hôpitaux*, en febrero de 1902. Una monografía de la cistoscopia en los tumores de la vejiga (en 1911). Una revisión sobre la prostatectomía supra-pubiana y sus resultados durante tres años de práctica (*Presse Médicale*, 1911); y una observación sobre la evolución simultánea de un cáncer y una tuberculosis en el mismo riñón, en el *Journal d'Urologie* de enero de 1912. Recientemente se ha ocupado en el mismo periódico de la importancia de la constante de Ambard para determinar la posibilidad de intervención en los casos de tuberculosis renal sin necesidad de practicar el cateterismo uretral.

Las obras escritas por el doctor Marión son las siguientes: «Manual de técnica quirúrgica» (cuarta edición; Maloine, 1917); «Chirurgie du système nerveux» (Steinheil, 1905); «Thérapeutique urinaire» (Baillière, 1910); «Chirurgie du praticien» (Maloine, 1911); «Leçons de chirurgie urinaire» (Masson & Cie. 1912).

El doctor Marión fué laureado por la Academia de Medicina en 1897 y elegido miembro de la Sociedad de Cirugía en 1908.

## EL CASO DE CHÉCA

Cierto que visité durante unos días a este pueblo, accediendo a los ruegos de su Ayuntamiento, cuyos miembros me exhibieron la dimisión que de la capitular les tenía presentada el médico allí residente; pero exacto también que a raíz de los sucesos narrados por el Sr. Pardo fui requerido con insistencia por la aludida Corporación y por gran parte del vecindario para que les prestase nuevamente

mis servicios, a lo que me negué en absoluto, como igualmente a operar a una vecina de la localidad, pruebas harto fehacientes del dictamen que me han merecido los hechos desarrollados.

He ahí explicada mi verdadera actuación.

José Bosque

Alustante y diciembre de 1920.

## NECROLOGIA

Profesor Mauricio Debove

1845-1920

El día 19 de noviembre falleció en París el profesor Debove, catedrático de clínica médica, presidente honorario del Consejo Superior de Higiene de Francia, presidente de la Liga antialcoholista, decano hasta hace pocos años (desde la época del retiro de Brouardel) de la Facultad de Medicina de París, Son bien conocidos sus trabajos y publicaciones de patología interna. Tenía setenta y cinco años.

## Sociedades Científicas

### Real Academia Nacional de Medicina

SESION LITERARIA DEL DIA 29 DE MAYO DE 1920

#### Ensayos de vacunoterapia en infecciones quirúrgicas.

El DR. PERERA dice que el malogrado profesor doctor Guedea le inició en esta clase de estudios, y hoy puede presentar una estadística de 173 casos de enfermos con infecciones de índole quirúrgica especialmente. Que hay una porción de infecciones de orden estafilocócico, estreptocócico, pneumocócico algunas, aunque menos, y, en fin, de gérmenes de colonias diversas, en las que se ofrece un amplio campo de experimentación de resultados positivos en la moderna terapéutica.

Dice que hay un gran número de enfermos que persisten en un estado de padecimiento crónico con más o menos interferencias subagudas, y que son la desesperación del paciente y del médico que le asiste. Entre ellos se puede contar una infinidad de afecciones, las osteomielitis por ejemplo, en que los recursos terapéuticos no responden con la curación definitiva que se persigue; que consta otro grupo de enfermedades que, una vez curadas, o con apariencia de curación, bruscamente preséntanse brotes agudos que invalidan de nuevo cuando se creía segura la curación, y, por último, hay otra clase de enfermos que presentan infecciones postoperatorias, sea cualquiera la causa.



El doctor Perera afirma que hay otro campo de aplicación para la vacunación, y es lo que pudiera llamarse tratamientos preventivos o abortivos. Una afección infecciosa de índole quirúrgica, conocida y diagnosticada a tiempo, puede yugularse en los primeros periodos de su aparición. Es decir, que cualquier enfermedad que clásicamente se conoce como de una marcha cíclica, pero desde luego desesperante por su duración, puede juntamente ser terminada de una manera favorable y, desde luego, mucho más rápida que abandonada a los medios hoy en general puestos en juego contra esas afecciones.

