

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCO RODRIGUEZ

| | | | |
|---|--|---|--|
| J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios. | A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales. | G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina. | G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. |
| J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa. | A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. | A. MEDINA Auxiliar de la Facultad de Medicina. | J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General. |
| L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. | F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. | J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. | J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina. |
| J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. | J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. | B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar. | F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII. |
| V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. | B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. | S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense. | L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián). |
| L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid. | T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. | A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias. | R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General. |
| A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. | F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. | | |
| | Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES | | |
| | 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: Consideraciones sobre el problema actual de la sífilis nerviosa, por el Dr. Gonzalo R. Lafora. — Intensa neuritis óptica intraocular ó papilitis con amaurosis total, monolateral, por el Dr. Manuel Marín Amat. — Indicaciones de la radioterapia profunda, por el Dr. Julián Ratera. — La Medicina y la guerra: Nota sobre el tétanos localizado en los miembros, por E. Chauvin. — **Periódicos médicos.**— **Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlan. — El asunto Ramón y Cajal. — Luis Simarro, por C. M. C. — **Sociedades científicas:** Sociedad Oftalmológica de Madrid. — **Sección oficial** — **Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

Consideraciones sobre el problema actual de la sífilis nerviosa

(COMENTARIOS Á UN TRABAJO DEL DR. FERNÁNDEZ SANZ)

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

Antes de empezar estos comentarios quiero prevenir al lector de que no espere una discusión molesta y personal, como gustan de leer los espíritus malévolos que disfrutan ante ese género de luchas. Serán sencillamente unos comentarios respetuosos, con un fin científico y encaminados á dilucidar puntos oscuros de diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la neurosífilis, problema que á cualquier psiquiatra le interesa contribuir á aclarar. Forzosamente ha de haber controversias entre los hombres que se dedican con ahínco á un mismo género de investigación y que ven los mismos problemas desde puntos diferentes. España es el país donde menos se producen estas controversias científicas, mientras que en otros países ocupan numerosas páginas en las revistas profesionales más serias. Reciente está aún la discusión habida entre Plaut y Kafka (1), en la más importante revista alemana de neurología y psiquiatría, sobre el tema de si en la parálisis general hay siempre reacción de Wassermann positiva

en la sangre, como defiende el primero, ó si este «dogma», como le llama Kafka, no es cierto en algunos casos. En esta discusión ha resultado malparado Kafka, cuyos casos negativos habían sido previamente tratados por los procedimientos modernos. De la misma manera que en las comunicaciones presentadas en las Academias, la discusión que les sigue fija generalmente la cuestión en su verdadero estado; así en los artículos de revistas la controversia pone los problemas en su situación real, y añade más interés al tema discutido.

Aquí, pues, intentaremos fijar algunos puntos en discusión científica con el Dr. Fernández Sanz, apoyando en hechos y razonamientos nuestras opiniones.

En su reciente artículo, titulado *Consideraciones clínicas sobre la sífilis del sistema nervioso*, y dedicado á tratar el aspecto de «la curabilidad de determinados procesos sífilíticos», hace el Dr. Fernández Sanz algunas afirmaciones que nos parecen inciertas (1).

Dice en primer lugar, que la opinión corriente de que la tabes y la parálisis general son *incurables*, es exagerada y que va á demostrar que no son siempre *refractarias al tratamiento*. En efecto, en el curso de su artículo nos refiere algunos casos de ambas dolencias, en

(1) Kafka: "Atypische serologische Befunde bei Paralyse und ihre Bedeutung"; Plaut: "Die Wassermann'sche Reaktion bei der Paralyse", (*Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie*, t. 65, 1920.)

(1) Nos interesa hacer constar que este artículo nuestro fué escrito y enviado á EL SIGLO MEDICO en el mes de Enero á raíz de la publicación del trabajo del Dr. Fernández Sanz que leímos en la *Revista Médica Naval*.

los que se han obtenido efectos beneficiosos con el tratamiento específico intravenoso ó con el intrarraquídeo, es decir, que *no han sido refractarios al tratamiento*; pero deja absolutamente sin demostrar que se hayan curado. Creo que es preciso insistir mucho sobre la diferencia esencial entre ambos conceptos. Sobre este particular podemos afirmar rotundamente *que nadie ha demostrado aún que se puedan curar definitivamente la parálisis general ni la tabes, y por el contrario, que antes de que se practicasen los procedimientos intrarraquídeos habían demostrado muchos clínicos, que tanto la tabes como la parálisis general en períodos no muy avanzados, eran susceptibles de una gran mejoría con el tratamiento específico intravenoso*. El Dr. Fernández Sanz al decir, refiriéndose al tratamiento intravenoso, que «la tabes dorsal se había mostrado hasta ahora en absoluto refractaria y rebelde al tratamiento», olvida la copiosa literatura sobre la cuestión. Aparte de los trabajos de Nonne, Williams, Sachs y otros muchos, que es inútil recordar, tenemos el reciente libro de Leredde (1) donde se recogen 87 historias clínicas de tabéticos tratados intensamente por vía endovenosa con preparados salvarsánicos, y de los cuales un gran número no sólo mejoraron clínicamente, como los casos tratados por vía intrarraquídea por el Dr. Fernández Sanz y que todos tenemos, sino que llegaron á presentar tales modificaciones en las reacciones de la sangre y líquido cefalorraquídeo que hacen creer en una curación los signos de laboratorio. Podemos, pues, afirmar que *hay un cierto número de casos de tabes, los cuales tratados intensamente por vía endovenosa consiguen una absoluta mejoría de los síntomas clínicos y de los signos de laboratorio*. Ahora bien, y este es el punto más interesante que olvidó citar el Dr. Fernández Sanz en su artículo, y sobre el que hemos llamado insistentemente la atención en diversos artículos y en nuestro libro reciente (2) sobre la cuestión, á saber: *comparados los métodos intravenosos é intrarraquídeos en la tabes, se comprueba una gran superioridad en los últimos, pues hay un gran número de casos en los que á pesar de un tratamiento intravenoso intensivo y prolongado, no sólo no mejora ni se detiene la enfermedad, sino que sigue avanzando, y en cambio, sometidos después al tratamiento intrarraquídeo se detiene el proceso y mejora, tanto clínicamente como en sus signos de laboratorio*; como prueba, citaremos entre otros el caso II de nuestro libro.

