

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real Nacional de Medicina.	J. MADINAVEITIA Médico del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
V. CORTEZO Profesor del Instituto Alfonso XIII.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. Profesor del Instituto Alfonso XIII.
L. ELIZAGARAY Médico del Hospital General de Madrid.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
A. FERNÁNDEZ Alumno de Medicina.	T. HERNÁNDEZ Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	J. ORTIZ DE LA YORRE Cirujano del Hospital General de Madrid. Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
M. GAYARRE Ex-Director de los Manicomios de Ciempozuelos.	F. LÓPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
		A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
		P. DEL RÍO HORTEGA Del Laboratorio de Investigaciones Biológicas.
		G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
		JOSÉ SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico del Hospital General.
		F. TELLO Sub-Inspector General de Sanidad.
		L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

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

### PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: La reforma de los manicomios españoles, por el Dr. E. Fernández Sánz.—Casuística de pericarditis, por el doctor Francisco Huertas.—Manifestaciones oculares en la encefalitis letárgica, por el Dr. Manuel Marín Amat.—¿Un remedio contra la fiebre tifoidea?, por A. Díaz y Gil.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—La existencia del alma, por el doctor Abdón Sánchez Herrero.—Sociedad Ginecológica Española.—Sección oficial: Real Academia Nacional de Medicina.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

## La reforma de los manicomios españoles

POR EL

DOCTOR E. FERNÁNDEZ SÁNZ.

Miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina; jefe facultativo del Hospital de Jesús Nazareno; profesor de la Facultad de Medicina de Madrid, etc.

Vuelvo de nuevo a tratar de este tema, que hace poco más de dos años inspiró mi discurso leído en la *Sociedad Española de Higiene*, en la sesión inaugural del curso de 1918 a 1919 (1). Acaso parezca tediosa esta insistencia, pero a ello me obligan la importancia apremiante de tal cuestión, que es de urgente interés y de imperiosa actualidad siempre, como todo lo que supone alivio de las penalidades que sin defensa sufren infelices hermanos nuestros y habiendo además su apremio y su urgencia aumentado por la valiente y humanitaria denuncia formulada, hace pocas semanas en la mencionada *Sociedad Española de Higiene* por el doctor Decref, generoso y entusiasta paladín de todas las causas justas. La vibrante acusación de

nuestro compañero fué recogida y elocuentemente glosada en el *EL SIGLO MÉDICO* por la diestra pluma de «Decio Carlán», maestro y patriarca del periodismo profesional, habiendo también encontrado eco en la Prensa política estas razonables protestas contra los abusos tan inveterados como vergonzosos, que en el régimen de los manicomios españoles se vienen cometiendo.

Estos son los antecedentes inmediatos que dan realce de interés actuali y de oportunidad momentánea aparte de la que perenne e intrínsecamente tiene al tema de la asistencia a los alienados y, por tales motivos, juzgo pertinente plantear de nuevo esta cuestión, sin sentirme desesperanzado ni por la ninguna eficacia que tuvieron mis anteriores lamentaciones por el deplorable estado actual de nuestros frenocomios, ni por el silencio y el olvido con que fueron acogidos mis proyectos de mejora de una situación ignominiosa, que los más elementales sentimientos de confraternidad humana debieran impedir que continuara ni un momento más.

Como antecedentes más remotos de estos mismos propósitos de redención del loco en nuestra patria, debe citarse la briosa campaña periodística realizada hace algunos años por el doctor Lafora, denunciando en los diarios de información general, los defectos, algunos de ellos indignantes e imperdonables

(1) Fernández Sánz: *La asistencia a los alienados en España*; su pasado, su presente y su porvenir, Noviembre de 1918.



que había observado en sus visitas a diversos manicomios; tampoco los artículos de nuestro compañero produjeron el fruto que hubiera sido de desear y su voz autorizada perdióse, como la mía, en el desierto de la pública incomprensión.

Otras muchas quejas más o menos vehementes y con mayor o menor insistencia expresadas, se han hecho públicas en la Prensa en estos últimos años, formuladas por médicos o por personas ajenas a nuestra profesión, pero se trata siempre de opiniones individuales prestamente ahogadas por la glacial indiferencia que los gobernantes y en general todos los hombres políticos, sienten hacia este asunto de la protección a los locos, como si se tratara de seres inanimados o pertenecientes a otro planeta.

También los periódicos refieren con lamentable frecuencia, sucesos desgraciados ocurridos en los Asilos de enajenados, de los que éstos son víctimas y que revelan una inconcebible negligencia, cuando no una criminosa o brutal conducta en los encargados de su custodia; pero la lectura de tan lastimosos hechos despierta no más que un fugaz sentimiento de conmiseración o a lo sumo un débil movimiento de indignación, muy pronto extinguido, sin que llegue a constituirse un firme y persistente estado de opinión general lo bastante poderoso para obligar a las autoridades públicas a remediar y prevenir tan tristes contingencias.

Hay además otra circunstancia demostrativa de lo universalmente difundida que se halla la convicción de que en las instituciones frenopáticas son mal tratados los en ellas acogidos, y es la casi constante resistencia que en las familias encontramos los que atendemos a esta clase de enfermos, para lograr que sean internados en dichos establecimientos; los parientes, los que son verdaderamente cariñosos y sienten sincero afecto por el paciente, demoran la reclusión todo lo posible; sólo consienten en ella en el último extremo y si es factible la esquivan cuando disponen de suficientes medios pecuniarios, prefiriendo a ella el aislamiento individual o privado en un hotelito o casa de campo, con todos los dispendios exigidos por una tan costosa instalación, con la asidua vigilancia de un médico especialista, con un numeroso personal de servicio convenientemente adiestrado y repartido en dos o tres turnos, con los gastos elevados que supone la acomodación de baños, calefacción, abundante renovación de ropas y demás requisitos higiénicos, todo lo cual hace ascender el coste de este modo de asistencia al enfermo psicopático a una cifra sólo asequible a los privilegiados de la fortuna.

Este horror que al vulgo inspiran los manicomios está por desgracia justificado, tristemente debemos reconocerlo así, por las pésimas condiciones de la mayoría de ellos; pero debemos luchar para que esa repugnancia se desvanezca, mejorando dichas condiciones, pues sólo así será posible aplicar íntegramente el verdadero tratamiento científico de las dolencias mentales, con la consiguiente feliz atenuación del pronósti-

co de las mismas, a todo linaje de psicópatas lo mismo ricos que pobres. Es preciso convencer a todos de que las enfermedades psíquicas, salvo muy contadas excepciones, no se pueden tratar bien más que en establecimientos donde al máximo de competencia y de asiduidad en la vigilancia por parte del personal médico y subalterno se una la posesión de un copioso arsenal de recursos terapéuticos y de medios de investigación diagnóstica en laboratorios pródicamente dotados, así como el más perfecto cumplimiento posible de las normas higiénicas en lo referente a aire y luz, limpieza, régimen dietético, etc.; en Institutos, en suma, donde todas las posibilidades teóricas de la progresiva psiquiatría moderna, encarnen en la realidad práctica para beneficiar al enfermo. Pero, ¿qué radical reforma no es necesaria para que nuestros detestables frenocomios actuales se aproximen a ese ideal del Hospital psicopático, que todavía tenemos que resignarnos a llamar futuro?

Este rápido examen del estado de opinión dominante, tanto entre los profesionales como entre el vulgo acerca del tema que inspira el presente trabajo, demuestra que todos conocen y lamentan las gravísimas deficiencias de nuestros manicomios; pero es preciso que estos sentimientos de protesta, hasta ahora no más casi siempre que latentes y platónicos se exterioricen y coordinen en un vigoroso movimiento colectivo que los lleve por los fecundos derroteros de la acción eficaz y práctica a la reparación de los errores y defectos que ahora deploramos.

El objeto de este trabajo no es otro que el de estimular la voluntad de quienes pueden emprender la corrección de la intolerable situación actual de nuestros Asilos de alienados, para lograr que esta cese, animándome el deseo de que lo que se proponga tenga inmediata aplicación en la realidad, con lo que evitaré que se me tilde de utopista y mis soluciones no podrán tacharse de puramente teóricas e irrealizables.

Voy, pues, a trazar aquí únicamente las líneas generales de lo que merece llamarse el *programa mínimo* del mejoramiento de la asistencia a los alienados, constituido por aquellas reformas que, a la vez, son las de mayor urgencia, las de eficacia más inmediata y las de implantación más fácil, por lo que se debe pedir a los Poderes públicos que sean rápidamente puestas en práctica.

Pero aunque adoptemos por el momento como objetivo directo y más próximo este programa mínimo, no debemos conformarnos con él, sino perseguir la realización, en etapas graduales, de la total transformación de los servicios frenocomiales, que coloque a éstos, *prácticamente*, a la altura que en nuestros días ha alcanzado la Psiquiatría científica.

Sin forjarnos vanas ilusiones, hemos de declarar sinceramente que en el mejor de los casos habrán de transcurrir muchos años hasta llegar al completo logro de ese ideal de los alienistas contemporáneos, más aún considerándole como muy remoto, para mantener la conveniente unidad de miras y de tendencias



definitivas a través de los progresos parciales que escalonadamente hay que ir preparando, me permitiré recordar cuál es el contenido fundamental del amplio proyecto de reforma expuesto en mi ya mencionado discurso inaugural de la *Sociedad Española de Higiene*, copiando a tal efecto las conclusiones del mismo, que dicen como sigue:

«1.º Promulgación por el Estado de una ley global, completa, de protección a los alienados; institución de un cuerpo de inspectores alienistas que aseguren el cumplimiento de esta ley y fundación de un Manicomio Modelo donde se practique la asistencia psiquiátrica integral.

«2.º Construcción de los Manicomios Asilos regionales con sus accesorios de escuelas, talleres, granjas, colonias rurales, etc.

«3.º Creación de 49 departamentos psiquiátricos anejos a los Hospitales provinciales, para la observación de alienados y el tratamiento de los afectos de psicosis agudas; departamentos análogos podrán también crearse en los Hospitales urbanos de las ciudades populosas que no son capitales de provincia.»

Es del caso advertir que este esquema, por mi diseñado hace tres años, ofrece en el fondo analogía con el boceto de asistencia a los alienados en el porvenir que, a modo de epílogo, trazan Tamburini, Ferrari y Antonini al final de su grandiosa obra sobre este tema (1), publicada en el mismo año 1918, pero que no llegó a mis manos hasta después de leído mi mencionado discurso, por lo que no pude citarla en éste. Los autores italianos abogan por la creación de Institutos urbanos de observación y de cura y colonias campestres, que vienen a corresponder, respectivamente, a los departamentos psiquiátricos hospitalarios y a los Asilos regionales con granjas y colonias rurales adjuntas de mi proyecto. Cito esta coincidencia como prueba de la unidad del criterio dominante en los que de estas cuestiones se ocupan en los distintos países.

Pero repito que no es esta la ocasión de abordar en toda su vasta amplitud ese magno programa de la reorganización de la total asistencia manicomial, pues por lo costoso y por necesitar innovaciones legislativas habría de tropezar con muchos obstáculos en las esferas de la administración pública; debemos por lo pronto conformarnos con gestionar la aplicación de aquéllas reformas más urgentes, más sencillas y menos dispendiosas, constitutivas del que he llamado programa mínimo y entresacadas del proyecto general, atendiendo a las mentadas condiciones de urgencia, sencillez y economía, siquiera esta última sea sola relativa, pues evidente es que una mejora de tanta transcendencia supone algunos indispensables gastos.

La enumeración de las transformaciones contenidas en las conclusiones que en párrafos anteriores he copiado, comprende medidas de tres clases, unas de or-

den legislativo, otras referentes al personal que ha de tratar y cuidar a los alienados, y otras, por último, relativas a los edificios y demás condiciones materiales de albergue de los mismos.

Empecemos por apartar la modificación legal, pues dadas las condiciones de funcionamiento del Poder legislativo en España, tardaría muchos años en promulgarse esa tan necesaria ley de protección y asistencia a los locos, y el estado actual de esta cuestión no permite tan largos aplazamientos, sino que reclama rápido remedio; habrá, pues, que disponer por decreto las medidas más precisas, en tanto que la ley se redacta, se discute y se aprueba.

Descartada la fórmula legislativa, restan las cuestiones prácticas de personal y de material que antes he señalado; unas y otras son sumamente importantes, pero aquéllas, las relativas al personal, han de merecer la primacía en su resolución, pues las condiciones materiales, en lo que a edificios respecta sobre todo, permiten la habilitación de los actuales mediante ciertas modificaciones y acomodos de no mucha trascendencia; pero las personas encargadas ahora del servicio de los Manicomios, ni por su escaso número, ni por las deficientes condiciones de los servidores de inferior categoría, pueden satisfacer, ni remotamente siquiera, a las necesidades de la Frenopatía moderna.

La reforma de los Manicomios españoles debe comenzar, por lo tanto, y lo más pronto posible, por la reorganización del personal, tanto facultativo como subalterno, aumentando su número y realizando su valía mediante la selección en el ingreso y la seguridad de permanencia en los cargos.

Adolecen los establecimientos frenopáticos españoles de una lamentable escasez de personal, con las consiguientes deficiencias en el cuidado de los locos.

En mi discurso de la *Sociedad de Higiene* cité algunas cifras, que me parecen muy demostrativas, referentes al conjunto de empleados técnicos subalternos (practicantes y enfermeros), a los servidores que ejecutan trabajos de índole general, en la cocina, lavaderos, talleres, huertas, guardería, etc., y las Hermanas de la Caridad y otras instituciones religiosas que desempeñan una misión análoga a la de las Hijas de San Vicente. En ese cómputo no contaba a los médicos, que quedan, por lo tanto, descartados en los cálculos que voy a exponer a continuación.

En el citado discurso indicaba que la proporción adecuada entre asilados y asistentes (entendido este concepto en el sentido que acabo de enunciar) era la de uno de éstos por cada cuatro de aquéllos; es decir, que en un Manicomio de 400 camas, por ejemplo, debía haber 100 empleados de las mencionadas categorías; pero en la mayor parte de nuestras Casas de locos la proporción es muy inferior a la consiguada; así, en la de Valladolid es sólo de 1 por 15 (82 empleados para 1.300 enfermos); en la de Oviedo vienen a ser de 1 por 10 (17 para 180, respectivamente); en el de Pamplona, también de 1 por 10 (56 para 550). Únicamente en el Manicomio de Conjo, en Santiago de Galicia, he

(1) Tamburini, Ferrari y Antonini: *L'Assistenza degli alienati in Italia y nelle varie Nazioni*, Turín, 1918.



hallado una dotación de empleados y servidores en proporción aproximada a la propuesta como aceptable, pues se cuentan 117 de éstos para 530 alienados, lo que equivale al 1 por 4,5.

Resulta evidente, pues, que el número de individuos encargados de servicios subalternos en los Asilos de alienados no es bastante para cuidar de éstos de manera satisfactoria; pero aún existe a este respecto un inconveniente más grave que la escasez de personal subordinado, y es la falta de educación técnica y de cultura general y especial en los llamados enfermeros, que pertenecen al tipo ordinario de esta clase de servidores en nuestros Hospitales: son sujetos habitualmente trabajadores y honrados, de buena voluntad y obedientes a las órdenes de sus superiores; pero ignorantes, desprovistos de las más rudimentarias nociones sobre el trato que se debe dar a los enfermos y sobre las múltiples contingencias en que han de intervenir; faltos, en suma, de toda preparación, así teórica como práctica, para el cargo que desempeñan.

Es preciso, por consiguiente, elevar el nivel cultural de los enfermeros, enseñándoles previamente en su aspecto práctico el arte de cuidar a los enfermos en general y a los mentales especialmente, sometiéndoles a un aprendizaje técnico, contrastado por exámenes y pruebas semejantes a los exigidos por algunas instituciones privadas, por la Cruz Roja, etc.