Habla luego de la cuestión preventiva, y dice que el valor preventivo de la vacunoterapia en cirugía es algo dudoso, porque pocas son las ocasiones en que el cirujano puede contar con medios que aseguren el evitar una infección que rara vez se ha podido prevenir su aparición.

El doctor Perera justifica su tema por ser la vacunoterapia un recurso terapéutico que vence estas infecciones, provoca estímulos, por lo que es el método más lógico, el más racional y quizás el que está abocado a dar mejores resultados en la práctica. El fundamento de todas estas cuestiones se debe en gran parte al profesor inglés Wright, que, tras nuevos estudios que le han hecho modificar lo que creyó al principio, ha establecido una nueva nomenclatura. Supone a todo organismo dotado de un poder mejor preventivo que defensivo, llamado *efláctico*, de defensa, que está ejercido singularmente por la facilidad que pueda tener el organismo para transportar los agentes defensivos al sitio en que sean necesarios, es decir, cumplen el papel de la movilización en la guerra. Este poder lo llama *katafláctico*, y llama fase *epifláctica* a la consecutiva de reacción del organismo, y *apofláctica* a la fase siguiente negativa, y por último, teniendo en cuenta que hay acantonamientos, por decirlo así, en el organismo, de agentes infectivos, a los cuales es difícil atacar en sus posiciones, llama a esto *focos de aflaxia*, capaces de producir una reacción en un momento dado.

Se ocupa con alguna extensión del agente morbo estafilococo, que estima en un 50 por 100 el causante de las infecciones en cirugía, el cual se asocia al estreptococo, pneumococo y gonococo, produciendo esa múltiple variedad que se observa en las complicaciones postoperatorias, por lo cual, antes de aprovecharse de un tratamiento vacunoterapéutico, hay necesidad de analizar qué clase de gérmenes lo integran. El gran predominio de estas infecciones corresponde a las estafilocócicas y sus derivaciones; siguen luego las estreptocócicas, después los colibacilos y, como secundarias, aquellas que afectan a fistulas, abscesos frios, tuberculosos, etc.

El doctor Perera expone la práctica terapéutica que él emplea en determinadas infecciones; que la vacunoterapia está indicada en todas aquellas estreptocócicas de orden local, y cuando la afección se ha generalizado se aprovecha de la seroterapia; que en los

casos de lesión cerrada emplea la autovacuna, que obtiene mediante punciones, en casos de forúnculos, y de trepanaciones en casos de osteomielitis. En aquellos casos de urgencia se aprovecha de las vacunas polivalentes del comercio, sin perjuicio de emplear luego la autovacuna.

Expone también que hay casos en que, por predominar dos especies de gérmenes, se pueden utilizar las vacunas, bien en *orden alternante*, es decir, utilizando en días alternos unas inyecciones y en los intermedios otras, correspondientes al otro agente, o bien empleando primeramente las vacunas correspondientes a aquel germen, cuyos fenómenos importa dominar de momento, y luego, como tratamiento complementario, las vacunas subsiguientes para combatir el germen que resta de mayor importancia.

Afirma que, aun cuando el estado general del enfermo es un factor predominante, en manera alguna puede considerarse como inhabilitado para usar en él la vacunoterapia, pues se da el caso de que, en ocasiones, este empleo sea el único recurso terapéutico para la curación.

Que hay una serie de complicaciones que contraindica la vacunoterapia, como cuerpos extraños (esquirlas, tejidos esfacelados, etc.), esclerosis de los tejidos, los tejidos fistulosos, los de antiguos abscesos rodeados de paredes escleróticas, las asociaciones bacteriológicas y las simbiosis, los estados infectivos graves, sobre todo la tuberculosis, y en particular la diabetes en los grados avanzados y la nefritis.

Termina su interesante comunicación ocupándose de la dosis de estas inyecciones vacunoterápicas; dice que las iniciales deben ser siempre mínimas; al principio el enfermo nota elevación de temperatura; dura poco, no sobrepasa de dos días, dentro de los cuales se pueden hacer ulteriores inoculaciones de dosis, por lo menos doble de las anteriores.