Otro es el problema de la curabilidad de la tabes. Nosotros tenemos una serie grande de tabéticos, en distintos períodos, sometidos á la terapéutica intrarraquídea desde hace cuatro años. Aun en los más avanzados, con intensísima ataxia paralítica, hemos obtenido sorprendentes mejorías, que hemos recogido en películas cinematográficas. Asimismo, hemos obtenido la desaparición de los signos de laboratorio en la sangre y líquido cefalorraquídeo. A pesar de esto, no nos atrevemos á afirmar que hayamos curado á ningún tabético, y aunque la lógica hace suponer que esta curación definitiva se podrá conseguir con la prolongación del

tratamiento durante muchos años, aún no nos creemos autorizados para afirmar esta curación. Nuestra experiencia actual se hace cada día más pesimista sobre el problema de la curación definitiva de los procesos parasifilíticos y aun de algunos neurosifilíticos, en breves períodos de tratamiento. Pero de esto trataremos más detalladamente al hablar de la parálisis general. Sólo diremos aquí, respecto á la tabes, que en varios casos nuestros tratados muy intensivamente durante dos años por vía endovenosa é intrarraquídea, con desaparición de los síntomas clínicos y de los signos de laboratorio, es decir, con curación aparente, al suspender un año el tratamiento intrarraquídeo (por petición del enfermo que se cree curado), y á pesar de continuar tratándose algo por vía intravenosa por insistente ruego nuestro, volvieron á presentarse los signos en el líquido cefalorraquídeo (aunque con menos intensidad que previamente), sin que en la sintomatología hubiese empeoramiento; lo que nos indica que el germen sigue persistiendo en sus localizaciones meningo nerviosas y que se rehace lentamente al abandonar la terapéutica intrarraquídea. Por tanto, nuestra experiencia personal nos permite afirmar que *todavía nadie ha demostrado la posibilidad de una curación definitiva de la tabes*, aunque ésta sea teóricamente posible prolongando más su tratamiento.

Pasemos ahora á la cuestión de la parálisis general. El Dr. Fernández Sanz dice: «Desde el punto de vista clínico no es posible negar la curación de la parálisis general sin incurrir en una arbitrariedad». Para apoyar esta tesis nos refiere dos casos propios tratados hace años intravenosamente y que están bien, unos diez años el uno y ocho el otro. Cita además otros casos recientes con mejorías transitorias mediante tratamiento intravenoso exclusivo, y al terminar afirma: «Por consiguiente, no debemos considerar á la parálisis general progresiva, desde el punto de vista del diagnóstico clínico, con la opinión pesimista, en absoluto desesperada, que se ha tenido hasta ahora».

Nosotros creemos que con lo precedente no ha demostrado el Dr. Fernández Sanz la tesis que defiende de la curación clínica, sino sólo de la mejoría ó remisión; problema ya de hace años resuelto, incluso sin tratamiento ninguno. ¿Qué entiende el Dr. Fernández Sanz por curación clínica? Al parecer, equipara este término con el de remisión, pues lo emplea igualmente, y creemos necesario aconsejar que reservemos la palabra curación para significar un proceso de restitución total y definitiva. No hay más que una curación y no podemos decir científicamente curación «clínica», porque la clínica es tan ciencia como el laboratorio ó la sala de autopsias, y no es posible en estos tiempos aceptar un concepto de curación clínica, cuando el laboratorio nos demuestra que no hay tal curación. ¿Es que los medios de exploración clínica hechos en el laboratorio no son métodos clínicos? ¿Qué diferencias puede haber entre el análisis del líquido cefalorraquídeo y la exploración de los reflejos ó de las facultades intelectuales?

El Dr. Fernández Sanz parece querer en sus publicaciones separar la clínica del laboratorio como dos or-

(1) Leredde: «Traitement du tabes», París, 1918.

(2) Lafora: «Diagnóstico y tratamientos modernos de la neurosífilis». Calpe, Madrid, 1920, pág. 87.

ganizaciones casi antagónicas, y nosotros opinamos que debemos tender siempre á unir ambos como modalidades que son de una misma ciencia médica. No hay, pues, más que *remisiones* y *curaciones*; por las primeras entendemos mejorías transitorias, y por las últimas, mejorías definitivas. Sólo podemos diferenciar en las remisiones, las formas de remisión clínica y de remisión de los signos de laboratorio, por más que nosotros hayamos defendido en el Congreso Nacional de Medicina de 1919 la tesis de que en la parálisis general no debiera considerarse como remisión, para los efectos médico-legales, más que aquellas en que desaparecen los síntomas clínicos y los signos de laboratorio, opinión quizás algo exagerada en su aplicación práctica (1).

Los casos de parálisis general mejorados con el tratamiento intravenoso que cita el Dr. Fernández Sanz, no van acompañados de los datos del examen del laboratorio. Sabido es que la parálisis general presenta casi constantemente *remisiones espontáneas*, que duran varios meses ó varios años, sin que se les haga tratamiento alguno. ¿Qué de particular ofrecen, pues, los dos casos de ocho y diez años de remisión clínica, si se han publicado algunos hasta de veintidós años de remisión sin tratamiento y en los que la autopsia demostró luego las lesiones de la parálisis general? Son sólo casos algo raros, pero en los que no debemos aceptar beneficio importante de un tratamiento intravenoso, ya que aparte de que no sabemos si había remisión de los signos de laboratorio, la gran mayoría de los otros enfermos de parálisis general á pesar de un tratamiento intravenoso intensivo y prolongado mueren á los tres ó cuatro años de enfermar. La diferencia entre la remisión espontánea y la provocada por los métodos intrarraquídeos combinados con los intravenosos, hemos dicho en diversos trabajos que estriba en que en la provocada llega á ser remisión total, es decir, con desaparición de síntomas clínicos y de laboratorio, y en la espontánea no, excepto rarísimas excepciones. No se consiguen siempre estas remisiones totales terapéuticas, pero sí en un cierto número de casos.