Y no sólo habremos de cuidarnos de la instrucción de los enfermeros, sino que también importa mucho no admitirlos sino ejerciendo una selección desde el punto de vista moral, rechazando a los no que reúnan ciertas condiciones de carácter, de paciencia, de humanidad, de templanza, etc., que eviten a los locos el riesgo de ser víctimas de los impulsos brutales o perversos de los encargados de cuidarlos; como, por desgracia, suele ocurrir ahora. Claro es que esta elevación en dignidad y en cultura intelectual de los enfermeros requiere necesariamente el aumento de sus sueldos y la mejora de los locales que habitan en los Hospitales y Asilos.

En cuanto a los practicantes, poseen casi todos la suficiente cultura técnica general, asegurada por el título oficial que poseen; pero debe ser completada por la instrucción psiquiátrica y por el aprendizaje práctico, mediante la estancia en un Manicomio, antes de ser aceptados como titulares en sus cargos. Los practicantes habrán de residir necesariamente en el Establecimiento donde presten sus servicios.

La organización del Cuerpo médico de los Asilos de enagenados tienen tal importancia, que debe considerarse como el eje de toda reforma que pretenda ser eficaz, puesto que las innovaciones de todo género habrán de ser inspiradas, guiadas y convertidas en hechos prácticos por los alienistas en activo servicio. Afortunadamente, esa organización será fácil, pues se cuenta en los Manicomios públicos con un personal facultativo que tiene dadas cumplidas pruebas de ciencia, de pericia, de celo y de abnegación. No se trata, pues, de improvisar médicos psiquiatras, ni siquiera

de elevar en proporciones considerables el número de los existentes, pues con un ligero aumento habría bastante, sino de formar un organismo dotado de cohesión de firmeza en cuanto a destinos, ascensos, etc., y, sobre todo, de independencia respecto de las Corporaciones políticas y del funesto caciquismo.

Una de las primeras medidas que deben adoptarse es, por lo tanto, la creación del Cuerpo de Médicos de los Manicomios oficiales, conservando en sus puestos a los actuales titulares, formando un escalafón, que daría el derecho a la elección de vacantes según el orden riguroso de colocación en el mismo con la antigüedad como sólo procedimiento de ascenso, y con ingreso por un medio único, por oposición, verificada ante un Tribunal, centralizado en la capital de la nación y constituido por personas de autoridad científica y de criterio independiente, libres de compadrazgos y de compromisos políticos.

El ingreso tendría lugar por la categoría de médicos de guardia, con residencia fija en el Manicomio, ascendiéndose por grados sucesivos a los cargos de médicos de visita, de jefes facultativos, de Asilos de alienados y de inspectores; estos últimos estarían encargados de la vigilancia, no sólo de los Manicomios públicos, sino también de los privados, asunto cuya trascendencia fácilmente se comprende sin que sea preciso insistir en ello.

Una vez que los médicos de los Manicomios hayan constituido un sólido y robusto organismo dotado del prestigio y de la consideración social, así como del fecundo poder de iniciativas y de progreso que resultan de la conciencia del propio valer y de la competencia científica y técnica, y además de la estabilidad en los cargos de la entrada por orden de mérito, de la justicia en los ascensos, de la seguridad en la remuneración satisfecha por el Estado y de la convicción de hallarse fuera del alcance de las ruines luchas políticas y de los rencores caciquiles. Entonces ese mismo Cuerpo facultativo de los alienistas de los Frenocomios oficiales, será el más eficaz promotor de las restantes reformas, pues estamos seguros de que desde el primer instante habría de laborar sin descanso en el perfeccionamiento del personal subalterno y en las mejoras de los locales.

Respecto a estos últimos, en los hoy existentes se puede hacer mucho bueno, aprovechando lo que hay construido con sólo procurar una más racional distribución y acomodación de los servicios y realizar algunas obras de higiene, sobre todo en lo referente a aireación y a instalaciones de agua y de calefacción. No debemos olvidarnos tampoco de que una de las primeras innovaciones que en lo relativo a material habría que emprender sería la creación de laboratorios de investigación clínica y psicológica, de los que carecen la inmensa mayoría de nuestros Manicomios.

No son, pues, las cuestiones de edificación, tan costosas ahora, las primeras que deben preocuparnos, sino la organización del personal médico y subalterno, sin perjuicio de continuar después gestionando todas las





demás mejoras. Para conseguirlo, para lograr que de una vez se acometa la tan necesaria Reforma de la Asistencia a los alienados, poniendo término a la vergonzosa situación actual, se necesita estar convencido de que nada puede esperarse de la decisión espontánea de los gobernantes, siendo preciso forzar su voluntad mediante una enérgica, persistente, sin descanso continuada acción colectiva de protesta contra los males de ahora y de demanda de su corrección con soluciones concretas.

Esta acción colectiva debe realizarla la Liga para la Protección de los Alienados, y por eso vuelvo a proponer su creación, no obstante mi anterior fracaso, rogando a los que entonces me ayudaron, como el notable publicista médico doctor Sanchís Banús, autor de un admirable artículo publicado en *El Figaro* a fines de 1918, que continúen apoyando la idea y que conquisten nuevos prosélitos para esta humanitaria obra, colaborando en el movimiento que en el extranjero impulsa a crear Asociaciones análogas, como la Liga de Profilaxia y de Higiene mental, que está organizando en Francia el doctor Toulouse (1).

Madrid, 5 de febrero de 1921.

## Casuística de Pericarditis

POR EL

DR. D. FRANCISCO HUERTAS

:: :: (Del Hospital Provincial) :: ::

.....

Es frecuente oír de labios de médicos lamentaciones porque los clínicos españoles de mayor fama no publican los resultados de su experiencia, guardando avaros en la memoria cuanto vieron en sus enfermos; pero tal reproche no podrá referirse jamás al doctor D. Francisco Huertas y Barrero, que en su larga carrera profesional, no satisfecho con referir en conferencias y discusiones académicas los frutos copiosos de su práctica, publicó cuanto juzgó que podía ser útil a sus compañeros y a los discípulos que durante mucho tiempo tuvo en sus asiduas visitas en las salas del Hospital Provincial, que lo contó entre sus más acreditados maestros.

Las Prensas han extendido y dado a conocer su obra sobre el Paludismo la más completa de tal materia publicada en España, y sus trabajos sobre enfermedades del corazón y de los vasos, y acerca de la pleurotomía que él mismo realizó muchas veces, y de las pneumopatías poco frecuentes, y del artrismo de la pelagra y de otras muchas enfermedades.

En todos sus escritos revela no sólo sus delicadezas en el reconcomiento de los enfermos, su atinado juicio en el diagnóstico y su perspicacia en el pronóstico, sino que jamás desmayó en seguir con atención

asidua cuanto de nuevo se descubre, utilizando sin temores ni reservas cuanto los progresos de la Medicina han alcanzado en nuestros días; siendo de los primeros que han llevado a la práctica los poderosos recursos terapéuticos nacidos del estudio de las secreciones internas, como se ve en luminosos escritos suyos.

Ahora mismo acaba de dar gallarda prueba de cuanto llevo dicho en un artículo interesante, como todos los suyos, insertado en el número 6 de los *Archivos de Cardiología y Hematología*, con el título de «Casuística de Pericarditis».

En rápida ojeada cautiva, desde luego, la concisión, la claridad y la sencillez de sus relatos, y aún más todavía que haya escogido al contrario de lo que suele ocurrir, no casos de éxitos deslumbradores, sino aquellos que enseñan, puesto que de tres enfermos dos fallecieron, y alguno con sorpresa necrópsica.

En ello revela condiciones poco comunes de maestro. Esto me trae a la memoria aquel modelo de catedráticos, operador por nadie superado en el arte quirúrgico, D. Juan Creus, que en tertulia científica a que concurrí hace muchos años expuso casos de su práctica, desgraciados todos en el resultado, lo cual calificó con su gracejo el doctor Lectamendi, diciendo: «Esto es un bombo del revés.»

Más aleccionan muchos casos que terminan con la autopsia, que los totalmente curados.

El primero que refiere Huertas fué, en cambio, notable curación.

Se trató de una joven soltera, vendedora ambulante, que entró en el Hospital con fiebre de 40°, dolores intensos en las articulaciones, pulso 120, gran disnea y dolor precordial. Se trataba de reumatismo paliarticular agudo, con pericarditis. No hemos de copiar aquí la minuciosa descripción de tan curiosa historia, ni los fundamentos de su diagnóstico que pueda verse por la lectura del artículo que comentamos, pero sí consignar el resultado de gran mejoría por el acertado tratamiento de inyecciones endovenosas de cinco miligramos de sublimado disueltos en centímetro cúbico de suero fisiológico; cuatro ventosas escarificadas en la región precordial, dieta láctea y agua alcalina para bebida a todo pasto.

Aunque la mejoría fué notable, no fué bastante a evitar el derrame que anunció el doctor Huertas, y que puso en inminente peligro de muerte a la enferma, peligro salvado merced a la punción del pericardio, del cual extrajo 650 gramos de un líquido amarillo, rico en fibrina.

Agrada leer el diagnóstico diferencial que hace el doctor Huertas entre la pericarditis y las flegmasias de pulmón, pleura y endocardio de un sabor práctico muy superior a lo corriente en libros de patología.

Aunque me parece demasiado optimista su afirmación cuando dice que merced a los adelantos de la sermelología con los trabajos de Bayle Laennec Andral y Pgory, puede sentarse la proposición diciendo que la pericarditis, en la mayoría de los casos, es una enfermedad fácil de diagnosticar.

(1) *L'informateur des Alienistes et des Neurologistes*, 25 de diciembre de 1921.



Indudablemente es fácil el diagnóstico cuando los ruidos son claros y precisos, tanto, que algunas veces, como dice Romberg, llega a percibirlos el propio enfermo cuando se trata de aquellos que se producen en el pneumopericardias, comparables al sonido de dos campanas de plata de distinto tono, y que se oyen sincrónicamente con los latidos cardiacos; pero en muchos casos es tan difícil el diagnóstico, que el doctor F. Külbes, de Berlín, dice que muchas veces se han confundido pericarditis con miocarditis, endocarditis y hasta con pleuresias, y que la autopsia ha descubierto el error, y exclama: ¡Parece mentira que hasta en el Hospital con repetidas observaciones del enfermo, pasen inadvertidas extensas inflamaciones!»

Me parece justo consignar que esa facilidad que atribuye mi ilustre compañero a los adelantos de la semelología es debida, más en esta ocasión al oído y la perspicacia de clínico tan experto, que confiesa que hubo necesidad de poner en tela de juicio, si alguno de los principales síntomas no pudieran ser expresión de una flegmasia del pulmón, de la pleura o del endocardio.

Un mismo síntoma puede tener distinto valor para el clínico. Un ruido de roce pericardíaco puede ser debido a producciones inflamatorias, a neoplasias, a placas calcáreas y aun solamente a sequedad de la serosa en las grandes pérdidas de suero sanguíneo, como en el cólera. Por contraste con los ruidos de soplo endocardiaco que guardan relación con las fases del trabajo del corazón, los pericardiaco pueden ser independientes del sístole y del diástole en alguna parte.

No trato yo de quitar importancia a los progresos de semiología, ni menos a los aparatos y procedimientos exploradores cuando hay diagnósticos que hace el microscopio o el reactivo; pero dejemos en su elevado concepto lo que corresponde a los sentidos, al cerebro y al juicio del médico con las cualidades que puede lucir el doctor Huertas, y que luce en los casos que comentamos, dando lugar al éxito en la primera enferma.

No he de seguir glosando los otros casos, limitándome a recomendar su lectura.

Así podrán apreciarse complicaciones pericardíacas de dos tuberculosas, que se prestan a las atinadas consideraciones que el doctor Huertas explana con singular claridad y atinado juicio; en una encontró extensa caverna en el pulmón izquierdo, y por contigüidad de tejidos, pericarditis secundaria y un proceso enfisematoso que se extendía a cuello y cara, y en otra, también tuberculosa, un derrame pleurítico, habiéndole extraído 1.300 gramos de líquido seroso, y diagnosticando también la pericarditis.

Aunque cedieron a los tratamientos apropiados, las dos murieron, y las sendas autopsias confirmaron cuanto el médico había diagnosticado por percusión y auscultación, y en los comentarios que hace el señor Huertas brillas su erudición, muy especialmente con ocasión de haber encontrado en el último caso al abrir

el pericardio, un enorme escape de gas fétido; y cita la controversia tan corriente en las obras de Patología acerca de si tales casos proceden de comunicaciones inadvertidas con el medio ambiente mediante pulmones o bronquios, o si pueden ser producidas por desarrollos de gases en exudados pútridos, como alguno sostiene citando los trabajos de Eward Niefuer Dressler y otros sabios.

Merece también consideración especial cuanto afirma respecto a las manchas tendinosas que otros llaman lechosas, del pericardio que tantas veces vió en la mesa de autopsias; pero que confiesa que jamás las diagnosticó. Asunto muy discutido entre patólogos, alguno de los cuales afirma que pueden acarrear roces. Bizot las encontró 45 veces en 156 autopsias, y Friedreich en más del 50 por 100.

Resulta, pues, que, más bien que un artículo, es el trabajo del doctor Huertas interesante monografía, a la cual pone como adecuado remate una historia inédita de un cuerpo extraño enclavado en el corazón y extraído con su indiscutible pericia por el doctor Ortiz de la Torre, tan eminente cirujano, y que tanto útil podría dar a la publicidad si no se lo impidiera su excesiva modestia.

Todo esto me da ocasión para rendir un aplauso al doctor Huertas por su escrito, y una amonestación a mi fraternal amigo el doctor Ortiz de la Torre con la amenaza de que, si continúa callado, le incluiré entre los clínicos avaros de su ciencia, de quienes critiqué al empezar estas cuartillas.

JOSÉ GRINDA.

## Manifestaciones oculares en la encefalitis letárgica

POR EL

DOCTOR MANUEL MARIN AMAT

Oculista del Hospital Provincial de Almería

.....SOS.....

Conferencia dada en el Colegio de Médicos de esta provincia el día 6 de noviembre de 1920, con motivo de la discusión del tema «encefalitis letárgica», desarrollado por el doctor Solves.

SEÑORES:

El tomar parte en la discusión del tema tan magistralmente expuesto por el doctor Solves tiene por objeto el felicitar muy efusivamente en primer lugar a tan competente compañero por la interesante, completa y magnífica descripción que ha hecho de la encefalitis letárgica, que a nuestro juicio en nada tiene que envidiar a las mejores que se han dado sobre el particular. El doctor Solves es un clínico experto, muy ilustrado y un gran observador.



Y tan conformes estamos con este modo de pensar, que suscribimos en un todo la opinión del doctor Solves, que compartimos en todos sus extremos. Es la encefalitis letárgica afección que se presta al estudio del oculista, y por ello nos permitimos expresarnos en estos términos.

En segundo lugar, nuestra especialidad exige el perfecto conocimiento de las localizaciones motoras del aparato de la visión, interesadas en esta enfermedad, y sólo a título de ampliar lo manifestado por el Solves es por lo que nos detendremos un poco más.

Ha comenzado diciendo el conferenciante que la encefalitis letárgica es afección caracterizada por un trípole sintomático: letargia, parálisis oculares y carencia de síntomas en el líquido cefalorraquídeo. A ellos se puede añadir la fiebre que en mayor o menor grado existe siempre.

Cree también que la encefalitis letárgica es afección completamente distinta de la gripal. De esta misma opinión son Netter y la mayor parte de los clínicos, y a ella nos sumamos.

En cuanto al nombre con que se la conoce, creemos en general que, como el de todas las afecciones, no deben variarse cuando son ya conocidos y aceptados en la literatura médica; además, éste es corto y significativo, y tiene las simpatías de los profanos.