#### Un caso de epiteloma laríngeo tratado por tirotomía con aplicaciones de rádium.

El DR. CASADESÚS manifiesta que trae este caso a la Academia porque cree que todo lo que se relacione con las indicaciones recíprocas de la laringectomía y de la aplicación del rádium en el tratamiento del cáncer tiene siempre un interés de actualidad máxima, cuando se trata de modificar, quizás en algo, las relaciones entre el tratamiento quirúrgico con las indicaciones de la radiumterapia en el tratamiento del cáncer de la laringe, no del cáncer en general, porque el rádium se porta de modo muy distinto, según la región de que se trata. El cáncer laríngeo es uno de los que son influenciados por la radiumterapia; en los cánceres grandes y en los incipientes el tratamiento es nocivo; por esto es eminentemente quirúrgico, y sólo en los casos en que el individuo rechaza la operación puede intentarse la radiumterapia. Pero debe tenerse en cuenta que estas intervenciones en la laringe son operaciones mutilantes del órgano fonético, en to-



talidad o en parte. Puede aceptarse la tirotomía, pero en casos muy restringidos, como cuando el cáncer está limitado al borde de la cuerda vocal, si está movable y no haya pasado por delante de la comisura anterior ni por detrás del proceso.

Describe el caso clínico: se trataba de un individuo de cincuenta y cuatro años; se presentó a su consulta con ronquera persistente. Examinado con el laringoscopio, se observa una tumoración sobre la banda ventricular derecha y el aritenoides del mismo lado; se practica una biopsia y acusa epiteloma; se le propuso la hemilaringuectomía, que rechaza; se le practicó la tirotraqueotomía, extirpando toda la banda ventricular y el ventrículo de Morgagni, rasando todo el tejido aritenoides hasta el cartílago, que dejó al descubierto; cauterización profunda que sangraba bastante; taponamiento, dejando abierta la laringe y canulado al enfermo, con sonda nasal permanente para la alimentación. A las veinticuatro horas, aplicación de rádium, estando la laringe abierta, durante veinticuatro horas y media; quitando este agente, se taponó de nuevo; a los cinco días sutura la laringe, y a los diez se descanuló al enfermo y se quitó la sonda nasal.

El enfermo fué dado de alta a los veinte días, completamente cicatrizada la herida, respirando y alimentándose normalmente y con voz bastante aceptable. A los tres meses apenas se nota el sitio operado; la voz es normal, aunque con el timbre un poco más elevado; la salud del enfermo es perfecta; lleva cerca de un año operado y sin novedad (presenta al enfermo); le hace preguntas para comprobar su estado normal. Termina el señor Casadesús haciendo algunas observaciones sobre la importancia del caso, y dice que tiene la esperanza de que la lesión no se reproduzca.

#### Un caso de biloculación del estómago por úlcera.

El DR. SLOCKER dice que se trata de una enferma que ha sido ulcerosa durante algunos años, con hiperclorhidria, hencatemesis, vómitos, todo lo cual le ha llevado a una desnutrición exagerada. Su proceso ulceroso ha sido tan vivo, que tenía una zona de perigastritis en la cara anterior del estómago y que se pegaba a la pared abdominal, haciendo que los alimentos o líquidos ingeridos se retuvieran en el fondo mayor del estómago.

El doctor Slocker, al intervenir, abrió la cavidad peritoneal, desinfectó la úlcera, deshizo tres grandes bridas que la peritonitis adherida había fraguado y que contribuían a estrechar la luz del estómago. Para que resulte biloculación gástrica es preciso que la úlcera abarque toda la sección del estómago.

Da cuenta de los varios procedimientos que hoy se siguen, como son: incisión longitudinal del estrechamiento y sutura transversal, incisión y anastomosis de las dos bolsas, gastroenterostomía para la primera y segunda bolsas, etc., etc. El procedimiento que siguió el doctor Slocker fué resección de la úlcera e invaginación. No hizo falta gastroenterostomía, puesto que

el píloro funcionaba muy bien y no había lesiones en el duodeno. La enferma curó. Enseña varias radiografías seriadas, obtenidas después de la intervención.

Termina aconsejando sobre la utilidad de la sutura en tres planos, en vez de dos, por permitir mayor seguridad para evitar hemorragias, para favorecer la exacta confrontación de las superficies que pueden supurar.