Si á la vez que se implanta una remisión espontánea se instituye un tratamiento cualquiera en la parálisis general, parecerá que la mejoría es debida al tratamiento, y hablando científicamente debemos rechazar la falacia de esta ilusión terapéutica. Así pues, aceptamos que el tratamiento intravenoso puede coadyuvar á la presentación de una remisión clínica espontánea y aun á hacer esta remisión más completa, pero afirmamos

(1) Defendimos entonces dicha tesis fundándonos en un caso que años antes nos había referido el inolvidable Achúcarro. Viajaba éste cerca de Bilbao y de pronto se detuvo el tren. Descendieron los viajeros y se enteraron que la parada había sido motivada por el descuido de un guarda-aguias. Este no estaba en su puesto y hubo de buscarse en las proximidades. Al hablar con él notó Achúcarro que se trataba de un caso de parálisis general evidente, en cuyas manos estaba la vida de infinidad de viajeros y que no se daba cuenta de la importancia de su función. Luego en nuestra práctica hemos tropezado con casos semejantes de militares, jueces, y empleados importantes de tribunales en estados avanzados de parálisis general cometiendo por su estado constantes errores, perjudiciales á tercero.

que sólo en casos rarísimos pueda tener una eficacia manifiesta para conseguir la desaparición de los signos de laboratorio, signos que nos revelan la persistencia del proceso. Prueba de ello es que Nonne, primera autoridad mundial en el problema de la neurosífilis, sólo cita cuatro casos en su enorme experiencia, en los que sólo con tratamiento intravenoso consiguió una *verdadera remisión*, es decir, tanto clínica como de los signos de laboratorio, y aun dice que no puede asegurar que se tratase de *verdaderos* casos de parálisis general.

Por otra parte, la parálisis general y la tabes no son al parecer más que modalidades de una misma enfermedad localizada diferentemente: la primera, principalmente en el cerebro, y la segunda en la medula. Prueba de ello es, que hay casos de parálisis general que en el curso de la afección presentan los síntomas de tabes (taboparálisis) y casos de tabes que al cabo de varios años de una evolución típica presentan síntomas cerebrales, y finalmente se establece una parálisis general típica. Por este motivo algunos autores como White y Jelliffe describen en su «Neurología y Psiquiatría» ambas afecciones reunidas en un solo capítulo.

Ahora bien, si ambas afecciones son modalidades localizatorias de un mismo proceso neurosifilítico y la parálisis general es considerablemente más grave que la tabes, por afectar centros más importantes, ¿cómo se puede pretender tratar sólo por vía intravenosa á la parálisis general, cuando se declara que este tratamiento fracasa totalmente en la tabes? Solo es posible este absurdo fiándose en la falacia clínica de una mejoría terapéutica que muchas veces no es más que una remisión espontánea, acentuada algo por nuestra intervención terapéutica. Contra tal error á que conduce el empeño de tener sólo una visión clínica de las enfermedades y de su tratamiento, debe oponerse todo el que mire á la Medicina como una ciencia, en la cual la clínica y el laboratorio son inseparables.

Respecto al problema de la *curación definitiva* de la parálisis general, debo decir, que mientras el Dr. Fernández Sanz en sus primeros trabajos se manifestó en un sentido pesimista y ahora en este último llega á decir, con gran optimismo, que es una arbitrariedad el negar la curación de la parálisis general, nosotros, á medida que nuestra experiencia avanza, evolucionamos en un sentido más bien pesimista, á pesar de tener algunos casos de cuatro y cinco años de remisión y en constante tratamiento, alguno de ellos con todas las reacciones negativas y en plena actividad profesional. La facilidad con que en un principio pudimos observar la desaparición de los síntomas clínicos y de los signos de laboratorio y mantenerse estas remisiones totales durante años, nos hizo pensar y admitir optimísticamente la posibilidad de la curación definitiva mediante los métodos intravenosos é intrarraquídeos combinados. Luego, sin embargo, la experiencia larga nos ha hecho ver que la suspensión prolongada de todo tratamiento conduce lentamente al retorno insidioso de los signos de laboratorio, lo que nos obliga de nuevo á intensificar nuestro tratamiento. ¿Quiere

esto decir que neguemos la posibilidad de la curación definitiva de la tabes y de la parálisis general progresiva? De ningún modo. Sólo quiere decir que si acaso esta curación definitiva es posible, será tras muchos años de tratamiento intenso, desde luego más de cuatro, y que la suspensión del tratamiento antes de esta época es un error terapéutico censurable. Y no solamente decimos esto de las dos enfermedades parasifilíticas mencionadas, sino también de muchas formas de neurosífilis con intensas reacciones del líquido cefalorraquídeo. Por esta razón, repetimos lo que hemos dicho en nuestro reciente libro (pág. 114) sobre este particular:

«Ahora bien; ¿podemos considerar como curaciones definitivas las remisiones terapéuticas prolongadas? Nosotros opinamos que no. Cuando aun en la sífilis primaria bien tratada durante dos años, se observa con relativa frecuencia que después de conseguir la curación aparente de la enfermedad y después de la desaparición prolongada, durante años, del Wassermann, hay un retorno del proceso sífilítico latente, que creíamos curado, al cabo de ocho ó diez años, ¿cómo vamos á pretender que en un proceso neurosífilítico antiguo, más difícil de tratar que la sífilis primaria, podamos en dos ó tres años conseguir su curación definitiva? La posición científica actual debe ser el considerar á estos casos como *crónicamente enfermos*, y sometidos, por tanto, á tratamientos frecuentes é interrumpidos por pausas de reposo. Así, pues, en la neurosífilis, en cualquiera de sus formas, pero sobre todo en las llamadas parasifilíticas, no debemos nunca hablar de curaciones definitivas, sino considerar los pacientes como *crónicamente enfermos*, y sometidos, por tanto, á una persistente tutela terapéutica con pausas más ó menos prolongadas.»