Los síntomas los divide el doctor Solves en difusos y locales. Entre los primeros ha estudiado la cefalea; la letargia (que localiza, de acuerdo con Fresner, en los núcleos grises centrales, y cuya opinión compartimos); el insomnio; los síntomas irritativos: convulsiones, temblor, corea, vómitos, delirio y confusión mental; la fiebre y la albuminuria. Nada de objetar a tan completa descripción.

Como síntomas locales ha mencionado:

Primero. La parálisis facial. Dice que es la primera que se presenta, y que tiene como caracteres el ser bilateral, ser flácida y durar mucho tiempo; a ella es debida la facies característica (atona) que presentan estos enfermos.

Segundo. Las parálisis oculares. Dice que ataca a la musculatura extrínseca con preferencia a la intrínseca, siendo los nervios motor ocular común y motor ocular externo los atacados. Se acompañan de su típica sintomatología: diplopia y estrabismo; siendo la más constante el ptosis y presentándose alguna vez la oftalmoplegia de origen simpático (que explica por la existencia de una rama de este nervio, que va a inervar los núcleos de los nervios oculares). Las parálisis oculares suelen durar bastante tiempo. Algunos de sus enfermos han presentado nistagmus, parálisis de la convergencia e hipus (que dice es por lesión de simpático), síntomas estos tres últimos denunciados por nosotros en dos de sus enfermos.

Tercero. La queratitis neuroparalítica, que ha visto en uno de sus enfermos, asignándole un pronóstico de extraordinaria gravedad.

Cuarto. Parálisis de los miembros con o sin temblor, con o sin anestesia y de extensión variable.

Quinto. Síntomas bulbares. Dispnea *sine materia* por lesión del núcleo del pneumogástrico, glucosuria y taquicardia.

Como síntomas complementarios, ha hablado de la reacción de Wassermann, alguna vez positiva (lo que explica porque ésta sea una reacción de lipoides o porque el paciente sea luético), y la ausencia de síntomas en el líquido cefalorraquídeo (el doctor Pérez Cano en la discusión ha hecho referencia al hallazgo de glucosa en el mismo, procedente de enfermos de esta afección).

En el diagnóstico diferencial ha hecho mención del botulismo, de la tripanosomiasis, de las meningitis epidémica, sifilitica y tuberculosa, y de alguna otra afección con la que pudiera prestarse a confusión.

En cuanto a las nueve observaciones que presenta, todas son muy expresivas y completas:

*Observación 1.ª* Al principio, fenómenos de irritación del facial, hipogloso y glossofaríngeo; después parálisis del facial y del motor ocular común, temblor de los miembros y taquipnea.

*Observación 2.ª* Hemiplegia y parálisis facial del mismo lado, con contractura y parálisis facial sin hemiplegia del otro lado. Estrabismo interno. Desaparición de la parálisis de abajo arriba, siendo la última en desaparecer la del facial. Le asigna localización cortical.

*Observación 3.ª* Empezó con estrabismo alternante. Después presentó hemiplegia, ptosis doble, parálisis del facial, síndrome de Weber, glucosuria, fenómenos del acústico. Dice que las lesiones eran muy extendidas: supranucleares, pedunculares, protuberanciales y bulbares.

*Observación 4.ª* A los pocos días, facies atona, parálisis facial y de la convergencia, amiotrofia, escara glútea, parálisis labioglosolaríngea (por lesión bulbar) y muerte.

*Observación 5.ª* Tuvo diplopia, parálisis facial, letargia, dispnea, poliuria y después parálisis de la convergencia e hipus (fué vista por nosotros).

*Observación 6.ª* Como síntoma que nos interese presentó queratitis neuroparalítica.

Las observaciones 7.ª, 8.ª y 9.ª, nada de particular.

Las primeras noticias que nosotros tuvimos de la encefalitis letárgica fueron debidas a la publicación del doctor Morax (1) en los *Annales D'Oculistique*, julio de 1908, que con motivo de la comunicación de Netter a la Sociedad Médica de los Hospitales de París, el ilustre oculista de Lariboisier da de ella una descripción bastante completa y precisa. Después hemos leído y analizado para Revista de nuestra colaboración los trabajos de Lhermitte (3), Lacroix (2), Sauvignea (4), Bollack (5), Vinsonneau (6), Dumolard (7) y Trantas (8). También por nuestra parte hemos visto algunos de los casos relatados por el doctor Solves, en unión de los doctores Pérez Cano y Martínez Limones, habiendo solo estudiado dos de ellos por encargo del mismo doctor Solves: las observaciones 1.ª y 5.ª, si bien la 1.ª de un modo incompleto y la 5.ª detenidamente.



En las descripciones de los trabajos franceses a que hemos hecho referencia se indica que las primeras manifestaciones oculares en presentarse son las parálisis del motor ocular común, y en ocasiones del motor ocular externo, parálisis cuya característica es ser de ordinario *bilateral, disociada y migratiz*; es decir, que son dobles, que puede interesar uno o varios músculos de los innervados por el tercer par, y pueden abandonar unos músculos para localizarse en otros. Además, los músculos intrínsecos, esfínter de la pupila y acomodador, innervados por el tercer par, no son igualmente interesados; de ordinario el músculo ciliar o acomodador está paralizado, y no el esfínter de la pupila, al igual que los casos de intoxicación diftérica o butilínica. Además, la duración de estas parálisis es bastante larga; el doctor Bollack (París) en catorce casos la ha visto persistir después de uno a tres meses del comienzo de la afección; el doctor Solves se expresa en los mismos términos, y nosotros las hemos visto en su observación 5.<sup>a</sup>, pasados varios meses de la enfermedad.

Los síntomas presentados por la oftalmoplegia de la encefalitis letárgica no son otros que los inherentes a las parálisis del tercero y cuarto pares craneales.

El tercer par inerva a los músculos extrínsecos: elevador del párpado superior, recto superior, interno, inferior y oblicuo menor, y a los dos de la musculatura intrínseca: esfínter de la pupila y acomodador.

La parálisis completa de este nervio ha de producir la falta absoluta de su función; ptosis, desviación del globo ocular hacia afuera y abajo (estrabismo divergente), midriasis, parálisis de la acomodación y diplopia cruzada; pero frecuentemente la parálisis es parcelaria, siendo las más constantes el ptosis, la parálisis de la acomodación y del recto interno.

La parálisis del cuarto par produce la impotencia funcional del músculo recto externo, estrabismo interno y diplopia homónima.

En general, las parálisis oculares presentan una sintomatología común, cual es el estrabismo, la falta de excursión del ojo en la zona de acción del músculo paralizado, las sacudidas nistagmiformes, las actitudes viciosas de la cabeza y del cuello, la falsa proyección, la diplopia y los vértigos. Cada músculo aislado tiene además su sintomatología propia que le diferencia de la presentada por los restantes, y cuyo estudio no es de este lugar.

En la encefalitis letárgica, *el ptosis*, además de bilateral, es incompleto, y no existe tentativa de suplenencia por parte del músculo frontal.

*El estrabismo* suele ser poco marcado, y al comienzo se trata más bien de paresias que de verdaderas parálisis moto-oculares, acompañándose de sacudidas nistagmiformes.

*La diplopia* suele pasar desapercibida, unas veces por la gravedad del enfermo y otras por falta de técnica para denunciarla, y siempre es fugaz, pasajera y atípica en relación con el carácter de estas parálisis.

*Las pupilas* están desigualmente dilatadas (aniso-

coria) y conservando normales los reflejos fotomotores.

*La parálisis de la acomodación* es constante, pudiendo ser más o menos completa: ambliopia en los hipermetropes dificultad en la visión próxima en los emétopes y micropsia.

El profesor de Lapersonne ha encontrado al lado de estas parálisis musculares aisladas o múltiples, verdaderas parálisis de los movimientos asociados de la visión binocular (parálisis de función), para los movimientos de convergencia puros, o asociados a los de elevación o descenso del globo ocular. Los doctores Bollack (5) y Valois, Lemoin y Tixier (9) han visto casos con parálisis de los movimientos asociados de lateralidad de los ojos. L. Dor (10) ha referido una observación en la que existía parálisis de la función de divergencia. Nosotros, en la quinta del doctor Solves pudimos apreciar parálisis de la convergencia, estrabismo divergente y diplopia cruzada.

Hasta ahora no ha sido citada la oftalmoplegia formada por la combinación de las parálisis del tercero y quinto pares; es decir, del motor ocular común y del patético, seguramente porque no ha sido suficientemente explorada, puesto que no hay ninguna razón anatomopatológica que explique su ausencia. Tampoco han sido descritas lesiones en el aparato visual sensorial, siendo negativo el examen del fondo del ojo, del campo visual y sentido cromático; en cambio, han sido observados síntomas oculares *sensitivos*: neuralgia del oftálmico, por el doctor Tijan, y *tróficos*, por el doctor Solves (la queratitis neuroparalítica de su observación 6.<sup>a</sup>). Excepcionalmente ha sido señalado un caso de éxtasis papilar bilateral (Dumolard, Aulery y Toulart, véase bibliografía) y otro de neuritis óptica, por Hiram Wood (11).

Según Bollack, los síntomas oculares que se encuentran con más constancia por orden de frecuencia en la encefalitis letárgica son: 1.<sup>o</sup>, la diplopia (constante); 2.<sup>o</sup>, la parálisis de la acomodación; 3.<sup>o</sup>, las sacudidas nistagmiformes; 4.<sup>o</sup>, la desigualdad pupilar; 5.<sup>o</sup>, el ptosis; 6.<sup>o</sup>, parálisis de movimientos asociados; 7.<sup>o</sup>, el estrabismo, y excepcionalmente trastornos en los reflejos papilares. Nosotros, en la observación 5.<sup>a</sup> del doctor Solves, observamos *el hipus*, y en otra vista con los doctores Pérez Cano y Martínez Limones un verdadero nistagmus oscilatorio.

Con respecto a la *parálisis facial*, que según el doctor Solves fué la primera en presentarse en sus enfermos; al decir del doctor Bollack (5), se trata de una *falta del tono muscular* al comienzo de la afección, que hace creer en una verdadera paresia bilateral del séptimo par. Otros, como el doctor Lacroix (3), piensa que la parálisis facial, de acuerdo con el doctor Solves, aparece al comienzo de la afección, aunque es poco frecuente y siempre bilateral y ligera; siendo entonces de tipo supranuclear (sin interesar el facial superior) y sólo cuando se presenta más tardíamente es de origen nuclear (comprendiendo todo el facial). Y Trantas (8) dice que el 37 por 100 de sus observacio-



nes presentaron *lagofthalmia*, por paresia del séptimo par. Además, las autopsias han comprobado lesiones inflamatorias en el núcleo del facial, en un todo iguales a las existencias en los núcleos del tercero, quinto y sexto pares; pero como por otra parte se han citado observaciones en los que el facial superior no estaba interesado, como en la hemiplegia ordinaria, hay que admitir una localización supranuclear a las lesiones. Más adelante nos detendremos sobre este punto.

Hay otra afección que en ocasiones llega a confundirse con la encefalitis letárgica, cual es el *botulismo* o intoxicación por sustancias alimenticias averiadas, como pasó a los médicos ingleses cuando aquélla hizo su presentación en Inglaterra en 1918. Los caracteres diferenciales generales entre ambas afecciones ya los marcó el doctor Solves, y son principalmente la falta de fiebre y la gravedad del pronóstico en el botulismo. Ambas tienen de común parálisis oculares; pero en la encefalitis letárgica toda la sintomatología ocular es motora, faltando la dependiente de la función visual sensorial; mientras que en el botulismo, según Saint Martín (12), las lesiones de fondo de ojo (neuritis óptica), la disminución de la agudeza visual y los trastornos del campo visual (reducción concéntrica para el blanco y los colores) no sólo se presentan, sino que lo hacen de una manera precoz, como corresponde a la naturaleza de la afección: una intoxicación. Además, los síntomas motooculares son de ordinario más completos que en la encefalitis letárgica, existiendo midriasis que falta en ésta.

Los caracteres de las parálisis oculares en la encefalitis letárgica (bilaterales, parcelarias y migratrices (\*)), demuestran claramente dónde deben radicar las lesiones, que ya las autopsias han puesto de manifiesto. Recuérdese, además, que en los tabes y en la oftalmoplegia nuclear superior las parálisis son de este modo. Pues bien; en los núcleos de origen de los nervios moto-oculares, pedúnculos y protuberancia es donde asientan las lesiones, que a veces están aún más difundidas, especialmente hacia abajo (bulbo y parte superior de la medula), dando síntomas de los restantes nervios craneales, y en ocasiones hasta de amiotrofias. Pero en esta especial región de los centros nerviosos de tránsito entre el encéfalo y la medula, llamada del mesocéfalo, y que comprende de arriba abajo los pedúnculos cerebrales, la protuberancia y el bulbo raquídeo; existen, además de los núcleos de origen de los nervios craneales (excepción hecha del olfatorio y del óptico, que en realidad no son tales nervios, sino sustancia blanca cerebral), cordones nerviosos que unen estos órganos al cerebro, cerebelo y medula, y algunos otros núcleos grises en relación con las fibras nerviosas que le constituyen.

Mas como la disposición de los núcleos de origen de los nervios craneales está escalonada de arriba abajo, comenzando por el del tercer par (motor ocular común), y terminando por el noveno par (espinal),

encontrándose los del tercero y cuarto en los pedúnculos; los del quinto (porción motora), sexto y séptimo pares en la protuberancia, y los del octavo, noveno, décimo, undécimo y duodécimo en el bulbo; se comprende perfectamente que a la sintomatología ocular constante, por radicar la mayor parte de las lesiones en los pedúnculos, se ha de agregar la de los nervios protuberanciales (masticador, motor ocular externo y facial) y los bulbárea (acústico, glossofaríngeo, pneumogástrico, espinal e hipogloso) cuando las lesiones son más extensas y hasta pueden interesar las astas anteriores de la medula, determinando amiotrofias, como en la Observación cuarta del doctor Solves.

Ahora bien; los núcleos de origen de los nervios craneales tienen marcada tendencia a localizarse en la zona dorsal del mesocéfalo, mientras que las fibras nerviosas se agrupan en la porción ventral. Si las lesiones se dispusieran hacia las partes más posteriores, sólo habría síntomas derivados de los nervios craneales; mas esto no sucede, por cierto, sino que, por el contrario, los desperfectos no sólo se extienden en el sentido vertical, sino también en el anteroposterior, en mayor o menor grado, y de ahí el que a la sintomatología de los nervios craneales haya que añadir la consecutiva a las zonas interesadas; motora, si lo son las piramidales; sensitiva y acústica, si las cintas de Reil y cerebelosa, si el núcleo rojo de Stilling.

De otra parte, a la disposición fundamental de la sustancia gris y blanca en el mesocéfalo, atravesando ésta a aquélla y originando los núcleos de los nervios craneales del modo indicado, hay que añadir que dichos núcleos no están aislados, sino que comunican de una parte con la corteza cerebral (vía voluntaria), y de otra con los núcleos llamados supra-nucleares, algunos de los que radican en la protuberancia y que jerárquicamente están por encima de éstos (coordinadores, reflejos e inhibitorios) y con los homónimos del lado contrario y con los restantes del mismo lado. Y si a esto se agrega que las vías, tanto sensitivas como motoras, y por una ley biológica que desconocemos, siempre son cruzadas, unas veces en la neurona central y otras en la periférica, y por añadidura a distintas alturas, se comprende, sin esfuerzo, la gran variabilidad del cuadro clínico en la patología del mesocéfalo.