DOCTOR CESALDO

## Sociedad Ginecológica Española <sup>(1)</sup>

SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA 27 DE OCTUBRE DE 1920

Presidente: DR. BECERRO

### ORDEN DEL DÍA

#### Probable embarazo ovárico

II.—Herminia Elosua Fernández, de veinticuatro años, de Madrid, calle de Echegaray, 5, enferma número 560, serie B de nuestro registro. Menarquia a los quince años, tipo 4/30 con un aborto hace un año; la menstruación es escasa y desde el aborto tiene irregularidades en la menstruación, flujo blanco y dolores lumbares. Líbido normal sin molestia en el coito. La enferma con buen hábito exterior y mamas y genitales externos bien desarrollados, nos da a la exploración vaginal la presencia de un tabique grueso y resistente de unos dos dedos de anchura en sentido antero-posterior y que nace un dedo por detrás del introito prolongándose hasta la proximidad del hocico de tenca en donde termina por un repliegue facilforme que llega más cerca del hocico de tenca hacia el Douglas, que por el fondo de saco anterior permitiendo en este sitio una verdadera comunicación entre las dos vaginas por la que se puede pasar bien el dedo índice, de una a otra se nota un cuello bilobulado con orificio prolongado transversalmente como resultante de la fusión de dos orificios circulares, y con el especulum se demuestra la presencia de una metritis de cuello. A esta enferma le practicamos días después, la excisión del tabique vaginal con objeto de poderle hacer curaciones en el cullo y de dejar amplia y libre la vagina para el caso de un posible parto en lo porvenir. En el presente curso aun no hemos visto a esta enferma.

III.—Francisca García Méndez, de veinticuatro años, habitante en Madrid, calle de Villamil, 8, enferma número 228, serie B de nuestra estadística. Menarquia a los diez y siete años, tipo 3/30. Nos refiere esta enferma que ha tenido ya tres abortos y que ahora se cree nuevamente embarazada, por lo que viene a consultarnos con objeto de que llegue el embarazo al final, pues tiene grandes deseos de tener un hijo vivo. Nos

(1) Véase el número anterior.

**PAPELES YHOMAR**

Simple con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).  
CULTIVO DESECADO, EN PÓLVO, DE BACILOS LAOTICOS  
LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34.—Valencia.



cuenta que hace siete años tuvo un parto de siete meses, cuyo fruto vivió dos días, hace dos años un aborto de cinco meses y hace un año otro de seis meses, habiéndose dedicado después de este último a lactar un niño habiéndolo criado perfectamente. A la exploración nos encontramos una vagina tabicada completa, llegando cada vagina a un cuello distinto, el cuello izquierdo poco desarrollado, blando tiene el orificio externo redondeado de diámetro de una cabeza de alfiler negro. El cuello derecho bien desarrollado, doloroso a la presión, con el orificio alargado como de mujer que ha parido, y el cuerpo en forma de globo, tocándose su fondo cuatro dedos por encima del pubis. Por si había estrechez pélvica, hicimos pelvimetría, encontrándonos una pelvis absolutamente normal. El día 1 de septiembre notó movimientos activos del feto, y el 2 de octubre, último día que la vimos, el útero llegaba a dos dedos por debajo del ombligo; el cuello estaba reblandecido y se notaba peloteo fetal en el útero derecho y nada en el izquierdo.

En esta época pensábamos si una cesárea practicada después de los siete meses podría dar a esta mujer un ser en condiciones de viabilidad; pero la enferma no volvió más a la consulta, habiéndonos informado posteriormente de que la historiada ha tenido un hijo, que cría; pero ignoramos en qué condiciones se verificó el parto.