«En nuestra experiencia hemos observado pequeñas recidivas y empeoramientos en neurosífilíticos de todas las formas, los cuales habían sido intensamente tratados por vía venosa é intrarraquídea, y en los que las reacciones eran ya negativas hacía tiempo. Por tanto, el enfermo parasifilítico debe saber desde un principio (cuando esté mentalmente despejado) que nunca podrá dejar en absoluto y definitivamente el tratamiento. Esta es una conclusión que nos va enseñando la experiencia. Por esto decíamos ya en nuestro primer trabajo de 1917 (1): «En el estado actual de nuestros conocimientos sobre el método, podemos sólo ofrecer á las familias de los enfermos una remisión *segura* más ó menos duradera en los casos recientes, con una vaga esperanza de detención del proceso inflamatorio, y, por tanto, de curación, que podrá ser acentuada ó disminuída á medida que pasen más años de experiencia, y veamos si hay casos que permanecen definitivamente curados ó detenidos en la marcha de la enfermedad, con un tratamiento más ó menos continuo.»

En apoyo de esta opinión nuestra, fruto de la experiencia, citaremos la que ha expresado recientemente

(1) Lafora: "El tratamiento intrarraquídeo de las afecciones sífilíticas y parasifilíticas del sistema nervioso.", (EL SIGLO MÉDICO, Abril de 1917).

Tinel (1), al escribir sobre el problema terapéutico de la sífilis meníngea. Dice así: «Los resultados obtenidos sólo se mantienen en general por la persistencia del tratamiento. Raras veces se logra la detención definitiva de la enfermedad. La interrupción prolongada del tratamiento provoca, casi siempre, una recidiva. Las mejorías, es preciso saberlo, no son curaciones. Las recaídas, después del tratamiento, parecen más graves de lo que sería la enfermedad, abandonada á sí misma antes de tratarla. Estos enfermos de tabes y parálisis general están, pues, *condenados á tratamiento á perpetuidad.*»

Como se ve, está en absoluta coincidencia con la que nosotros expusimos meses antes que Tinel (2).

Hay otro punto referente á la terapéutica, en el último trabajo del Dr. Fernández Sanz, que deseamos discutir, antes de pasar á los problemas diagnósticos y pronósticos tratados en dicho trabajo. Cita el caso de un señor de cuarenta años, sífilítico muy tratado y que en pleno tratamiento de aceite gris sufre una hemiplejía, la cual casi no mejora después de intenso y prolongado tratamiento intravenoso. Después añade: «En estos casos de sífilis terciaria, refractarios al tratamiento intravenoso, se plantea la cuestión del tratamiento intrarraquídeo». No podemos comprender cómo se llega á esta conclusión, máxime sin dar cuenta de si se hizo ó no el análisis del líquido cefalorraquídeo. Supone dicha conclusión un doble error, hijo de la visión clínica, exclusiva del problema de la neurosífilis. Si se tiene además una visión anatomopatológica del problema, no se puede escribir lo citado. Lo ocurrido es probablemente lo siguiente: El enfermo en cuestión padecía un proceso arterítico sífilítico (sífilis [vascular] que determinó un reblandecimiento por oclusión de vaso (endarteritis obliterante) ó una hemorragia cerebral por rotura vascular (mesarteritis y degeneración hialina de los vasos). La lesión ocurrida en plena sustancia blanca, en zona de gran importancia funcional (¿cápsula interna, pedúnculo?), no se reabsorbió á tiempo y las fibras degeneraron definitivamente. ¿Cómo puede curarse un caso tal de síndrome hemipléjico con tratamiento intrarraquídeo, si éste no puede hacer desaparecer el estado de degeneración esclerótica del tejido nervioso? Las hemiplejías sífilíticas que se curan son: (a), aquellas determinadas por endarteritis obliterantes con anemia consecutiva focal, en las que el tratamiento hace permeable rápidamente la arteria obliterada, permitiendo la irrigación sanguínea del foco anemiado, antes que se haya establecido un reblandeciendo esclerótico definitivo; (b), aquellas en que la hemorragia ó reblandecimiento se localizó en zonas «mudas» cerebrales, próximas á la cápsula interna ó á las vías piramidales á su paso por la protuberancia ó

(1) Tinel: *Journal de Medicine et de Chirurgie Pratiques*, 1.º de Diciembre de 1920. Ref. en EL SIGLO MÉDICO.

(2) Con gran satisfacción acabamos de leer un recentísimo trabajo de Buzzard (Tabes: its early recognition and treatment. — Brain, Abril 1921), llegado á nosotros durante la impresión de éste nuestro, en el que dice, que cuando un tabético le pregunta cuánto tiempo deberá tratarse, le responde: "Durante toda su vida."

el pedúnculo cerebral, es decir, en zonas que sólo resultaron comprimidas ó afectadas por el edema que rodea á la lesión, ó inhibidas por la diáquisis de Monakow, y al mejorar ésta volvieron á recuperar su actividad funcional las fibras motoras; y (c), aquellas otras lesiones corticales ó pericorticales extensas (gomos, meningoencefalitis circunscrita, paquimeningitis hemorrágica), que son las más fáciles de reparar al instituir un tratamiento activo, dada la capacidad de reintegración de la corteza no destruida totalmente, y la posibilidad de compensación funcional por regiones próximas ó por centros subcorticales, según se demuestra experimentalmente en los animales.