Es sabido que las lesiones por encima de este sitio, que en adelante llamaremos supranucleares (corticales, subcorticales, del centro oval y capsulares), producen siempre parálisis (hemiplegia) de todos los músculos del lado contrario (cabeza, tronco y extremidades), mientras que las que asientan en la medula dan lugar a trastornos directos de la motilidad y sensibilidad (síndrome de Brown-Sequard). Pues bien, en esta región especial (mesocéfalo) en que tanto hay núcleos de origen de nervios como cordones nerviosos a distintas alturas cruzados, sus lesiones han de motivar trastornos directos y cruzados de los nervios craneales entre sí, pero siempre cruzados en relación con los nervios motores del tronco y extremidades, y por

(\*) De evolución serpeginosa (Achar)



ello a esta región se le ha denominado de *las parálisis alternas*, que a su vez se subdivide en *peduncular o superior, protuberancial o media y bulbar o inferior*. La primera forma constituye el llamado síndrome de Weber; la segunda el de Millard-Gubler o protuberancial inferior si la lesión radica en el pie, y de Raymond y Cestan o protuberancial superior si en la calota, y la tercera, denominada antes de Dubal, se ha fraccionado hoy en los llamados síndromes de Babinski-Nageotte y de Cestan-Chenais.

Estas distintas modalidades de parálisis alternas, son facilísimas de comprobar cuando las lesiones (embolia, reblandecimiento, tumor, traumatismo, etc.) son monolateres; pero cuando son dobles, como ocurre en la encefalitis letárgica, estos síndromes no son manifiestos, por existir parálisis o paresias en ambos lados del cuerpo; son, en realidad, dobles síndromes con su imprescindible sintomatología.

Sin embargo, hay ocasiones en que además de los trastornos inherentes a la localización mesocefálica se presentan síntomas incompletos, que hacen sospechar, y con fundamento, que las lesiones más altas son supranucleares (corticales, subcorticales del centro oval o de la cápsula interna), por ejemplo, en los casos de no estar interesado el facial superior. Y esto nos lleva a hablar ligeramente de las interpretaciones distintas que se le ha dado.

Lapersonne (13) no admite ni centro ni vías especiales para el facial superior. Sahli (14) cree que el facial tiene dos núcleos y una doble inervación cortical, directa y cruzada, asegurándose de este modo la del facial superior en las lesiones homolaterales. Mendel (citado por Testut) (15) considera al facial superior como un núcleo independiente que localiza debajo de los del motor ocular común, del que sería un ramo errático el que se cruza antes de unir sus fibras a las del facial inferior al nivel de la rodilla de este último. Y, finalmente, los autores españoles doctores Salas y Vaca (16) y Marquez (17), dan una explicación tan acabada y científica y de acuerdo con las enseñanzas de la clínica, que satisface completamente.

Dicen los doctores Marquez y Salas, que el facial tiene núcleos corticales, vías centrales y núcleos periféricos distintos para el superior e inferior. El de este último y el del masticador, forman un grupo muy afine que a su vez lo es también el del motor ocular externo y el del facial superior. En las inmediaciones de la circunvalación de Brocca y pie de la frontal ascendente, radica el centro cortical o voluntario del facial inferior, masticador, hipogloso y raíz interna del espinal que unidos caminarían por la cápsula interna y pedúnculo, constituyendo el haz geniculado a parar en los núcleos, bulboprotuberancias correspondientes. En cambio, en el pliegue curvo tendrán su localización cerebral los tres moto-oculares, el facial superior y la raíz externa del espinal, que caminando juntos por la cápsula externa primero y por el hacesillo longitudinal posterior (vía óptico-refleja de Cajal) des-

pués, llegaría a los núcleos de origen correspondientes.

Por último hemos de manifestar que la encefalitis letárgica es afección que en la sintomatología (excepción hecha de la fiebre) y en la localización tiene muchos puntos de contacto con la entidad nosológica conocida con el nombre de *polioencefalitis hemorrágica difusa aguda de Wernicke* (16), que suele presentarse en los alcohólicos.

Almería, noviembre de 1920.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) V. Morax.—Les troubles oculaires dans l'encéphalite lethargique. Annales D'Oculistique. Julio 1918, pág. 445.
- (2) J. Lhermitte y de Saint Martin.—La poliomyelosecephalite avec narcolepsie. Annales D'Oculistique. Noviembre 1918, pág. 487.
- (3) A. Lacroix y P. Pesme.—Encephalites lethargiques frustes, diplopies fugaces et ptosis avec somnolence. Abril 1920, pág. 217.
- (4) Ch. Sauvaineau.—Symptomes oculaires et localisations cerebrales de l'encephalite lethargique. La Clinique Ophtalmologique. Mayo 1920, pág. 216.
- (5) J. Bollack.—Quelques particularites des manifestations oculaires de l'encephalite lethargique. Annales D'Oculistique. Junio 1920, pág. 352.
- (6) M. Vinsonneau.—Manifestations oculaires de l'encephalo-myelitis diffuse, dite encéphalite lethargique. Archives D'Ophtalmologie. Julio 1920, pág. 423.
- (7) Dumolard, Georges Aubry et Toulant.—Les signes oculaires de l'encephalite aigue epidemique. Un cas de stase papillaire bilaterale. Archives D'Ophtalmologie. Julio 1920, pág. 429.
- (8) Trantas.—Manifestations oculaires dans l'encephalite lethargique. La Clinique Ophtalmologique. Agosto 1920, pág. 404.
- (9) Valois, Lemoine, Tixier.—Quelque cas de paralysies oculaires fugaces. La Clinique Ophtalmologique. Marzo 1920, pág. 110.
- (10) L. Dor.—Les troubles oculaires de l'encephalite lethargique. La Clinique Ophtalmologique. Enero de 1920, pág. 17.
- (11) Hiram Woods.—Quelques cas d'encephalite lethargique. La Clinique Ophtalmologique. Enero de 1920, pág. 19.
- (12) De Saint Martin.—Les symptomes oculaires du botulisme d'après 4 observations recentes.
- (13) Lapersonne y Cantonet.—Manuel de Neurologie Oculaire. Paris, 1910, pág. 116.
- (14) Sahli.—Tratado práctico de los métodos de exploración clinica. Edición española 1903, pág. 952.
- (15) Testut.—Traité d'Anatomie Humaine. Tercera edición francesa, tomo II. Paris, 1897, pág. 461.
- (16) Salas Vaca.—Contribución al estudio de las parálisis del facial. Tesis del Doctorado de Medicina. Madrid, 1901. (Editada en Montilla). Pág. 15.
- (17) Marquez.—Las parálisis alternas. Tesis del Doctorado de Medicina. Madrid, 1896-1897, pág. 52.
- (18) Encyclopedie, française d'Ophtalmologie. Tomo 7.º, pág. 703.



## ¿Un remedio contra la fiebre tifoidea?

POR

A. DIAZ Y GIL

Médico titular de Alameda del Valle (Madrid)

—O—

¿Hay un remedio eficaz contra la fiebre tifoidea? Pregunta es ésta que si me hubiese sido hecha hace un año, al terminar la carrera, y hasta hace quince días, no hubiese sabido contestar, puesto que los tratamientos que dan las obras de patología interna por mí consultadas, lo mismo que los que ya he empleado en los enfermos hasta hoy, son puramente sintomáticos, sin que realmente ninguno de ellos tenga una decidida acción contra el bacilo de Eberth.

La misma pregunta hecha hoy; puedo ya contestarla diciendo: *quizás las vacunas sean eficaces en esta enfermedad*, no llegando a afirmar lo que no registra más que un caso tratado por este medio, el cual ha sido seguido de curación; pero por creer debe ser un medio ensayado me decido a publicar la siguiente historia clínica:

N. B., de diecinueve años de edad, cae enfermo el día 4 de diciembre de 1920, presentando la siguiente sintomatología: náuseas y vómitos, escalofríos, dolores generalizados en todo el cuerpo, lengua saburrosa, deposiciones diarreicas, timpanismo en todo el vientre y jorgetro en la fosa iliaca y temperatura arriba de 38°9. Se prescribió 30 gramos de aceite de ricino, bengonaftol en papeles de 20 centigramos, uno cada seis horas, y dieta láctea.

Día 5 diciembre. Por la mañana la fiebre alcanza a 39°1, presentando los mismos síntomas que el día anterior, más un estado de estupor bastante marcado. Se prescribió bisulfato de quinina en píldoras de a 30 centigramos, una cada cuatro horas, continuando con el uso del bengonaftol, unas irrigaciones de litro y medio, una por la mañana y otra por la tarde. Por la tarde la fiebre alcanza a 40°6 y el pulso es débil y frecuente (96 pulsaciones por minuto).

En los días 6, 7 y 8 de diciembre la fiebre y demás síntomas continúan igual, en vista de lo cual el día 8 le receté piramidón en sellos de a medio gramo, uno cada ocho horas, sin obtener ninguna mejoría en los días 9, 10 y 11, y más bien el enfermo empeoraba, en vista de lo cual, y al aparecer unas manchas rosáceas buticulares en la región abdominal y en número de 15 ó 20, me afirmé en mi diagnóstico de fiebre tifoidea, decidiéndome a ponerle inyecciones de la vacuna antitífica que prepara el Instituto Alfonso XIII, poniéndole la primera de 0,25 c. c. el día 12 de diciembre por la mañana; en la tarde de este día la fiebre ascendió tres décimas más que en los días anteriores, lo cual atribuí a la reacción provocada por la vacuna; el día 13 por la mañana la fiebre bajó brusca-

mente a 37°5, de 37 a 39°5 que tenía los días anteriores, y a las doce de la mañana tuvo una enterorragia que se repitió a las tres y a las seis de la tarde; las tres abundantes, y que me hicieron apelar a la eagebra en inyección hipodérmica, ya que este mismo medicamento por vía gástrica no había evitado la repetición; en vista de esto, y puesto que estaba contraindicada, suspendí el uso de la vacuna; pero al repetirse al día siguiente la hemorragia y comprendiendo la gravedad en que esto ponía al enfermo, me decidí a ensayar la vacuna curativa que prepara el Instituto de Inmunoterapia, aun cuando estaba contraindicada por las hemorragias; haciendo antes saber a la familia a lo que nos exponíamos; es decir, que la poníamos como último recurso, y rogándola llamase a un compañero mío a que la diese su opinión; pero al contestarme la familia que tenía en mí confianza, me decido a ponerle la primera inyección de 1 c. c. de las dosificadas a 50 millones de bacilos. Al día siguiente, 15 de diciembre, tuvo algo de sangre por el recto en forma de melena, la fiebre ascendió a 38°4 por la mañana, y 39°5 por la tarde; el día 16 repetí la inyección con dos ampollas de 50 millones por c. c., repitiendo el 18 con 200 millones de bacilos, obteniendo el día 19 una temperatura constante (es decir, por la mañana y por la tarde) de 39°2; el 20 repetí con 300 millones, elevándose la temperatura por la tarde a 39°8 y descendiendo el 21 a 38°5 por la mañana y 39° por la tarde; el 23 volví a poner otra inyección con 400 millones de bacilos, continuando el descenso de temperatura lentamente (después de la reacción natural) hasta el día 27, en que presentó 37° por la mañana y 37°4 por la tarde; el día 30 presentó 36°3 por la mañana y 36°9 por la tarde, continuando con temperaturas por bajo de 37° hasta el día 2 de enero, día en que empecé a alimentar al enfermo con yemas de huevo, y yendo progresivamente aumentando la cantidad y calidad de los alimentos hasta el 5 de enero, en que levanto por primer día al enfermo que continúa en franca convalecencia.

\* \* \*

Para terminar el presente artículo, bástame añadir que la vacuna preventiva que prepara el Instituto de Alfonso XIII, es un poderoso medio como preventivo contra la citada enfermedad, como he podido comprobar en este pueblo con ocasión de la epidemia existente en todo el valle de Lozoya.

## Periódicos médicos

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

I. **Invasión del sistema nervioso durante el estadio primario de la sífilis.**—Los doctores Udo J. Wile y Cly de K. Hasley dicen que desde la publicación del trabajo de Weehselmann en 1912, hemos tenido la



ocasión de estudiar 221 casos de sífilis en los que sólo había la lesión primitiva. Lo precoz del período en que estudiamos estos casos, lo indica el hecho de que de este número, 106 todavía tenían sangre negativa al hacerse el examen. Los resultados que comunicamos a continuación, se refieren únicamente a los hallazgos subjetivos y a los biológicos en el líquido céfalorraquídeo. Debido a la disminución de nuestro personal, a consecuencia de la guerra, no pudieron hacerse en todo estos pacientes minuciosos exámenes especiales, como se hizo con los primeros seis.

Desde el punto de vista de los hallazgos de la punción lumbar, los casos son muy interesantes, puesto que comprueban nuestros resultados anteriores. En muchos de los 221 casos estudiados, se hicieron punciones con intervalos repetidos, y pudo observarse su evolución desde una invasión ligera, a la completa restauración del líquido por un lado y desde una infección ligera a una invasión completa del sistema nervioso con la iniciación de síntomas, por otro lado. Sin embargo, cuando los hallazgos eran tales que justificaban nuestras creencias de que el espiroqueto había invadido seguramente el sistema nervioso, los pacientes recibieron no tan sólo intensa medicación intravenosa sino también tratamiento intrarraquídeo. En casi todos los casos en que se encontró una invasión marcada en la primera punción y en los que pudo llevarse a cabo el tratamiento intenso, según el plan indicado, se observó una mejoría marcada en los hallazgos del líquido céfalorraquídeo, después del tratamiento.

Del número total de casos estudiados (221), en sesenta se encontró una desviación de los criterios normales arbitrarios (ocho glóbulos, reacciones de Wassermann negativas, etc.). De este número, once revelaron tan sólo un aumento de uno o dos hematíes sobre el número arbitrario de ocho, y puede argüirse con razón que partiendo de esta base, no puede afirmarse que la invasión fuera indudable.

En los otros cuarenta y nueve casos, podía darse por sentado propiamente una invasión precisa del sistema nervioso, basándonos en la pleocitosis, aumento de sólidos o reacción de Wassermann positiva, aunque no se encontraron todos estos hallazgos en todos los casos. En veinticinco casos se encontró un aumento de albúmina y de globulina casi paralelo en doce, pleocitosis en doce, y una reacción de Wassermann positiva en ocho.

Por desgracia, no se practicó en muchos de los casos la reacción del oro coloidal junto con la reacción de la almáciga. En tres casos en que se aplicó la reacción del oro coloidal, en que existía invasión activa, según lo indicaban las otras normas, la curva fué idéntica en cada caso, siendo la curva ascendente bastante elevada en el medio. De todos los casos examinados, se entraron síntomas que indicaran invasión del sistema nervioso central en tan sólo un caso en el que se halló cefalalgia continua que había durado más de una semana, asociada con hallazgos positivos en todo el líquido céfalorraquídeo.

Podemos sumarizar de este modo nuestros resultados: En 49 de los 221 casos examinados se encontró invasión prerroseolar del sistema nervioso, junto con desviaciones precisas de lo normal en el líquido céfalorraquídeo. Parece probable que esta invasión participe principalmente de la naturaleza de una roséola transitoria de las meninges sin lesión subsecuente o permanente, por el hecho de que el líquido en la mayoría de los casos volvió rápidamente a lo normal bajo la influencia del tratamiento e indudablemente hubiera desaparecido aún sin éste, lo mismo que pasa con la roséola cutánea.

Se ve perfectamente que es improbable que ocurra en ninguna fecha una invasión del eje cerebroespinal, antes de que tenga lugar la infección orgánica.

Los hallazgos positivos, incluyendo la fijación del complemento del líquido céfalorraquídeo antes de que ocurran alteraciones sanguíneas, no indican que la infección no se haya generalizado todavía. La importancia de tales hallazgos se debe indudablemente a la mayor delicadeza de las normas de laboratorio que se aplican al líquido céfalorraquídeo, comparado con la reacción de Wassermann en la sangre. En otras palabras, los hallazgos positivos en el líquido céfalorraquídeo en un caso cuya sangre no es todavía positiva, indican generalización, y tales hallazgos no pueden aceptarse como prueba clínica de neurotropismo. Los hallazgos anteriores comprueban, pues, en lo que se refiere al huésped humano, los hallazgos de Brown y Pearce<sup>3</sup> sobre la generalización y diseminación en los conejos.