IV.—Carmen Sánchez Portillo, de treinta y tres años, habitante en la Carretera de Hortaleza, 6; enferma 470, serie B de nuestra casuística. No ha menstruado nunca; nos refiere que desde hace un año tiene dolores en la fosa ilíaca izquierda, que se irradian al abdomen y a la región lumbar, guardando cierta periodicidad; el apetito sexual y el libido son normales. Explorada, nos encontramos con una mujer delgada, alta, con mamas normales, regularmente desarrolladas, y genitales externos normales. La vagina está en dedo de guante por la que sólo penetra en profundidad el dedo hasta la articulación de la segunda con la tercera falange. Se hizo el tacto rectal primero en la forma ordinaria y luego bajo anestesia, y no se toca útero; pero sí un nódulo pequeño a cada lado, pareciendo un poco mayor y algo pastoso el del lado izquierdo. Se diagnostica de útero doble con retención de sangre menstrual en los dos úteros, y se propone la intervención, que es aceptada sin limitaciones y practicada el 23 de abril último en la casa de salud de San José y Santa Adela. Abierto el abdomen nos encontramos que, efectivamente, no existe un útero único, sino una doble vía que, partiendo de la cúpula vaginal llegaba al ovario de cada lado, sanos éstos, pero poco desarrollados, y en el centro de este oviducto un engrosamiento igual a cada lado del tamaño de una almendra grande, e inmediatamente hicimos la extirpación de este doble útero entre pinzas, una verdadera doble histerectomía con objeto de evitar en lo futuro la retención de sangre menstrual, causante a nuestro juicio entonces, de los dolores que tanto atormentaban a la enferma. Los ovarios se respetaron,

naturalmente, pues estaban completamente sanos y únicamente algo pequeños y colocados muy cerca y por debajo de los vasos ilíacos. No se hizo la operación de Baldwin porque la enferma practicaba el coito sin dificultad y a completa satisfacción de ambos cónyuges. La enferma tuvo un curso postoperatorio normal, y los dolores desaparecieron totalmente.

El examen macroscópico de los úteros rudimentarios nos demuestra estar formados por un tejido duro, blanco y compacto sin ninguna cavidad. El examen microscópico hecho en uno de los úteros, nos demuestra que está formado por tejido conjuntivo fibroso, fibras musculares lisas, muchos vasos y rudimentos de glándulas. Se trataba, pues, de un caso de «uterus solidus rudimentarius duplex» análogo al descrito por Kussmaul y Winkel y a otro que yo tuve ocasión de ver en la clínica del profesor Wertheim y en el que se practicó la operación de Baldwin, por exigirlo así la paciente.

He descrito los cuatro casos que he tenido la fortuna de observar, empezando por el más sencillo, de útero doble con vagina tabicada incompleta; el tercero, de útero doble con vagina doble completa, y el cuarto, de útero doble sólido con imperforación de vagina. Todos ellos son, creo, de gran interés; pero, sobre todo, el más interesante, a mi juicio, es el caso tercero de útero doble con embarazo del útero derecho por tratarse de una muchacha que había tenido tres partos prematuros, y que deseaba tener un fruto vivo, lo que nos hizo pensar en la posibilidad de practicar una cesárea después del séptimo mes; sin embargo, la muchacha parió bien un chico vivo, y como el caso de embarazo en útero doble puede presentarse con cierta frecuencia, yo quisiera que la Sociedad Ginecológica Española diese una panta a seguir en estos casos y sentar así jurisprudencia, como tan brillantemente ha hecho en otras ocasiones.

El doctor García Casal: Me levanto únicamente para anunciar la presentación a esta Academia de otro caso de útero doble, operado por el doctor Bourkaif en la Maternidad.

El doctor Cospedal (hijo): Señores es una lástima que el doctor Luque no haya podido estudiar más detenidamente los tres primeros casos a causa de que en las tres las enfermas dejaron de concurrir a la clínica. También es sensible que a causa de la forma en que está conservada la pieza anatomopatológica que nos ha presentado y que pertenece a su observación cuarta, no pueda observarse más fácil y cómodamente el útero doble, rudimentario y sólido de que se trata.

Por lo demás yo no he de decir ahora, puesto que esto es lo que el doctor Luque solicita de nosotros, otra cosa sino que los úteros dobles, por el mero hecho de serlo, son incapaces de determinar ningún trastorno en las funciones reproductivas, siempre que se trate de úteros dobles no rudimentarios.

Los accidentes tanto obstetricios como ginecológicos que puedan presentarse en mujeres binterinas, son debidos a otras circunstancias, y, especialmente, a la

**TOLUDEN**  
Pelrid's C.º, New-York

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

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



falta de permeabilidad del canal genital que suele acompañar a dicha anomalía.

El doctor Becerro: El interés de casos como los presentados por el doctor Luque, es casi exclusivamente embriológico, puesto que ni desde el punto de vista obstétrico ni ginecológico dan lugar a trastornos especiales, los cuales si se presentan no son debidos a que el útero sea doble, sino a que el útero segmento del canal genital sean tabicados transversalmente.