(Se continuará.)

Intensa neuritis óptica intraocular ó papilitis con amaurosis total, monolateral. (1)

CURACIÓN RÁPIDA POR LAS INYECCIONES PARENTERALES DE LECHE ESTERILIZADA

POR EL

D. R. MANUEL MARÍN AMAT,

Oculista del Hospital provincial de Almería,
Académico corresponsal de la Real y Nacional de Medicina.

Sin embargo, todas las células del cuerpo, quizá como función esencial suya como resto atávico, ó mejor, como sabia medida previsora, conservan la sublime cualidad de producir fermentos, en un todo también específicos, al contacto con sustancias de composición ajena á las de su propia estructura; fermentos éstos que juegan el doble papel de elaboradores indispensables á la nutrición, cuanto de defensa del organismo contra las sustancias nocivas. Y las sustancias no atacables serían conquistadas. Así produce la célula fermentos para desintegrar la albúmina (proteolítico), la peptona (peptolítico), los hidratos de carbono y hasta las grasas.

Hechos experimentales han demostrado que la albúmina de la leche provoca en las células del organismo la producción de un *fermento proteolítico*, que la ha de digerir y transformar en peptona, produciendo esta función una cantidad de calor (fiebre), proporcional al trabajo realizado. Mas no para ahí el estímulo, sino que la célula de este modo impresionada, continúa produciendo nuevas avalanchas de fermento, que al no tener albúmina que destruir, factiblemente se ha de verter en el torrente circulatorio. Pero como los leucocitos juegan un papel importantísimo en la producción de este fermento, que por otra parte ya existe en los plasmas, resulta que los glóbulos blancos de la sangre, con estas propiedades digestivas exaltadas aumentados extraordinariamente en número y atraídos al lugar de la infección por quimiotaxia positiva, a la vez que obligados á pasar por allí mayor número de veces, como consecuencia del aumento de velocidad de la onda sanguínea y de dilatación vascular (fiebre), hacen ya el papel, no sólo de destructores de la albúmina de esta sustancia, sino también de la que forma los exudados inflamato-

rios y de la contenida en el cuerpo de las bacterias; lo que hace pensar, dada la casi absoluta especificidad de esta función, que dichas albúminas (la de la leche, la de los exudados y la del microbio), sean de estructura idéntica ó muy parecida. Pensamiento éste que pudiera descubrir nuevos horizontes en la terapéutica de las infecciones, inyectando en el organismo albúmina en un todo idéntica ó parecida á la contenida en la bacteria responsable de cada infección.

Otra cuestión de la que no se ha tratado (que nosotros sepamos), de una manera abierta, es la referente a la *anafilaxia*. ¿Produce ó no anafilaxia en el hombre la leche en inyección parenteral? En el curso de nuestras conferencias en el Colegio de Médicos de esta provincia acerca de esta interesante y práctica cuestión, hemos demostrado con multitud de casos clínicos de un extraordinario valor y que no dejan lugar á la menor duda, que la leche esterilizada empleada en inyección parenteral, no produce jamás fenómenos de anafilaxia en el organismo humano.

Es probable que la leche al calentarla á 100.º (hervida), le ocurra lo que á los sueros, es decir, que se vuelva atóxica desde el punto de vista de la anafilaxia; en segundo lugar, puede ocurrir que la vía subcutánea sea también poco apta en el hombre (como en el cobayo) para la producción de la anafilaxia. En el curso de nuestra larga experiencia (más de 3.000 inyecciones), hemos comprobado que la región más tolerante en el hombre es la interescapular, mientras que en las paredes del vientre, en cambio, son un poco más susceptibles á la leche en inyección, quizá por la proximidad del peritoneo. Y por último, la leche que á diario ingerimos, y con mayor motivo los enfermos que la convierten en alimentación casi exclusiva, no debe tampoco ser extraña (como en el cobayo) á producir una vacunación contra la anafilaxia ó estado antianafiláctico.

Observación.—Doña M. G. V., de cuarenta y cuatro años, casada y natural de Sorbas (Almería), fué enviada por el médico de dicho pueblo, Sr. Cañete, el día 19 de Junio de 1920, para que la tratásemos.

Al ligero interrogatorio preliminar que la hicimos, nos manifestó que el día 4 del mismo mes comenzó á sufrir un fuerte dolor de cabeza, lado izquierdo, irradiado á la órbita y nariz, dolor que ha sufrido de una manera continua desde aquella fecha y que todavía continúa. A los tres días, 7 del mismo mes, comenzó á ver nublado con el ojo izquierdo y á perder considerablemente la visión, hasta el punto de que cuatro días más tarde (el 11) ya no veía absolutamente nada con dicho ojo; y ya alarmada y siguiendo los consejos de su médico había preparado viaje para someterse á nuestra observación.

Reconocimiento.—Ojo izquierdo. Por inspección simple aparece de aspecto completamente normal, excepción hecha de una fuerte midriasis y que su pupila no reacciona al reflejo fotomotor directo, pero sí al sinérgico ó consensual (cuando se ilumina el ojo derecho); signo de amaurosis verdadera. La visión está totalmente abolida = 0 y no existe proyección luminosa.

Por *oftalmoscopia* encontramos la papila óptica en-

(1) Véase el número anterior.

sanchada, prominente, de contornos mal limitados, con las venas dilatadas y ligeramente tortuosas y todos los vasos sanguíneos rodeados total ó parcialmente en su trayecto papilar de un exudado que enmascara sus contornos. Por un momento tuvimos la impresión de tratarse de un éxtasis papilar de mediana intensidad; mas al dirigir el haz luminoso del oftalmoscopio al fondo del ojo izquierdo y encontrarlo completamente normal, cambiamos de parecer y sentamos el diagnóstico de *intensa neuritis óptica intraocular ó papilitis*, pero cuya etiología necesitábamos investigar.