La mayoría de los pacientes estudiados en esta serie y en particular aquellos en que se encontró invasión precisa, se siguieron observando en todo lo posible para determinar si existía alguna relación verdadera entre su invasión precoz y cualquier accidente céfalorraquídeo tardío. Como se ha observado antes, se instituyó tratamiento intrarraquídeo en todos los casos más notables y en todos ellos menos uno, se observó una restauración rápida a lo normal.

*Conclusiones.*—Se observaron desviaciones de lo normal en el líquido céfalorraquídeo, en 49 de 221 casos de sífilis en los que tan sólo existía chancro o sea en 22 por 100 de los casos examinados.

Un aumento casi paralelo de globulina y de albúmina fué el más constante de los hallazgos anormales, lo cual se observó en 25 de los 49 casos. Después de esto, la pleocitosis fué el hallazgo más frecuente, presentándose en doce casos. La reacción de Wassermann positiva en el líquido ocurrió con menos frecuencia que los otros dos hallazgos, observándose únicamente en ocho casos.

Con ciertas reservas, cualquiera de las desviaciones mencionadas debe considerarse por sí sola como signo de invasión precoz del sistema nervioso central.—Edición española del *The Journal A. M. A.*, 5-2-921).



## EN LENGUA EXTRANJERA

**2. De la utilidad del antígeno de Desmoulière en la investigación de la heredo-sífilis, por Merklen, Devanx y Desmoulière.**—Las trece observaciones aportadas por los autores tienden a demostrar que esta reacción, que no se produce más que en la sífilis, y que puede existir cuando la Bordet-Wassermann es negativa, es capaz de revelar las sífilis muy atenuadas, discretas y frustradas, tales como aquéllas de que Huntiel ha hecho una descripción notable.

Se encontró, en efecto, signos evidentes de sífilis en los antecedentes de la mayor parte de los niños en que se observó la reacción, y la eficacia del tratamiento vino a comprobar la naturaleza real de los trastornos que existían.—(*Paris Medical*, 22 de enero de 1921).—L. P.

## PARASITOLOGIA

## EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Presencia de espiroquetas en el «Phlebotomus Newstead», por E. Pringault.**—Investigando en los *Phlebotomus* de la región marselesa, el *Herpetomonas phlebotomi* descubierto en 1910 por Wenyon y encontrado también por Percival Mackie en el *Phl. minutus*, no ha logrado encontrar este parásito Pringault en 50 ejemplares examinados; pero, en cambio, ha encontrado en una preparación numerosos espirilos, de unas 10 a 14 micras de longitud por 0,20 — 0,25 de espesor. El número de vueltas de espira es de 2 a 4 y de 6 a 8 para las formas largas, siendo las ondulaciones bastante regulares y apretadas, sobre todo en la parte central. A veces se encuentran unidos varios espirilos, figurando formas muy largas; otras, forman un ángulo. Los extremos son afilados y no se observa membrana ondulante. Se colorean en rosa violáceo por el Giemsa. La presencia de espiroquetas ha sido comprobada en varias ocasiones en el intestino de insectos picadores: *Culex*, *Anopheles*, *Glossinas* y *Stegomyia*. Sin embargo, estos espirilos no son iguales al encontrado por Pringault en el *Phl. perniciosus*. Si otras observaciones confirmasen la existencia de espiroquetas en los flebotomos, convendría reservar al agente de esta infección la denominación de *Spirochaeta phlebotomi*.

(*Compt. Rendus de la Soc. de Biologie*, número 4. 1921.)—Luengo.

## TERAPÉUTICA

## EN LENGUA EXTRANJERA

**1. El azufre coloidal y la diátesis artrítica, por el doctor E. Soubirou.**—El azufre coloidal (collobiasa de azufre) goza cada vez de mayor favor en terapéutica. Los buenos resultados obtenidos por el autor con este medicamento en el reumatismo articular agudo o crónico, con localización mono o poliarticular, le han

inducido a emplearlo en todos sus enfermos de diátesis artrítica, cualquiera que sea la forma que revista esta última.

Por tanto, en todo enfermo con herencia artrítica, con una alimentación generalmente a base de carne, con hipertrofia del hígado, una tensión máxima variando entre 16 y 20 y una mínima entre 9 y 12, con un exceso de ácido úrico, aplica el tratamiento sulfuroso, a la par de una estricta observación del régimen apropiado. Este tratamiento comprende varias series de 12 inyecciones intravenosas o intramusculares de azufre coloidal, separada cada serie entre sí, de un período de reposo de diez días; las primeras dosis serán muy pequeñas, aumentándose progresivamente. El autor reúne sus observaciones en dos grupos: en uno comprende aquellas en las que utilizó solamente el tratamiento por el azufre, y en otro, el tratamiento sulfuroso iba acompañado por el tratamiento por los alcalinos, las sales de litina, la piperazina, las aguas minerales, etc. Los resultados son idénticos en los dos grupos, lo cual indica la excelencia del azufre. Generalmente, al cabo de 40 inyecciones, han desaparecido los síntomas objetivos y subjetivos, sin que reaparezcan, puesto que en algunos de los casos tratados han transcurrido quince meses desde el final del tratamiento.

(*Gaz. Hebdom. des Sciences Med. de Bordeaux*, número 48; noviembre, 1920.)—Luengo.

## MEDICINA

## EN LENGUA EXTRANJERA

**1. Consideraciones sobre el cáncer y su tratamiento, por el doctor D. Albespy.**—El autor afirma que cada individuo de la misma especie y de la misma raza se diferencia de los otros por ciertas cualidades de sus elementos celulares, que la imperfección de nuestros instrumentos y de nuestros medios de análisis no nos permite conocer, pero que le dan la facultad de reaccionar frente al cáncer como frente a todas las enfermedades, según un modo que le es propio. En algunos la célula presenta una aptitud especial para la proliferación, mientras que en otros no ofrece esta propiedad.

Esta aptitud es variable según los individuos. El tumor resultante de esta proliferación se desarrolla siempre en un punto de menor resistencia, y puede ser y continuar siendo indefinidamente benigno, o bajo la influencia de un agente cancerígeno todavía desconocido, cuya naturaleza microbiana o parasitaria está lejos de ser demostrada, transformarse en tumor maligno. Este agente cancerígeno puede provocar la formación de una neoplasia maligna de conjunto, pero no puede impresionar más que las células que poseen ya la aptitud proliferativa.

La deducción terapéutica lógica de estas proposiciones es que no se puede curar un cáncer quirúrgicamente, y que esta curación debe buscarse en la seroterapia y, sobre todo, en la autoseroterapia.





(*Bull. gen. de Therapeutique*, núm. 1; enero, 1921.)  
Luengo.

**2. Las estenosis valvulares incompletas como causas de retracciones graves del esófago, por M. Guisez.**—La esofagoscopia ha permitido al autor, en cinco casos, diagnosticar que la causa de la disfagia consistía en la presencia, a nivel del diafragma, de una especie de válvula semilunar incompleta, seguramente congénita, que durante largo tiempo no había dado ningún síntoma, pero que después originó fenómenos inflamatorios y espasmódicos, causando progresivamente una estenosis completa.

La lesión escapa largo tiempo al diagnóstico radioscópico.

Los pacientes fueron fácilmente curados por la dilatación de la válvula.—(*Paris Medical*, 22 de enero de 1921).—L. P.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

**3. Tratamiento de los oxiuros por el carbonato de bismuto.**—La doctora Nieves González, expone la siguiente nota clínica:

E. N., veintidós años, soltera, de Samadén (Suiza). Está en España desde hace tres años.

No refiere más antecedentes dignos de nota que unos ataques de nervios con pérdida de conocimiento, que le empezaron hace algún tiempo y le duraron hasta el año pasado. Un médico en Suiza le dijo que obedecían a un poco de anemia.

En enero de 1920 notó picor intenso en el ano, que coincidía con el principio de la regla y desaparecía con ella; más tarde tuvo también inapetencia y náuseas. El picor era al principio solamente nocturno; pero en los primeros días de junio se hizo más intenso y frecuente, se propagó a la vulva y lo sentía también durante el día. Una vez vió por casualidad lo que ella llama *unos bichos* y vino a consultarme. Se trataba de oxiuros vermiculares. Le dispuse el tratamiento clásico de santonina, previa dieta láctea absoluta durante tres días; enemas glicerinados y purgante de aceite de ricino. Desaparecieron los oxiuros y se marchó a Suiza. A mediados de julio, nuevamente inapetencia, mareos, náuseas, dolor de cabeza y reaparición de los vermes. Consultó con un competente médico de Samadén, que le aconsejó la hospitalización. Permaneció en el hospital diez días con el siguiente régimen:

Día 1.º Ruibarbo y aceite de ricino para purgarla.

Régimen alimenticio corriente en todo tiempo. Enemas por mañana y noche con agua jabonosa. Después del de la noche baño de asiento muy caliente un cuarto de hora y una pomada mercurial en las márgenes del ano. Durante cuatro o cinco días un sello de santonina al final de cada comida. Le cortaron las uñas al rape, le hacían cepillárselas con agua caliente jabonosa, y después de ponerle en ellas una pomada roja que no sabe de qué, le hacían poner guantes y pantalón cerrado para dormir. Diez días después salió del hos-

pital curada al parecer. Pero a las dos semanas, nuevas náuseas, mareos y otra vez los oxiuros. A mediados de septiembre volvió al mismo médico, quien le dijo que era un caso difícil de curar y le aconsejó seguir exactamente el nuevo plan que le ponía: cambiar todos los días la ropa blanca, tanto de vestir como de cama, hasta de almohada, ponerse pantalón de hilo y tomar todas las noches un medicamento cuyo nombre no recuerda, un enema muy frío, un baño de asiento muy caliente después y la pomada mercurial. El régimen era tan complicado, que la paciente confiesa no haberlo seguido más que a medias. Desaparecieron los oxiuros y se vino a España, pero aún no había llegado a Barcelona, el 19 de septiembre, cuando ya se le habían reproducido sus oxiuros.

El médico de Samadén le había dado un plan completo para cuando llegara a España, pero en el viaje se le rompieron los frascos de los medicamentos y perdió las recetas.

Cuando llegó a Madrid, en los primeros días de octubre, me consultó de nuevo. Precisamente acababa de leer en *The Journal of the American Medical Association*, la observación de Loeper y, como decimos anteriormente, propusimos a la enferma ensayar el tratamiento que consistió en lo siguiente:

Dieta láctea, exclusiva] una semana, después, durante tres días, dos papeles diarios de cinco gramos cada uno de carbonato de bismuto, por la mañana y por la noche en un vaso de agua. Al día siguiente una purga de calomelanos con ruibarbo (70 y 50 centigramos respectivamente). Le hizo mucho efecto y salieron oxiuros en gran abundancia; al otro día un enema con percloruro de hierro y una pomada mercurial en las márgenes del ano; ésta se la siguió poniendo algunos días más.

El doce de noviembre aquejaba algunas molestias y la mandé purgarse de nuevo con calomelanos. Expulsó algunos oxiuros, y en vista de ello le recomendé que tomara otros 30 gramos de carbonato de bismuto repartidos en seis papeles, dos cada día; pero es a vez sin dieta, ni enemas ni ningún otro cuidado. En diciembre, como medida de precaución, le dije que se purgara; salieron ocho o diez oxiuros y tomó de nuevo bismuto. El 15 de enero nueva purga de calomelanos que no dió lugar a la expulsión de oxiuros; el examen microscópico de las heces tampoco permitió encontrar huevos.

Como se ve, el tratamiento merece ensayarse en otros casos, pues lo recomienda su extrema sencillez y su inocuidad, ya que el carbonato de bismuto puede administrarse a larga mano sin ningún inconveniente.—(*Archivos Españoles de Pediatría*, enero 1921).

**4. X. Vacunación contra las fiebres tifoidea y paratifoidea, por los doctores F. F. Russell y H. J. Nichols.**—Se ha demostrado repetidamente el valor de la vacunación antitifoidea y no hay duda de su poder para impedir la infección. La protección no es absoluta; ocurren algunos casos entre los vacunados



pero el número es pequeño. Los resultados en el Ejército son tan buenos, si no mejores, como los obtenidos contra la viruela con la vacuna.

La vacuna antitifoídica, como se administra por lo general, es una suspensión de bacilos tifoídicos muertos en una solución fisiológica de cloruro de sodio, junto con los productos solubles procedentes de cultivos recientes en agar. Se hace primero una suspensión espesa y luego se valoriza de modo que 1 centímetro cúbico contengan 1.000 bacterias.

Los bacilos paratifoídicos A y B se tratan de modo semejante para producir la vacuna paratifoidea. Hoy día se emplea una vacuna tifoidea triple que contiene 1.000 millones de bacilos tifoídicos y 750 millones de cada uno de los paratifoídicos en 1 centímetro cúbico.

Besredka y otros han recomendado vacunas vivas sensibilizadas o serovacunas, pero en vista de que todas ellas contienen bacterias vivas capaces de multiplicarse en condiciones apropiadas fuera del cuerpo, existe algún riesgo debido a su uso general; la experiencia ha demostrado que puede obtenerse amplia protección con bacterias muertas, que no ofrecen ningún riesgo.

La Moignic, Whitmore y otros han recomendado recientemente lipovacunas, a causa de lo sencillo de una dosis sola; esto sería una gran ventaja si la protección otorgada fuese igual a la que proporciona la vacuna salina; pero, medida por la presencia de aglutininas, la reacción es muy inferior.

La vacuna se administra regularmente en tres dosis, con intervalos de una semana a diez días; los intervalos más o menos prolongados no causan daño, pero son menos convenientes y la inmunidad resultante quizás no sea tan elevada. La mejor hora para administrarla es como a los cuatro de la tarde, porque si sobreviene una reacción general, la mayor parte habrá pasado antes de la mañana siguiente.

El mejor sitio para la vacunación es la porción superior del brazo, en la inserción del deltoides, en la cual el tejido subcutáneo es flojo. La vacuna debe administrarse siempre subcutáneamente y nunca en la piel o los músculos o venas. En los últimos sitios, la absorción es rápida y la reacción general puede ser grave.

Existe casi siempre una reacción local, que consiste generalmente en un área enrojecida e hinchada del tamaño de la palma de la mano. El enrojecimiento e hinchazón pueden extenderse hasta la muñeca o hacia arriba, a la clavícula; los ganglios linfáticos axilares pueden infartarse. No se necesita más que tratamiento sintomático, puesto que la inflamación aséptica desaparece en un día o dos. De cuando en cuando, puede distinguirse induración o fluctuación, pero no se requiere ni incisión ni drenaje. Puede que no haya reacción general o que ésta sea benigna o grave. Consiste en cefalalgia, malestar, hipertermia, en los casos graves de 104 o 105 F. (39,3 o 39,74 C.) por poco tiempo acompañada de láuseas, vómitos y quizás diarrea y albuminuria temporal. Estas reacciones, por lo

general, desaparecen en algunos días y no producen secuelas.

Una semana después de la primera dosis, comienzan a aparecer aglutininas y otros anticuerpos en la sangre, que aumentan hasta su máximo unas tres semanas después de la tercera dosis, después de cuyo tiempo disminuyen gradualmente. Sin embargo, la inmunidad no desaparece a la vez, sino que continúa, aunque indudablemente en grado menor durante varios años. Después de la fiebre tifoidea, que confiere inmunidad para toda la vida, no se pueden distinguir los anticuerpos en la sangre, después de unos seis meses.