Un punto, no obstante, merece fijar nuestra atención, y es el de que la existencia de úteros dobles nos puede explicar los casos de pretendida superfetación.

Son las veinte, y se levanta la sesión.

El Secretario de actas,  
COSPEDAL (HIJO).

ACTA DE LA SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA 3 DE  
NOVIEMBRE DE 1920.

#### Hernias extranguladas en los niños

Doctor Blanc Fortacin: La extrangulación herniaria verdadera en los niños es menos frecuente de lo que pudiera ser, dado el número considerable de veces que en la infancia se presenta la quebradura.

Las circunstancias que determinan la extrangulación (propulsión de asa, compresión de la misma, congestión mesenterica, y dilatación paralítica), son las mismas en el niño que en el adulto. Sólo que el segundo elemento evolutivo de la extrangulación (compresión de asa) es de menos intensidad, dada la menor resistencia de las aponeurosis en el niño.

Son frecuentísimos los casos de extrangulación herniaria en que ésta desaparece en un baño, o al clorofórmizar al niño, sin más que una taxis muy ligera y prudente. Los casos de extrangulación, cuyo mecanismo tiene particularidades dignas de comentario, son los siguientes:

Un niño, operado a las dieciséis horas de extrangulación, ofrecía un saco en el cual había líquido herniario fétido y asa violácea; al tratar de exteriorizar el asa ofreció resistencia; se hizo sección alta del anillo interno entrando en abdomen; el asa era cecal; tenía a su alrededor una brida, que examinada detenidamente, resultó ser el apéndice; era una apendicitis, que en su período evolutivo, en lugar de supurar o perforarse, habíase hecho retráctil, convirtiéndose de proceso inflamatorio en proceso mecánico constrictor. Se reseco el apéndice sin infundibilizar el muñon.

Otro caso era el de un niño que presentó bruscamente signos inflamatorios en el cordón espermático; se incendió el escroto, hallándose un quiste funicular, en el cual existía epiplón, asiento de proceso inflamatorio. Se reseco el epiplón, viéndose cómo el muñon de ligadura desaparecía en el abdomen a través de un pequeño orificio situado en el polo superior del quiste. Este no era más que un compartimento de un conducto peritoneo vaginal en vía de oclusión.

(Se continuará.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,7; ídem mínima, 695,9; temperatura máxima, 7°5; ídem mínima, 0°9; vientos predominantes, N. y NNO.

Aunque en general, el estado de la salud pública no sea desfavorable, teniendo en cuenta lo desapacible de la estación, debemos señalar la aparición de una pequeña epidemia de fiebres infecciosas de tipo tifoideo, registrada en los barrios de Santa Bárbara y sus alrededores, y debida, sin duda alguna, a las aguas de que se abastece. La escarlatina sigue siendo muy benigna.

## Crónicas

Real Academia Nacional de Medicina.—Premios de esta Corporación.—Examinados por esta Academia los trabajos presentados en opción a los premios correspondientes al año 1920, se acuerda:

Primero. Adjudicar los dos premios Rubio de 1.200 pesetas cada uno al doctor don Gonzalo Rodríguez Lafora, por su obra *Los niños mentalmente anormales*, y al doctor don Enrique Suñer y Ordoñez, por su obra en tres tomos *Enfermedades de la infancia. Doctrina y clínica*.

Segundo. No adjudicar recompensa alguna al autor de la memoria *Concepto actual de la neurastenia*, con el lema *Zagal*, única que se ha presentado a concurso.

Lo que se publica para conocimiento de los interesados, que deberán concurrir el domingo, 9 de enero próximo a las cuatro de la tarde, al local de la Corporación, en que se celebrará la sesión inaugural del año académico, a recibir los mencionados premios. Los interesados residentes en Madrid recogerán en persona los premios en el acto de dicha sesión, y los de fuera, bien en persona o con autorización debidamente justificada.

Los que por cualquier circunstancia no pudieran retirar las mencionadas recompensas, lo podrán realizar en la oficina de la Corporación, de once a una de la tarde.