Es costumbre nuestra preguntar en casos de esta índole por antecedentes nasales ó de senos de la base del cráneo, por haber observado frecuentemente esta asociación morbosa. Efectivamente, la paciente nos manifiesta que hace dos años (en la pandemia de 1918) padeció la gripe y después de la convalecencia tuvo fuertes dolores de la mitad izquierda de la cara, que fueron interpretados como una neuralgia, al mismo tiempo que por las mañanas escupía pus y durante el día expulsaba gran cantidad de moco, de mal olor, por la fosa nasal izquierda, fenómeno este último que duró seis ó siete días y que posteriormente no ha vuelto á reaparecer.

Explorada en este sentido, encontramos ligero dolor á la presión en el ángulo superointerno de la órbita izquierda (región del seno frontal); é igualmente dolor por este medio exploratorio en la región temporal del mismo lado. Enviada al otorrinolaringólogo Sr. Ramírez, nos manifestó que la enferma sufría una sinusitis esfenoidal del lado izquierdo, prescribiéndole toques de cocaína en la mucosa nasal é inhalaciones de mentol, según es regla en estos casos.

Tratamiento.—Aleccionado por el sorprendente éxito que obtuvimos en otoño de 1918, en un caso interesantísimo de neuritis óptica retrobulbar aguda de naturaleza gripal, con escotoma central que abarcaba casi todo el campo visual y con agudeza visual nula y en el que tres inyecciones de leche esterilizada bastaron para obtener una rápida curación con visión normal, nos decidimos á utilizar exclusivamente este magnífico recurso terapéutico, al que debemos grandes éxitos en nuestra práctica. He aquí el Diario de observación.

Día 20 de Junio.—Primera inyección de leche de cabra esterilizada, en la cantidad de 4 c. c., y subcutáneamente en la región escapular. Al día siguiente, la pupila del ojo izquierdo reacciona ligeramente á la luz directa y la enferma percibe los dedos á 10 centímetros de espalda á la luz. Por oftalmoscopia se observan con más detalles los vasos retinianos en su trayecto papilar.

Día 21 de Junio.—Segunda inyección de leche en la misma cantidad y región. Al día siguiente, la pupila del ojo enfermo reacciona, aunque perezosamente, á la luz directa y la visión es de dedos á 40 centímetros. Continúan mejorando los signos oftalmoscópicos.

Día 22 de Junio.—Tercera inyección láctea de igual dosis y en igual región. Al día siguiente, la enferma ve los dedos á 75 centímetros y la pupila se contrae normalmente por acción de la luz. El fondo del ojo ha me-

jorado extraordinariamente, desapareciendo el edema, el relieve y los exudados de la papila, limitándose bien sus contornos; quedando solamente un aspecto velado de la misma que recuerda el presentado por la coriorretinitis específica de mediana intensidad.

Día 23 de Junio.—Cuarta inyección, también de 4 centímetros cúbicos. Al día siguiente, visión = dedos un metro, el aspecto del ojo no recuerda la midriasis que hacía tres días presentaba, y el aspecto del fondo es todavía más satisfactorio.

Día 25 de Junio.—Quinta inyección (4 c. c.). Al día siguiente la agudeza visual es de dedos á 1,50 metros, los reflejos pupilares normales y el fondo del ojo completamente fisiológico y en un todo igual al del derecho.

Día 27 de Junio.—Agudeza visual del ojo izquierdo = $\frac{1}{3}$; siendo de apariencia normal *intra* y *extra*; sin embargo, se le pone la 6.^a inyección de leche en la cantidad de 3 c. c.

Día 29 de Junio.—Agudeza visual, aspecto y funciones completamente normales en el ojo izquierdo (visión = $\frac{2}{3}$ é igual que la del ojo derecho); se le pone la 7.^a inyección de leche á la dosis de 2 c. c.

Día 1.^o de Julio.—Los dolores de cabeza que presentaba la paciente al someterse á nuestro tratamiento, fueron disminuyendo poco á poco y actualmente han desaparecido por completo. La visión, fondo de ojo y reflejo pupilar del globo ocular izquierdo continúa siendo normal; dando de alta por curación á la paciente, á los once días de comenzado el tratamiento, y, disponiéndole un tratamiento en consonancia con la afección que había desaparecido. En este día el especialista de nariz Sr. Ramírez reconoce de nuevo á la paciente y nos manifiesta que la sinusitis esfenoidal está totalmente curada.

Con los datos que anteceden y al objeto de obtener estos ideales resultados terapéuticos, vamos á exponer también muy á la ligera, las indicaciones de la leche en inyección parenteral, tanto en Oftalmología (1) como en Medicina general (2), según nuestro personal criterio en este asunto.

De las cinco clases de afecciones admitidas en Patología general: congénitas, neoplásicas, degenerativas, traumáticas é inflamatorias, solamente en estas últimas encuentran su indicación; es decir, que es condición indispensable, *sine quam non*, que exista *inflamación*; y por lo que respecta al ojo, son: las queratitis con ó sin pérdida de substancia, tanto superficiales como profundas; las iritis, ciclitis, coroiditis, hialitis y neuritis ópticas. En cambio quedan sin efecto en las afecciones congénitas, neoplásicas y degenerativas, que por lo que se refiere al globo ocular son: las parálisis, las atrofas (del nervio óptico, retina, coroides y globo ocular en conjunto), los desprendimientos de la retina y las cataratas.

En la irido-ciclitis simpatizante ó simpática (forma

(1) De una manera detallada me ocupo en mi extenso trabajo acerca de "La leche de cabra esterilizada en terapéutica ocular," en la *Revista Cubana de Oftalmología*.

(2) También y de modo más amplio me ocupo en mi Monografía en publicación "Las inyecciones de leche esterilizada en terapéutica ocular y general."

la más frecuente de esta especial afección ocular) tampoco dan resultado; más bien se trata de un proceso hiperplásico que flogístico.