Es difícil determinar la duración de la inmunidad, pero parece durar años más bien que meses. Mucho depende de la cantidad de exposición. En lo que se refiere a los soldados, que deben recibir un máximo de inmunidad, puesto que cuando se hallan en una campaña no poseen otra protección, debe llevarse a cabo la revacunación al presentarse fiebre tifoidea entre ellos. La misma regla debería aplicarse a los turistas campestres, las cuadrillas de trabajadores, los trabajadores en campos de madera, los peones de ingeniero y personas del mismo carácter. Las enfermeras, ayudantes y médicos expuestos constantemente a la infección, deberían revacunarse anualmente. Los niños de dos años o más toleran la vacunación mejor que los adultos y deben revacunarse con intervalos de dos a tres años, siendo la mejor época para ello antes de que vayan al campo a pasar las vacaciones de verano.

#### INDICACIONES PARA LA VACUNACIÓN

La tifoidea es todavía una enfermedad común, en particular entre las personas jóvenes y siempre existen posibilidades de infección por el agua, la leche y portadores de bacilos temporales y permanentes. Las probabilidades de infección son mayores en los distritos campestres que en las poblaciones grandes y en los países retrasados que en los muy civilizados. Los viajeros están más expuestos que los naturales, aún en la misma localidad. Además, todo indica que sería prudente vacunar a todos los contactos con casos de fiebre tifoidea, del mismo modo que se vacunan a los individuos que se han puesto en contacto con la viruela.

#### CONTRAINDICACIONES

Puesto que la base de toda vacunación es proporcionar protección contra el riesgo posible, la vacunación está contraindicada cuando el riesgo de la vacuna misma es tan grande como el de la fiebre. Las tablas de la mortalidad indican que el riesgo de infección existe constantemente, aunque las probabilidades son mucho mayores en algunos sitios que en otros. El riesgo de la vacuna misma es mayor en las personas con enfermedad crónica del riñón. No debe vacunarse a ningún individuo con una enfermedad aguda sino



después que la temperatura ha vuelto a la normalidad y el paciente se halla en franca convalecencia. En una epidemia, la tuberculosis pulmonar, bien latente o activa, no constituye una contraindicación. Ni la fiebre tifoidea ni la vacunación parecen ejercer ningún efecto perjudicial sobre el progreso de la tuberculosis.— Edición española de *The Journal* A. M. A. 15-2-921.

##### 5. Acerca del diagnóstico y del tratamiento de los hematomas extradurales, por el doctor D. Eberle.

El diagnóstico diferencial de estos hematomas es bastante difícil; en primer lugar, porque muchos médicos creen que sólo se puede diagnosticar cuando existe el cuadro típico de conmoción transitoria del cerebro, intervalo libre muy corto y después síntomas de compresión cerebral general, y localizada, por ejemplo, cefalalgia, vómitos, inquietud motora, pulso de compresión cerebral y, por último, inconsciencia; síntomas de excitación o de parálisis.

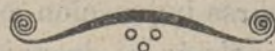
Ignoraban casi todos, hasta hace muy poco tiempo, que pueden faltar casi todos estos síntomas, y, sin embargo, existir un hematoma de la dura madre. Otra de las causas que contribuían a que en la mayoría de los casos el proceso quedase sin diagnosticar, y, por lo tanto, que no se instituyese el tratamiento oportuno, era la falta de métodos de exploración encaminados a descubrirlos, porque se practicaba demasiado pocas veces la punción cerebral. El autor refiere aquí dos casos, en los que, mediante esta intervención, pudo él demostrar la existencia de hematomas procedentes, en ambos casos, de la rama posterior de la arteria meníngea media y situados en el primer enfermo en el lado izquierdo, y en el segundo a la derecha. En el primer caso, la hemorragia que se había producido por el conducto auditivo izquierdo permitió diagnosticar el sitio en que asentaba la lesión. Al hacer la trepanación a lo Wagner, se tropezó con que el hueso era sumamente espeso y duro, y al levantar el colgajo se produjo un desgarró del seno longitudinal superior y el enfermo murió.

En la autopsia se confirmó que el diagnóstico era exacto. En el segundo caso, las lesiones estaban en el lado derecho. Se trataba de una fractura de la base del cráneo, y se sospechó situada en el lado referido, porque la pupila derecha estaba sumamente dilatada y no reaccionaba a la luz, al paso que la izquierda era de mediano tamaño y reaccionaba perezosamente. Se practicó también la trepanación a lo Wagner y se causó un desgarró pequeño del seno cavernoso, ocasionándose de esta manera una abundante hemorragia venosa, que sólo se pudo cohibir gracias a un taponamiento enérgico con gasa yodofórmica. Al cambiar el tapón se reprodujo la hemorragia y adquirió tales proporciones, que para poderla taponar, como el colgajo estaba en vías de cicatrización, fué preciso agrandar la abertura posterior hecha para la punción exploradora. Por fin, y a pesar de que salió incluso líquido cefalorraquídeo, se consiguió detener la hemorragia y el enfermo curó.

El único síntoma evidente que se observó en ambos

casos de la compresión cerebral era la pérdida del conocimiento tras de un intervalo libre. En el segundo caso había, además, pulso típico de compresión cerebral, que no existía en el primero tal vez porque la pulmonía, por aspiración que se sospechó en vida y se diagnosticó, en la autopsia le ocultaba. Como síntoma de local de la compresión no se encontró otro que la dilatación de la pupila, y, como se sabe, no hay acuerdo, ni mucho menos, acerca de si esta midriasis monolateral se debe interpretar como síntoma de que la compresión está en el mismo lado, o si se debe afirmar que está en el lado opuesto. Parece ser, de todos modos, que no se trata de un síntoma constante, sino sometido a variación por numerosísimas causas. Advierte el autor que si en el caso primero hubo que lamentar el desgarró del seno longitudinal superior, fué porque no se tuvo la precaución de señalar en la piel de modo indeleble el sitio que correspondía al mismo. Se utilizó para esta señal el borde libre de uno de los paños que limitaban el campo operatorio, y éste se desplazó durante la intervención. La muerte no aconteció por hemorragia, sino por embolia de aire en el ventrículo derecho, como demostró la autopsia.

Hoy día, el mejor tratamiento de las heridas de los senos es la sutura; pero en los casos referidos por el autor no la practicó, primero, porque, dada la situación de los desgarró, no hubiera sido posible técnicamente, y segundo, porque el tiempo urgía demasiado para poderse entretener en ella. El empleo de la gasa antiséptica resultó sumamente útil, por cuanto se pudo tener aplicada hasta veinticinco días sin cambiarla y sin que sobrevinieran complicaciones infecciosas. Afirma que no hay que temer a abrir el cráneo para hacer una punción exploradora. Es cierto que en algunos casos resultará innecesaria o, peor aún, inútil; pero también lo es que más a menudo de lo que se pudiera uno figurar será el único procedimiento de descubrir la existencia de un hematoma extradural y, por tanto, de proceder a tiempo a la intervención. Siendo inofensiva la punción, no se puede hoy ya dejar al enfermo inconsciente después de un traumatismo que se fuera sospechando una conmoción cerebral grave o una contusión, lo que hay que hacer es decidirse a la punción del cráneo una vez que se ha hecho con seguridad el diagnóstico diferencial con la embriaguez alcohólica, el coma diabético, el coma urémico, la apoplejía o la embolia. Sólo con esta decisión es como llegaremos a tiempo con el diagnóstico y podremos hacer una intervención eficaz. (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 24-II-1921.)





# 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

**Semana memorable.—Fallo importante.—Fundación simpática.**

Las notas más salientes dignas de ser recogidas, desde la aparición de nuestro último número, las han constituido las conferencias dadas en dos de los principales Centros científicos de Madrid: en la Real Academia Nacional de Medicina y en la Facultad. Fué la primera de estas conferencias dada el viernes, 11, por el doctor Sayé, de la Facultad de Barcelona, y versó sobre el *tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar*; conferencia verdaderamente notable, sobre todo por la exposición de proyecciones de piezas anatómicas obtenidas por este tan joven como ilustrado profesor, que recibió en nutridos aplausos la manifestación del agrado con que su labor meritísima era acogida. Fué la segunda lección dada en la misma Real Academia por su miembro numerario el doctor Murillo, y de ella no hemos de decir sino que constituyó un verdadero modelo en el fondo y en la forma. Su asunto, *La impureza de las aguas potables en la etiología de la fiebre tifoidea y el teorema de Hazen*, fué desarrollado de un modo, que todo el auditorio calificó de magistral, pidiéndose, en medio de los aplausos unánimes que se oyeron a la terminación, que tan estimable trabajo se publique y reparta con profusión por todos los Ayuntamientos de España. Por nuestra parte, contribuiremos al cumplimiento de esto insertándole en nuestras columnas y haciendo de él una copiosa tirada.

Correspondieron las conferencias del lunes 14 y del martes 15, a los profesores de la Facultad de Medicina de París, doctores Paul Louis Faure y Georges Marion, que son, sin disputa alguna, dos de las personalidades más renombradas de la ciencia francesa contemporánea. Disertaron los dos cada día, siguiendo a la conferencia dada por Faure en la Facultad la de Marion en la Academia, y viceversa, al día siguiente. Nada pudo pedirse a ambos oradores,

que con precisa claridad y con copioso número de proyecciones y cintas cinematográficas expusieron sus últimas ideas acerca de la histerectomía abdominal, el primero, y acerca de la prostatectomía el segundo. Las presentaciones y los discursos de gracias hechos por el decano de la Facultad y el presidente de la Academia, respectivamente, dieron motivo a expresiones de cordialidad por una y otra parte, que fueron subrayadas por calurosos aplausos. Nuestros colegas franceses llevan viva impresión de la amistosa acogida que su ciencia y sus simpáticas personalidades han merecido, y es de esperar que, a su vez, los profesores españoles, que dentro de breves días irán a París a devolver la cordial visita y a exponer el estado actual de nuestra ciencia nacional, serán recibidos con iguales sentimientos de fraternidad con que lo han sido aquí los sabios franceses.

Nos permitimos aconsejar, para lo sucesivo, que en la organización de estos actos se procure diseminarlos algún tanto y darles la debida publicidad; pues seis conferencias notables en cuatro días no es posible que tengan la concurrencia que merecen, dadas las necesidades de la vida diaria y el natural descanso que exige la atención de un público que necesariamente tiene que ser el mismo para todas ellas.

No exime, sin embargo, esta disculpa de la debida censura de que eran objeto por su ausencia algunas personalidades pertenecientes a los Institutos que han invitado los conferenciantes, y que luego se han encerrado en un inexplicable retraimiento, que no podemos suponer convenido, y que, a nuestro juicio, obedece a circunstancias que no querrán confesar los aludidos.

—O—

Según noticias, que por su origen nos merecen entero crédito, se ha fallado ya el importante recurso de casación suscitado por el Sr. Zurita de Algeciras, y a cuya vista en el Tribunal Supremo hacíamos alusión en nuestro último número. La sentencia no ha visto todavía la luz en la *Gaceta*, y por ello tenemos que ser cautos



en la expresión de nuestros favorables comentarios. Bástenos decir que, según tenemos entendido, de hoy más, ningún Tribunal podrá dudar de que la responsabilidad del retraso en el pago de los haberes a los médicos titulares incumbe PERSONALMENTE A LOS ALCALDES, QUIENES DEBERAN HACERLOS EFECTIVOS DE SU PROPIO PÉCULIO.

No olviden esto nuestros compañeros, y no olviden tampoco el hacer a tiempo las correspondientes reclamaciones, con las cuales evitarán el pretexto de la PRESCRIPCION.

Nada más por hoy, sino felicitarnos al felicitar a los médicos titulares.

—o—

En una tan sencilla como interesante carta dirigida por el académico de la Real de Medicina D. Jesús Sarabia al presidente de la misma Corporación, se le participa por el ilustre especialista pediatra que se ha fundado por él un premio anual de 500 pesetas, como estímulo para el trabajo relativo a la referida especialidad que, habiendo aparecido en la Prensa en el transcurso de cada año, merezca, a juicio de la Academia, semejante distinción.

Creemos inútil todo comentario de aplauso ni encomio al Sr. Sarabia, quien demuestra una vez más el amor a la rama del saber por él cultivada, y que no ha querido esperar para dedicarle una parte de sus intereses, a que la muerte haga imposible el disfrute de los que en vida se han ganado con la honrada y prestigiosa labor con que el Sr. Sarabia ha recaudado los suyos.

DECIO CARLAN

## LA EXISTENCIA DEL ALMA

POR EL

DR. ABDÓN SÁNCHEZ HERRERO

(De la Beneficencia municipal, por oposición).

.....

(Reflexiones de un psicólogo.)

Sin este principio, no es posible explicar el progreso humano. Si la facultad de pensar origina la ciencia, la filosofía y la religión; si la de sentir causa las Bellas Artes y la de querer ofrece las obras prodigiosas que el genio del hombre acumula a nuestra vista, ¿cómo es posible que se niegue al *yo* sin el cual nada de eso existiría?

Luego los materialistas son los primeros convencidos de la existencia del alma. La niegan por motivos sectarios; pero en su fuero interno saben muy bien

que el hecho de *negarla* es efecto de la pura espontaneidad de su albedrío.

La mejor definición que del alma conozco es la de San Agustín: «Es una substancia racional automotora». Es substancia porque, como demuestra la ontología, todas las esencias infinitas lo son y el alma pertenece a este género de seres. Es racional, porque la inteligencia es su facultad esencial para que pueda conocer al mundo exterior y al interior. Es automotora, porque por su condición de finita se ha de trasladar de un punto a otro para el cumplimiento de su trabajo. Se ve que esta definición es perfecta; nada se le puede quitar ni añadir; el carácter de lo exacto.

El hecho esencial que se observa en el *yo* por el método de la observación interna es una inestabilidad constante, sin que pueda encontrar nunca, al menos en esta vida intracarnal en que ahora estamos, un perfecto equilibrio.

Así, mi maestro, el doctor Burrieza, en su *Manual de Psicología elemental*, Valladolid, 1884, obra que formó excelentes psicólogos, la definió de esta manera: «Es una energía que constantemente se resuelve a nuevos estados y operaciones.»

Estuvo más acertado San Agustín, a mi entender, al llamarla substancia, porque esta palabra envuelve la idea de ser hasta el punto de que la definición del filósofo de Hipona, puede convertirse en esta otra. Es un ser inteligente que se mueve por sí mismo.

Como, con razón indicó el Sr. Burrieza, nos sería imposible marcar cuál fué nuestro primer pensamiento. Pero aun siendo esto verdad, nadie confunda su pensamiento con su ser, con su *yo*, con su alma. Y la prueba es que hay muchos instantes en que no pensamos en nada; otros, en que es un sentimiento el que se enseorea del campo de la conciencia; otros, un recuerdo; otros, una resolución; otros, la ejecución de algo muy deseado; por donde se ve que es la inestabilidad el carácter fundamental del *yo*. El error de los materialistas modernos, consiste en no referir esos hechos mentales al *yo* que los ejecuta, comprometiendo así su unidad; la primera verdad dictada por el sentido común.

Tampoco podemos prever, como escribió también el Sr. Burrieza en su libro antes citado, cuál será nuestro último pensamiento. Y, precisamente, esta indeterminación es la mejor prueba de que la ideación es algo distinto del ser pensante y cosa del todo diferente de las imágenes virtuales localizadas en el periespíritu. Sin éstas, el conocimiento sensible externo sería imposible. Es más; la memoria tampoco podría ejercitarse. Lo que queda en nosotros del pasado es una sucesión de imágenes en riguroso orden cronológico. Supongamos que, por una causa cualquiera, esas imágenes pierden intensidad y que son las de un año de nuestra historia se presentará un olvido, una amnesia de todos los hechos que verificamos en esos doce meses.

El espíritu, como elemento inteligente del Universo, es siempre activo, puesto que su estado normal es



el tránsito de una situación a otra. Lo podría comparar yo con una veleta.