### INTERESANTE A NUESTROS SUSCRITORES.—

El día 11 hemos entregado a nuestro banquero el giro contra los suscriptores que aún no han abonado el actual año de 1920. Les rogamos hagan efectivas las letras a su presentación (aunque no las crean corrientes), pues de lo contrario nos irrogarían muchos gastos y grandes perjuicios. Después pueden escribirnos, y sus quejas serán debidamente atendidas.

ADVERTENCIA.—Las letras llevarán un aumento de una peseta cada una, aunque los gastos de giro nos cuestan algo más. Los que envíen el importe de la suscripción por giro postal, pueden descontarse los gastos que el giro les ocasiona.

El doctor Recasens representará a España en el Centenario de la Academia de Medicina de París.—La Gaceta del día 20 publicó una Real orden del Ministerio de Ins-

# 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.



trucción Pública, aceptando la invitación hecha por el Gobierno de la República francesa, para que un representante de España asista a la celebración del centenario de la Academia de Medicina de París.

El gobierno español ha tenido al mismo tiempo el acierto de designar como su representante al ilustre decano de la facultad de Madrid, doctor don Sebastián Recasens.

Las notorias cualidades del eminente profesor nos relevaban de hacer comentarios.

**El doctor Villegas director del Sanatorio de Guadarrama.**—Recientemente se ha designado para desempeñar el puesto de director del Sanatorio del Guadarrama, al joven e inteligente especialista en enfermedades del pecho, doctor Ramón Villegas.

La actividad y laboriosidad del doctor Villegas, unidas a su juventud, le ofrecen un puesto en el que no dudamos que triunfará, y, al mismo tiempo, son garantías para el buen servicio del sanatorio, que es, o debe ser, uno de los primeros de su clase en España.

Nuestra enhorabuena.

**Colegio de Huérfanos de Médicos.**—Nos ruega el Patronato de esta fundación que nos dirijamos a los Colegios Médicos provinciales y a los médicos en particular advirtiéndoles de la conveniencia de que los agasajos y donativos que piensen dedicar a los niños con motivo de las fiestas de Navidad, sean enviados en la siguiente forma: Los donativos en metálico, en giros, etcétera, directamente y a nombre de D. Enrique Isla Bolomburu, tesorero del Patronato y decano de la Beneficencia provincial y los regalos en especie, directamente al Colegio y a su director, calle del Pilar, 45 (Guindalera).

**A nuestros lectores.**—La Administración del Correo Central nos comunica que, deseando dar una nueva organización al Negociado de Apartados, a fin de conseguir una más rápida y segura distribución de la correspondencia, se hace necesario, para obtener el resultado apetecido, que todas las cartas dirigidas a los abonados lleven consignada con toda claridad la dirección completa de los titulares, y además, con caracteres perfectamente visibles, a la izquierda del punto de destino, el número del apartado correspondiente.

Agrega, además, que todas aquellas que no vengán extendidas en esta forma serán entregadas a los carteros urbanos, para su reparto.

De conformidad con este aviso, y para evitar los perjuicios y los retrasos que su incumplimiento produciría, rogamos encarecidamente a todos nuestros comunicantes que en la correspondencia dirigida a EL SIGLO MEDICO se ajusten a lo establecido, consignando con toda claridad, con el título de nuestro diario, la indicación «Apartado núm. 121».

**La conferencia del profesor Duval.**—Como dijimos en nuestro número anterior, el próximo lunes 27 a las siete de la tarde, dará en la Academia Nacional de Medicina, una conferencia sobre la cirugía del pulmón, el profesor Duval, de París. La gran autoridad de éste ilustre hombre de ciencia, su práctica durante la guerra, dan extraordinario valor a las afirmaciones de este profesor y su conferencia será escuchada por todos los médicos deseados de conocer este aspecto de la cirugía moderna.

**LABORATORIO DE ANALISIS DEL DOCTOR GIRAL.** Análisis clínicos (orinas, esputos, sangre, etc.); agrícolas (tierras, abonos, etc.); metalúrgicos (minerales, combustibles, etc.); bromatológicos (aguas, vinos, etc.); de productos y drogas diversos.—Atocha, 35. Tel. M. 33. Farmacia y laboratorio del doctor Giral.

**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, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

## PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)

Preparado por

JOSÉ ROBERT Y SOLER

INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACEUTICO

FARMACIA ROBERT-Laura 74

BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



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