La Psicología de la inteligencia (noología), nos enseña que su estado normal es el poli-ideismo y a su tiempo demostré en la Academia Médico-quirúrgica, que tanto la idea fija como la imagen inmóvil, pertenecen a la Psicología morbosa. Son propios de perturbados, de enfermos mentales.

De suerte, que estoy conforme con Teodoro Jouffroy cuando decía que el alma nunca duerme, sino que siempre está en actividad. Eso que él escribió fundándose en el puro raciocinio, lo ha demostrado por experiencia la Psicología transcendente de nuestros días (*evocaciones de vivos*).

Reflexionando, comprendo que el alma es la medida de las cosas exteriores; es la verdadera causa segunda que existe en la Creación. Dios la hace recorrer la escala de los mundos con un doble fin: para que trabaje en el mejoramiento de estas *moradas*, como las llamó Jesús, y para que logre así su perfeccionamiento propio.

Hace mucho tiempo que la ciencia demostró la falsedad de la opinión católica de que sólo esta tierra misera, grano de arena en el espacio infinito, está habitada y los innumerables mundos restantes están desiertos. Ese error, como tantos otros, es de origen romano, no evangélico; pues si a los mundos del Universo los llamó Jesús *moradas*, claro es que lo hizo porque sabía que tienen *moradores*.

La grandiosidad de designios que supone en el Creador inefable y bendito, el haber dotado a cada planeta de su Humanidad correspondiente, es tal, que eso no cabe en la cabeza de muchos, a quienes, por vivir de espaldas al progreso científico y al moral, no les es grato confesar que ignoran algo y que, ignorantes del símil de la esfera creciente de Pascal, declaran imposible *a priori* todo lo que ellos no pueden concebir.

La causa, pues, de nuestra alma, es Dios. El objeto de su ascensión por la escala de los mundos, es darla ocasión y medios para que pase de inteligente *a entendida*. Sólo viéndolo, podrá entender las órdenes del Creador y ejecutarlas con exactitud.

De modo que el destino de todas las almas es idéntico: la perfección relativa, la posible para ellas, aunque su ideal sea la absoluta, mostrada por Cristo, con estas palabras: «Sed, pues, vosotros perfectos como nuestro Padre que está en los cielos es perfecto.»

El alma está ávida de su Dios como el viajero perdido en el desierto de Sahara está anhelante del odre refrescante del agua, como lo está la hemoglobina del oxígeno; como lo estaría una nebulosa *si fuera pensante* por originar los soles y los mundos. Sólo Él que nos creó para sí, puede saciar este anhelo devorador que atormenta a nuestras almas.

El mismo Schopenhauer, con ser un materialista externo y un pesimista cegado, se vió obligado a reconocer que nuestra aspiración es, en realidad, infinita. Se diría que Dios nos pone primero en presencia de los fenómenos para desarrollar nuestras facultades in-

telectuales a la manera que nosotros entregamos juguetes a los niños para que se entretengan; pero sabiendo muy bien que llegará un día en que los abandonarán. Así Dios cuando nos vea purificados, se mostrará a nosotros como objeto perpetuo de adoración y estudio durante la eternidad entera. Entonces cesará el anhelo en presencia de su Evidencia.

Eso no sólo lo veo como resultado del estudio de la Noología o Psicología de la inteligencia, la cual no puede calmarse sino con la verdad absoluta, sino que se comprenda con claridad, después de examinar la Estética, ciencia que se ocupa del sentimiento o vida afectiva.

Sabemos que éste pasa por tres actos sucesivos: 1.º, interés o inclinación; 2.º, afección o adhesión, y 3.º, amor o posesión. Durante la vida intracarnal, nos falta la posesión de Dios y de eso depende que nuestro corazón esté en la tierra siempre inquieto, como ya reconocieron San Pablo y San Agustín. El primero decía: «Mientras estamos en este mundo, *peregrinamos ausentes de Dios*.» El obispo de Hipona escribió: *Domine, feciste nos ad te, et inquietum est cor nostrum donec requiescat in te*. De donde infiero que el sentimiento completo *coronado con la posesión del supremo Hacedor*, sólo lo tienen los espíritus puros. Esos son los que viven en plena felicidad. Esos son los que nada desean *porque todo lo poseen*. Esos, los más poderosos motores del progreso universal. Esos, los que, poseídos del más ferviente amor por sus hermanos atrasados, ponen toda su voluntad en hacerles conquistar su mismo grado. Esos los que llamó el profeta Daniel *espíritus protectores de los pueblos*. ¿Quién viendo la encina se acordará de la bellota?

## Sociedad Ginecológica Española

ACTA DE LA SESIÓN CIENTÍFICA CELEBRADA EL DÍA  
15 DE DICIEMBRE DE 1920.

Presidente: DR. BECERRO DE BENGOA

ORDEN DEL DÍA (1)

### Tratamiento de las venereo-ginecopatías, por el Dr. Sicilia.

En la prostituta influye de tal manera, que es muy rara la que, aún joven y llevando pocos meses, cuando las mucosas están más blandas no la presenta: quedando indefinida en la mayoría, complicando enormemente otros procesos venéreos generalmente ulcerados, chancrosos, que quedan más inferiores, y por donde tienen que pasar sus exudados, dándoles una cronicidad, reblandecimiento, extensión, profundidad, multiplicación y deformación; que sólo cuando se ataca bien la causa ocasional o se aísla es cuando pueden modificarse, volviendo a adquirir su aspecto preciso o

(1) Véase el número anterior.



los caracteres que más suelen definir la especificidad de estas lesiones.

Por sí sola se basta para producir maceraciones de un blanco particular de la mucosa, sobre todo en aquellos sitios donde se acumula, como en horquilla, surcos [carúnculo] labial, en cuyas cercanías de orificios de desagüe de las glándulas de Bartolino, invadidas en bastantes mujeres públicas, se desarrollan con bastante simetría, predominando más en el de mayor secreción y siendo precedidas en muchas de la mácula gonorréica de Sanger, en la prominencia submeática con menos fijeza, pero bastante en las dos foveas parameáticas laterales; he descrito los caracteres de superficialidad, con bordes irregulares de arqueaduras muy diversas en su avance, abarcando aéreas grandes, que, a flor de mucosa, parecen pincelaciones de nitrato de plata que hubiera mortificado y transformado la capa superficial, siendo húmedas, blandas, dejando más acentuadas erosiones grisáceas, en las que se ven destacar puntos rojizos de las papilas desnudas; siendo más corrientes en las líquidas supuraciones espumosas que se ven barbotear entre labios, las cuales determinan aun en las de órganos más reservados de coitos, sobre todo en las de tejidos consistentes de contactos íntimos, conservando mayor retención y calor.

Con frecuencia también produce despegamientos en flictenulas o herpes, cuyas exulceraciones muy iguales, bastante geométricas y de finos arcos, con el borde blancuzco despegado y superficie gris perlínea, hay que tener en cuenta con los caracteres anteriores de las exulceraciones maceradas gonorréicas para no confundir con chancros e instituir el verdadero tratamiento; y no nos puede sorprender estas alteraciones, que en la mucosa causa el pus de gonococos cuando vemos que normal menstruación y contacto sanguíneo periódico causa, cuando es fuerte función y organismo, estos herpes recidivantes, que también se encuentran en las sífilíticas, pudiendo llegar a verlas estas alteraciones de destrucción mucosa en el hocico de tenca y hasta en la vagina, cosa sorprendente, pues estos dos sitios de epitelio pavimentoso estratificado, sobre todo el segundo, tienen cierta indemnidad, a pesar de ser el sitio donde se conciertan el mayor número de irritantes por contactos, frotaciones, sitio de paso y reservorio de líquidos de origen externo e interno, en más prolongado y extenso contacto con las lesiones genitales masculinas y flujos; donde se comprueban los más variados microbios, unos definidos y otros muy particulares, que no suelen afectarle apenas, estado refractario que puede explicarse por su espesa capa celular, escasez en glándulas, reacción ácida de secreción, quedando más expuesta cuando por catarros, cambios de posición, cambien estas condiciones.

Recomendamos los tratamientos de sulfato de cobre amoniacal, mejor de citrato del mismo, en inyección intravenosa al 1 ó 2 por 100, empezando por 1 á 2 c. c., llegando hasta 5 a 10 c. c. cada dos días; diluyendo más la solución en momento de uso si se ve espesarse

mucho la sangre en la jeringa; las curas con el mismo, del 1 por 10 al 1 por 1.000; las inyecciones de tri-faflavina de solución, al 1 por 200, inyectando 10 a 20 c. c.; alterno consigo mismo, a veces con el anterior, las curas del 1 por 1.000 a 1 por 2.000, dando color amarillo verdoso de cloro, notando irrita aún menos que permanganato, y reprime más la secreción las de formalina al 1 por 100 de 1 a 5 c. c.; en análogas formas al 1 por 1.000 para la cura, y otras que tenemos en ensayo y presentaremos o publicaremos, si merecen.

Los chancros y lesiones primosecundarias sífilíticas son, con gran diferencia, las que más se presentan en los genitales femeninos, siendo menos los chancros venéreos, y aun en menor escala las gomoesclerosas del período terciario, siendo regiones de gran predilección:

1.º La horquilla donde suelen disponerse en charnela de valvas desiguales en las del Ducrey, más regulares en las treponémicas ocupando la cara mucosa, conservando en la mayoría de chancros un color rojo de tono oscuro, una película más o menos amplia o espesa, una superficialidad y lisura de la ulceración, que aquí adquiere su mayor desarrollo, sobre todo cuando recae en comisuras desgarradas, que cuando están bañadas por los loquios de partos recientes adquieren un aspecto achuleado, y una membrana grisácea más oscura, que no debemos confundir con afectos primarios; unido lo dicho a un brillo y humedad de serosidad excesiva y una continuidad de bordes casi a nivel de la denudación, dando esta variedad regional las mayores, salientes numerosas y más bilaterales adenopatías, por ocupar la línea media cercana a piel del corto periné y labios por donde van los linfáticos, al modo que ocurre con su homóloga del frenillo en el hombre.

2.º La comisura anal, en cuya parte anterior se disponen en hoja de libro, prolongándose la ulceración en buena zona anorectal y con profunda grieta en el surco medio, costando gran trabajo descubrir y curar por la contractura sostenida del esfínter externo anal, requiriendo de dilataciones forzadas por su resistencia, dureza y relieve en burlete engrosado que presentan los bordes.

3.º Surcos labiocarunculares en lados endovulvares, donde se mantienen con menor extensión y sin relieve, pero muy difteroides y endureciendo algo los restos carunculares, análogamente a los del surco coronario, en los que la parte del grande es la mitad que se infiltra. Meato donde, al modo que ocurre en el hombre, sea por contactos de orina, sea por irregularidad de esta parte, se ulceran en color rojo intenso, produciendo destrucciones del meato, que queda ampliado en medio de barrancosa pérdida de substancias entre los miamelonamientos, al punto de no ser fácilmente reconocido en algunos entre las depresiones y las desviaciones que sufre este conducto, cuya pared inferior queda tan destruída, y llegando a ver la pared mucosa superior prolapsada en buena parte, creán-

**PAPELES YHOMAR**

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

Ayuntamiento de Madrid



dose otras lesiones consecuencia del encharcamiento por orina y pus que hay formado con semejanza por los picos indurados con ciertos epitelomas.

Las pápulas erosivas se ulceran muy fácilmente, sea su asiento en cara externa de labios y surco génito-crurales, sea en la zona mucosa; lo cual es más raro redondeadas muy cercanas, contactando a veces los bordes en hileras o grupos de tamaño acentuados o monedas de cinco a 10 céntimos, que cuanto más internas y mucosas se hacen, más pierden de relieve, aproximándose más a las placas mucosas, cuyo epitelio macerado por contacto, tanto más si hay otra causa, como un flujo cubre toda la meseta de capa espesa blanca fácilmente, desprendibles menos en periferia, donde adhiere, y dejando subyacente ulceración rojiza, tanto más plana y ahuecada cuanto más interiores y planos sean estos elementos.

Hay una variedad de chancros específicos, los herpetoides múltiples, que sólo dejan en su puenteado al descubierto el dermis, los cuales producen adenitis con periadenitis mucho más marcada, dando en casos voluminosas masas que llegan a supurar, y cuyo edema subagudo o crónico se extiende al labio mayor correspondiente, simulando las infiltraciones masivas terciarias, pero éstas son más bien bilaterales duras, pálidas, con prolongaciones hacia ano, que da los sífilomas vulvo-ano-rectales; pero no hay tumefacción ganglionar tan visible ni predecesora como en las que describimos, siendo más importantes, además, en zona anorectal por ser estos ganglios del mesorecto los más obstruidos, según Gerota ha comprobado anatómicamente.

Casi todas las lesiones sifilíticas tienen estos caracteres particulares en el terreno genital femenino, escasa consistencia, ulceración, extensión, serosidad, número, simetría, autoinoculaciones, localizaciones múltiples, parecido, y mezcla de distintos períodos, escasa reacción ganglionar que marcan un cuadro muy distinto a lo que se lee en las descripciones clásicas de las obras, por lo que hay que conocer estas variabilidades para interpretarlas bien y curarlas mejor.

Los chancros venéreos suelen adquirir aspecto estrellado al ser extendidos como grietas irregularmente alargadas de bordes ramificados o radiados en los surcos y pliegues cuya dirección suele seguir, estando multiplicados cuando éstos son varios y cercanos, como en ano, presentando fondo más excavado con materia o papilla puriémula, debido no sólo al reblandecimiento de los tejidos lubricados por secreciones mucosas y seborréicas, y en los casos máximos encontramos perforados repliegues como las ninfas, comisura vulvar o descolgadas y adheridas en puntos anormales, encontrando hasta en surcos inguinales e interglúteos, donde se ensanchan y roen más aún, con invasión de porciones fronterizas.

Las curas que nos dan excelente resultado en las de naturaleza específica son toque saturado de permanganato, seguido de toque azul fenicado o argéntico al 1 y 5 por 100 respectivamente y pomada de óxido

amarillo o mercurial. hecha más consistente con lanolina, parafina o grasa sólida que mantenga más tiempo y en tal caso y aplicada en sitio enfermo; pero, debido a la frecuencia con que se licúan calor, movimientos y la dificultad de mantener apósitos fijadores, preferir conviene los polvos de calomelanos, precipitado rojo, amarillo, sulfuro o cinabrienturbith o subsulfato, entre los mercuriales; aristol, yodol, entre los yodados; minio, entre los plúmbicos; pero estos últimos sólo servirán para modificar las erosiones e infecciones superficiales sobreañadidas a lo específico; pero para conseguir reducir lo infiltrado y colonizado por los espirochetes es indispensable la base mercurial, la única que da el máximo de seguridad y rapidez. Lo dicho va bien para las lesiones superficiales; pero en aquellos chancros y papulas o placas ulceradas profundas, extendidas, de sitios apretados, angulosos y estranguladas por la contractura y noviformación, se obtienen mejores resultados con toques de sublimado, alcohol, éter, yodofenol, ácido crómico, nitrato de plata del 1 al 10 por 100, cáusticos que sin ser de extraordinaria energía, lo cual está contraindicado en las lesiones poco erosivas, aun con la membranita epidermodermica y de bastante infiltración, pues los cáusticos sientan mal en sífilis, lo mismo que pasa al bísturi en tuberculosis; la primera no quiere fuego; la segunda no quiere sangre; pero en estas lesiones más blandas, de menor acumulo, más jugosas y ulceradas, convienen en uso moderado tanto más intensas y frecuentes cuanto más profundas, estrechas y en grietas están dispuestas; en los fagedenismos, que no son aquí visibles sino con alguna rareza, el agua oxigenada, soluciones de tartrato ferricopotásico, de subcarbonato de hierro, y estas mismas sales de hierro en polvos o en pomadas asociadas al óxido amarillo y al cinabrio.

En chancros venéreos el sulfato de cobre saturado, cloruro de cinc, ácido fénico puro, siendo el primero el de elección y el que más aplicación tiene en el extenso campo dermovenereopático desde la balanitis, erosiones a las úlceras que los terribles fagedenismos de superficie serpiginosos pueden causar, como es este venereo; pero el segundo se aplicará cuando se tema la formación de bubones.

Los papilomas, condilomas, crestas, reacción vegetante de las papilas provocadas por la denudación de las mismas que las irritaciones y flujos de naturaleza distinta determinan, se modifican con fenol alcanforado, resorcina, óxido de plomo de Gerhart, pasta de permanganato de Verner, sabina, percloruro de hierro, lejía de potasa y sosa y modificando la causa inflamatoria, endureciendo y desecando, uniendo el terreno agrietado.

El 914, silbersalvarsán, galil, sosteniendo las dosis máximas en cada caso justo.

**TOLUDEN**

Pelrid's C., New-York

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

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

Ayuntamiento de Madrid



*Programa del concurso para la concesión de un premio, instituido por la misma, adjudicable en la sesión inaugural del concurso académico de 1922*

Quinientas pesetas y un diploma que acredite la concesión de dicho premio para el autor de la mejor Memoria que se reciba acerca del tema siguiente:

**Estudio critico de la radiumterapia en ginecología**

1.º Las Memorias deberán ser originales y estar escritas en castellano, a máquina.

2.º A cada una de las Memorias que se presenten deberá acompañar un pliego cerrado, en el que conste el nombre y residencia del autor. Este pliego vendrá exteriormente señalado con el lema que figure en la Memoria a que corresponda, escrito con igual letra que la que con que se haya impreso dicho lema en la respectiva Memoria; para evitar la confusión que pudiera originar la posible coincidencia de que dos o más Memorias ostenten el mismos lema.

Será excluido del concurso todo trabajo que se halle firmada por su autor o que contenga alguna indicación que pueda revelar su nombre.

3.º Quedan excluidos de este certamen los socios numerarios de esta Corporación.

4.º Las Memorias se dirijan bajo sobre al presidente de la Sociedad, y serán recibidas por la secretaria general (Mayor, 1, Colegio de Médicos); donde se expedirá, a quien lo solicite, el correspondiente recibo de la entrega.

5.º El concurso quedará cerrado el día 31 de octubre de 1921, después de cuyo plazo será admitida cualquier Memoria que se presente.

6.º La Sociedad publicará oportunamente los temas de las Memorias recibidas, así como el de aquella que la Corporación juzgue acreedora al premio.

7.º Este será públicamente adjudicado en la sesión inaugural del año 1922 al autor de la Memoria premiada o a quien para ello se presento debidamente autorizado, abriéndose en el mismo acto el sobre que debe contener su nombre, a la vez que se inutilizaran los que correspondan a las Memorias no premiadas.

8.º Toda memoria recibida para el concurso, quedará propiedad de la Sociedad.

9.º El autor de la Memoria premiada no podrá reimprimirla sin permiso de esta Academia.

**Premio instituido por el excelentísimo señor doctor don Francisco de Cortejarena.**

Doscientas cincuenta pesetas para el autor del mejor trabajo, a juicio de la Junta directiva de la Sociedad Ginecológica Española, referente al asunto de más actualidad de «Obstetricia o Ginecología», cuyo concurso y adjudicación se llevará a efecto bajo las mismas bases y preceptos que rigen para el premio instituido por la misma.

**Premio instituido por el señor doctor don Ricardo Becerro de Bengoa, presidente de la Sociedad Ginecológica Española**

Quinientas pesetas para el autor de la mejor Memoria expositiva de la labor tocológica efectuada por un médico rural, a juicio de la Junta directiva, cuyo concurso y adjudicación se llevará a efecto sobre las mismas bases y preceptos que rigen para los premios anteriores.

Madrid 2 de febrero de 1921.—El secretario general, doctor Fernández Villanueva.

## Sección oficial

### Real Academia Nacional de Medicina.

Por fallecimiento de los excelentísimos señores don Antonio Fernández Chacón y Moreno, D. Nicolás Rodríguez y Abaytúa y D. Blas Lázaro e Ibiza, se hallan vacantes en esta Corporación tres plazas de Académico de número con destino a las Secciones de Anatomía, Medicina y Farmacología, las dos primeras para médicos, y la última para farmacéuticos que la Academia ha acordado proveer, en sesión de 2 de los corrientes.

Las condiciones que exigen los Estatutos de la Corporación en los candidatos a dichas plazas, son las siguientes:

- 1.ª Ser español.
- 2.ª Tener el grado de Doctor o el de Licenciado en la Facultad de Medicina para las dos primeras, Anatomía y Medicina, y el de Doctor o Licenciado en la Facultad de Farmacia para la de Farmacología.
- 3.ª Contar diez años, al menos, de antigüedad en el ejercicio de la profesión respectiva.
- 4.ª Haberse distinguido notablemente en las materias propias de las Secciones expresadas, por publicaciones originales, actos públicos o práctica acertada y meritoria que les haya granjeado crédito reconocido.
- 5.ª Hallarse domiciliados en esta corte.

Las propuestas para las mencionadas plazas, que deberán firmar cinco académicos de número, a lo menos, se admitirán en esta Secretaría de mi cargo, durante los quince días siguientes a la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, y se acompañarán de la relación de méritos de los candidatos, suscritas por estos, y garantida con la firma de los proponentes; haciéndose constar en ella el lugar del nacimiento, edad y títulos profesionales, con expresión de la fecha en que éstos fueron librados, y el número de su registro en los correspondientes libros.

Madrid, 5 de marzo de 1921.—El secretario, Angel Pulido.

(Gaceta del 16 de marzo.)

# FIRMUGENOL

(Nombre registrado)

ESPECIFICO DEL ESCROFULISMO  
Compuesto de ioduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE

Literatura y muestras a su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Póla de Gerdón (León).

Ayuntamiento de Madrid,



## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,9; ídem mínima, 698,7; temperatura máxima, 12°9; ídem mínima, 0°3; vientos dominantes, S. E. SO.

En la última semana han aumentado, aunque en poco proporción, los casos de infección intestinal tifoidea, revistiendo algunas formas graves. También han sido más numerosas las bronquitis y bronconeumonías.

En los niños siguen no habiendo ningún padecimiento.

**Mortalidad de Madrid en febrero de 1921, comparada con el promedio de dicho mes en el quinquenio anterior**

*Comparación por grandes grupos de edades*

	Promedio anterior	Febrero de 1921
Menores de un año .....	244	264
De uno a cuatro años .....	213	122
De cinco a diez y nueve años .....	111	95
De veinte a treinta y nueve años .....	221	208
De cuarenta a cincuenta y nueve años .....	295	330
De sesenta en adelante .....	483	502
Sin clasificación .....	2	5
<b>TOTAL .....</b>	<b>1.569</b>	<b>1.526</b>

*Comparación por diagnósticos de mayor importancia médico social*

	Promedio anterior.	Febrero de 1921
Fiebre tifoidea .....	13	10
Tifus exantemático .....	1	2
Viruela .....	14	3
Sarampión .....	20	3
Escarlatina .....	2	2
Coqueluche .....	13	2
Difteria .....	12	3
Gripe .....	49	20
Otras epidemias .....	3	2
Tuberculosis pulmonar .....	151	158
Ídem meningea .....	16	18
Otras tuberculosis .....	23	28
Cáncerosas .....	50	64
Meningitis .....	73	57
Congestión, hemorragia y reblandecimiento cerebrales .....	79	89
Orgánicas del corazón .....	128	143
Bronquitis aguda .....	129	125
Ídem crónica .....	68	69
Pulmonía .....	43	41
Bronconeumonía y otras .....	192	205
Enteritis (menores de dos años) .....	38	48
Apendicitis y tífis .....	2	2
Hernias y obstrucciones .....	13	9
Cirrosis hepática .....	10	13
Nefritis .....	52	63
Septicemia puerperal .....	5	11
Debilidad congénita y vicios de conformación .....	48	60
Senectud .....	50	36
Otras enfermedades .....	272	247
<b>TOTAL .....</b>	<b>1.569</b>	<b>1.526</b>

Varones .....

779

Hembras .....

747

Promedio diario de mortalidad de febrero en el quinquenio anterior .....

56,04

Ídem íd. íd. en febrero de 1921 .....

54,50

Ídem íd. íd. en enero de 1921 .....

49,93

### OBSERVACIONES

La mortalidad de febrero, aunque inferior al promedio correspondiente, ha sido algo mayor que en enero anterior por afecciones agudas del aparato respiratorio y tuberculosis pulmonar.

Las diez defunciones por fiebres tifoideas ocurrieron en diez barrios distintos, no siendo ninguno del distrito del Hospicio el más castigado los dos meses anteriores.

De encefalitis letárgica falleció en el Hospital Provincial una joven de diez y ocho años domiciliada en la calle de San Pedro.

Por septicemia, fiebre y peritonitis puerperales fallecieron once. Cifra elevadísima en comparación con las habituales de esta rúbrica.

LUIS LASBENNES.

## Crónicas

**Curso de Oftalmología.**—De acuerdo la Facultad de Medicina y la Junta para ampliación de estudios han organizado a propuesta del profesor de Oftalmología de esta Universidad, doctor Márquez, un curso práctico referente a microscopia en el ojo vivo, dado por el doctor Koepe, docente privado de la Universidad de Halle. Las lecciones prácticas y las explicaciones teóricas previas o complementarias que se juzguen precisas se darán ante un reducido número para recibirlas. Habrá dos series de diez o doce lecciones para cada grupo, mañana y tarde, cada una de dos horas de manejo práctico de los aparatos (lámpara de Sullstrand y microscopio corneal); serán dadas en la Facultad desde el 4 hasta el 20 de abril próximo. Las inscripciones (con noticia breve de las circunstancias que concurren en cada solicitante respecto a preparación previa en la especialidad), pueden hacerse dirigiéndose ya a la secretaría de la Junta para ampliación de estudios, Almagro, 26, hotel, y al Decanato de la Facultad de Medicina, hasta el 25 de marzo.

**Disolución de la Unión Sanitaria de Oviedo.**—Copiamos de *El Sol* el siguiente parte:

«OVIEDO 1 (10 m.)—El gobernador civil, por denuncia formulada por los farmacéuticos, adoptó la resolución de disolver la Unión Sanitaria de Gijón.

Los farmacéuticos denunciaron al gobernador que se les obligaba a ingresar en dicha Unión, firmando por anticipado una letra por valor de 500 pesetas para responder del pago de las multas que pudieran serles impuestas, y otra, de 100 pesetas, para gastos reservados.

El gobernador declaró ilícita la Sociedad, y su funcionamiento clandestino.

La Unión Farmacéutica, lo único que hizo hasta ahora fué elevar los precios de los medicamentos y obligar a los médicos a que elevaran sus honorarios, declarando el boicot más riguroso a los que se negaban a esta elevación.»

# 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.

Ayuntamiento de Madrid



**Los fisiólogos italianos en memoria del profesor Forlanini.**—Como recuerdan nuestros lectores, puesto que EL SIGLO MEDICO dedicó al ilustre clínico una extensa nota necrológica, el día 25 de mayo de 1918, falleció en Italia el profesor D. Carlos Forlanini bien conocido por sus estudios clínicos de fisiología y, en particular, por la introducción del neumotórax artificial en la práctica terapéutica.

Los fisiólogos italianos se han reunido recientemente en Comité para honrar la memoria del ilustre estudioso y han abierto una suscripción con objeto de fundar con el nombre de «Instituto Forlanini para el estudio de la tuberculosis, un Centro de investigación y de aplicaciones clínicas y terapéuticas con especial orientación hacia la fisiología del proceso fisiológico, que en este período preocupa tan hondamente en los países en que la guerra ha añadido nuevos y graves motivos a los que de continuo amenazan el bienestar y la salud del pueblo.

Las cuotas de suscripción, cualquiera que sea el importe de éstas y las adhesiones, se reciben en el Hospital Civil de Lugano (Suiza), por el profesor Humberto Carpi.

**Cruz Roja española.**—La sexta Comisión de la Cruz Roja Española ha elegido la siguiente Junta de gobierno:

Presidente, ilustrísimo señor D. Juan de Dios Sandón; vicepresidente primero, D. Eduardo González; ídem segundo, D. Félix Fernández Segovia; secretario, D. Antonio Jordán Barrero; tesorero, D. Francisco Dorado; contador, D. Osmundo Sánchez Cordovés; director de almacén, D. Pedro Checa; vocal primero, D. Francisco Díaz Leyda; ídem segundo, D. José Fernández de la Portilla; ídem tercero, D. Benito González; ídem cuarto, D. Juan Badiola.

**La Cruz de Beneficencia a un compañero.**—Recientemente le ha sido concedida la Cruz de Beneficencia de 1.ª clase a nuestro distinguido compañero D. Lucas Abad, médico que ejerció durante más de veinte años consecutivos en Nieva de Cameros.

El honor que hoy recibe el doctor Abad es premio a su continuada labor de desinteresado auxilio a huérfanos y menesterosos.

El pueblo en que ejerce su profesión, reconocido a sus servicios, fué el que solicitó esta distinción merecida y útil.

Nuestra enhorabuena.

**Liga española de Medicina social.**—Sociedades adheridas y representantes nombrados para el comité de organización:

Instituto de Medicina social, Dr. Maraño.

Asociación de la Prensa, Dr. Eleicegui.

Cruz Roja Española, Dr. Pittaluga.

Colegio de Médicos de Madrid, Dr. Muñoz del Portillo.

Sindicato Médico de Madrid, Dr. Salazar Ugarte.

Casa Internacional de las Sefardías, D. Enrique López de Perea.

Federación de asociaciones Hispano Sefardíes de Marruecos, D. Ignacio Bauer.

Grupo internacional «Pro Humanite» sección española, marqués de Valeco de Palma.

Asociación para el fomento de la Higiene y la Cultura de España, domiciliada en Valencia. Doctora Josefina Landete.

Secretario provisional, Dr. Aguado Marinoni. Ateneo de Madrid.

Montepío facultativo.—Secretaría general.—Anuncio

de pensión.—Don Antonio Barroso y Sánchez, médico, residente en Sevilla y socio de este Montepío, solicita pensión de jubilación.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y a los efectos del Reglamento.

Madrid, 10 de marzo de 1921.—El secretario general, *Marín*.

**Curso práctico de análisis clínicos.**—Dará principio en el laboratorio del doctor Maestre Ibáñez, Glorieta de Atocha, 8, el día 30 del presente mes y terminará el día 7 de mayo.

Dado el carácter exclusivamente práctico de estos cursos, los alumnos realizan todas las operaciones analíticas de que hace mención el programa, por cuyo motivo, y con el fin de que puedan todos trabajar cómodamente, la admisión de estos es limitada, siendo preferidos los que primeramente hagan la inscripción. Se envía el programa especial para este curso, al que lo solicite dirigiéndose a dicho laboratorio.

**Oposiciones a médicos inspectores provinciales de sanidad.**—En la *Gaceta* del 3 de febrero; instancias hasta el 21 de marzo. Se cubrirán nueve vacantes, quedando como aspirantes los aprobados sin plaza. Obra única por los Sres. Ferrán, Delgado y Campos, 60 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

**Oposiciones a médicos de Higiene.**—En Madrid, nueve plazas; instancias hasta el 15 de abril. Obra única, 25 pesetas.—Editorial Campos, Princesa, 14, Madrid.

Al presente número acompañamos una LISTA DE PRECIOS de los productos del Laboratorio y Farmacia Americana, Carrera de San Jerónimo, 1, Madrid, cuya lectura recomendamos.

**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.

## 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

Imprenta Cardenal Cienfuegos 47—Madrid—Teléf. 1.923