Es interesante ante conocer los efectos tan variables que las inyecciones parenterales de leche de terminan sobre el gonococo, según su localización. Es sabido que los primeros éxitos de esta modificación en Austria fueron obtenidos por R. Müller en las complicaciones ordinarias de la blenorragia; así como que L. Müller y Tanner (de Viena) curaron iritis de esta naturaleza con las inyecciones de leche. Nosotros, en múltiples casos de úlceras de la córnea y de iritis gonocócicas, también hemos obtenido resultados satisfactorios; mientras que fueron nulos cuando los gonococos asentaban exclusivamente sobre la conjuntiva.

Esta misma observación nuestra ha sido realizada por nuestros compañeros y amigos los Dres. Pérez Cano y Solves: el primero, en las uretritis blenorragicas, y el segundo, en un caso de artritis de la muñeca de esta etiología. Ambos fracasaron con la leche en inyección en estos casos.

La clínica demuestra, pues, que en la conjuntiva, uretra y serosas, el gonococo no es destruido por la leche en inyección parenteral. La explicación dada por nosotros al contestar á los citados señores, en la discusión que suscitaron nuestras conferencias sobre este tema, fué la siguiente: los vasos sanguíneos son los portadores de los elementos de inundación y de lucha (plasma y leucocitos); los epitelios no son atravesados por vasos y quizá los endotelios sean una barrera para el paso del plasma; de donde resulta que el ejército de policía sanitaria de que dispone el organismo, se encuentra detenido por estos obstáculos naturales, para ir en busca del enemigo y presentarle combate. Mientras que por el contrario, en las complicaciones de la blenorragia, tanto oculares como extraoculares, el parénquima de los órganos es á base de tejido conjuntivo y grandemente vascular; y la acción defensiva local, contra los elementos extraños, sean de la naturaleza que quieran (incluyendo los gonococos), se encuentra al maximum de intensidad.

Más dentro de esta etiología flogística, la indicación ha de variar según la naturaleza de la misma, según el germen productor, según la evolución clínica y según el emplazamiento de las lesiones.

Atendiendo á la naturaleza de la inflamación, las de origen séptico ó microbiano, tanto espontáneas como traumáticas ó quirúrgicas, son más franca y más definitivamente influenciadas, que las asépticas; por estar esencialmente unido el elemento inflamatorio al microbiano y ser éste también destruido por las energías desbordadas por la leche en inyección.

Con respecto al germen productor de la inflamación, se puede aceptar la clasificación, de poco virulentos, de mediana virulencia y de virulencia exaltada; teniendo la leche en inyección una acción electiva sobre los del segundo grupo, entre los que se cuentan el pneumococo, el bacilo de Pfeiffer, el gonococo, el estafilococo y algunas variedades de estreptococo.

Por lo que se refiere á la evolución clínica de la

afección, hemos observado que la leche en inyección solamente está indicada en las de marcha aguda, quedando sin efecto en las de evolución crónica, excepción hecha de cuando están agudizadas (manifestaciones agudas de la sífilis y el reumatismo).

Según el emplazamiento de las lesiones, nos parece condición casi fundamental el que estén localizadas (cual ocurre con las oculares), y dentro de la localización, las que radican en órganos de cierta tolerancia patológica, como el pulmón, la piel, los órganos genitales, el tejido celular, las articulaciones, etc., parecen los más á propósito para el uso de esta medicación.

Y por último, también pueden emplearse á título de preventivo en las operaciones quirúrgicas (1), y hasta quizás en las intervenciones obstétricas.

De suerte que haciendo un recuento de lo dicho resulta: que en las afecciones inflamatorias, sépticas, agudas, producidas por gérmenes de virulencia media, localizadas y que radican en órganos de cierta tolerancia patológica, es donde la leche en inyección parenteral encuentra su principal indicación.

Y por último, añadiremos que en las manifestaciones oculares ó extra-oculares de la tuberculosis de marcha crónica, no dan resultado las inyecciones parenterales de leche; llegando á estar contraindicadas, según nuestra práctica, en las mismas lesiones tuberculosas cuando evolucionan de un modo agudo ó subagudo.

Bibliografía.

- La Clinique Ophtalmologique*, Diciembre 1916, pág. 726.
 Darier: *La Clinique Ophtalmologique*, Junio 1917, pág. 371.
 Domec: *La Clinique Ophtalmologique*, Septiembre y Octubre 1917, págs. 517 y 559.
 Gaupillat: *La Clinique Ophtalmologique*, Febrero 1919, página 73.
 Darier: *La Clinique Ophtalmologique*, Marzo 1919, página 131.
 Abderhalden: «Fermentos defensivos del organismo animal», edición española, 1914.
 Besredka: «Anafilaxia y antianafilaxia», edición española, 1919.
 Bastera Santa Cruz: Sesiones de la Sociedad Oftalmológica de Madrid, 1919.
 Carreras: Sesiones de la Sociedad Oftalmológica de Madrid, 1919.
 Marín Amat: «La leche de cabra esterilizada en Terapéutica ocular», Congreso de Bilbao para el progreso de las Ciencias, Septiembre 1919, *Revista Cubana de Oftalmología*.
 Idem íd.: «Las inyecciones de leche en Terapéutica». Cuatro conferencias en el Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Almería, Abril y Mayo 1919.
 Idem íd.: «Las inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general)», monografía en publicación.
 Almería, Julio 1920.

(1) Nosotros las empleamos á este título con feliz resultado en la operación de la catarata.

INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA PROFUNDA ⁽¹⁾

POR EL

DR. JULIAN RATERA

| Número: fecha de comienzo. | Edad..... | Diagnóstico. | Minutos de irradiación..... | Dosis..... | Curso. | Resultado definitivo. |
|-------------------------------------|-----------|---|--------------------------------|------------|--|---------------------------------------|
| 48 4 VII-916 | 59 | Fibromioma uterino no muy desarrollado: hemorragias, con motivo de las reglas; período dura 6-7 días, muy abundante los 3 ó 4 primeros y doloroso. | 326 | 160 X | Amenorrea en VIII-916; en Noviembre se le da la última serie de irradiaciones. | Alta el 2-XI-916. |
| 49 8-VII-916 | 44 | Enorme fibromioma que sobre pasa 7 traveses de dedo por encima del ombligo; período muy abundante, dura 3 ó 4 días. | 122 | 96 X | Solo recibió la primera serie de aplicaciones. | |
| 50 19-VII-916 | 30 | Fibromioma intersticial uterino no desarrollado más en el lado izquierdo; ovaritis del lado izquierdo, probablemente por compresión por el fibroma; existencia desde hace 4 años. | 342 | 136 X | En Octubre ya no se presentó el período. | Alta: curada el 23-XII-916. |
| 51 25 IX 916 | 48 | Fibromioma voluminoso que llega por el lado izquierdo del vientre al arco costal; por el derecho sobrepasa un traves de dedo por encima del ombligo; molestias desde hace 20 años; período dura 10 ó 12 días, muy abundante los 3 ó 4 primeros. | 719 | 464 X | Amenorreica en Octubre de 1916. | Alta: curada el 26-XII-916. |
| 52 2 X-916 | 44 | Fibromioma que llega en su mitad izquierda á la altura del ombligo; más bajo en su mitad derecha; períodos duran 10 ó 12 días, muy abundante los 3 ó 4 primeros. | 553 | 440 X | Enferma que se presentó al tratamiento con grandes intermitencias. | Fué dada de alta, curada el 30-X 917. |
| 53 6-X-916 | 44 | Fibromioma que por el lado derecho, sobrepasa el nivel del ombligo; existencia desde hace cerca de 20 años; período dura 8 ó 10 días, muy abundante el primero. | 578 | 400 X | Amenorreica en Enero de 1917 | Alta: curada el 13 II 917. |
| 54 9-X 916 | 43 | Fibromioma pequeño, muy hemorrágico. | 225 | 152 X | La enferma solo recibió 3 series de irradiaciones. | |
| 55 12-X-916 | 51 | Fibromioma uterino de poco tamaño, pero que provoca dificultades en la micción, hasta tener que ser sondada la enferma en ocasiones. | 392 | 246 X | 11-XI-916; reducción del fibroma ya en una tercera parte. | Alta: curada el 6-II-917. |
| 56 31-X 916 | 46 | Endometritis hiperplásica con infiltración miomatosa; retracción del parametrio en ambos lados y ligera salpingo-ovaritis del lado derecho; período abundante y duradero desde hace 6 años. | 272 | 160 X | La enferma no recibió nada más que 3 series de sesiones | |
| 57 20-XI-916 | 54 | Utero fibromatoso; hemorragias intensas desde hace 10 años; período dura 8 días, los 4 primeros muy abundantes; á veces dura hasta 20 días. | 318 | 160 X | Amenorrea en el mes de Enero de 1917. | Alta el 13-II-917. |

(1) Véase el número anterior.

| Número; fecha de comienzo. | Edad..... | Diagnóstico. | Minutos de irradiación..... | Dosis..... | Curso. | Resultado definitivo. |
|-------------------------------------|-----------|--|--------------------------------|------------|--|--|
| 58 24-XI-916 | 40 | Pequeño fibromioma que provoca abundantes hemorragias desde hace un año. | 94 | 60 | Solo se dió en este caso una serie de irradiaciones por tener que ausentarse la enferma de Madrid. | |
| 59 12-XII-916 | 48 | Fibromioma subseroso de evolución lenta, desarrollado á expensas de la mitad izquierda del útero; período dura 20 días y es muy abundante. | 378 | 180× | El período no se presentó en Febrero ni en Mayo. | Alta el 14-V-917. |
| 60 25 XII-916 | 46 | Fibromioma uterino grande, alcanzando la altura del ombligo por el lado derecho; períodos abundantes. | 261 | 114× | Menopáusica en Enero de 1917. | Alta el 23-II-917. |
| 61 10-I-917 | 47 | Fibromioma mediano: hemorragias desde hace 4 años. | 595 | 260× | Amenorrea en el mes de Abril. | Alta el 21-VI-917. |
| 62 10-III-917 | 44 | Enorme fibromioma que sobrepasa 4 traveses de dedo por encima del ombligo y es muy prominente; período dura 8 días y es muy abundante. | 1.059 | 1086× | La amenorrea fué provocada rápidamente: en Mayo de 1917. | Alta el 22-II-918; después de provocada la amenorrea se siguió haciendo cada 2 meses series de sesiones para reducir el fibroma. |
| 63 26-III-917 | 47 | Fibromioma uterino grande, que sobrepasa 2 traveses de dedo por encima del ombligo; hemorragias desde Febrero de 1906. | 95 | 80× | La enferma solo recibió una serie de sesiones. | |
| 64 28-III-917 | 42 | Fibromioma notado desde hace 3 meses; intraligamentoso, de tamaño pequeño; no provoca dolores ni hemorragias. | 240 | 192× | Oligomenorrea. | La enferma no volvió después de la 3.ª serie de sesiones. |
| 65 29-III-917 | 68 | Fibromioma que llega casi al nivel del ombligo y que provoca hemorragias muy frecuentes hace un año. | 80 | 64× | Solo se dió la primera serie de irradiaciones. | |
| 66 8-IV-917 | 32 | Fibromioma de mediano tamaño; llega á la mitad de la altura entre la sínfisis y el ombligo y va acompañado de una fuerte anteversión; hemorragias muy intensas, coincidiendo con el período desde hace 3 años. | 455 | 200× | Amenorrea en Agosto de 1917. | Alta: curada el 2-IX-917. |
| 67 12-IV-917 | 48 | Enorme fibromioma que por el lado derecho del vientre sobrepasa 4 á 5 traveses de dedo por encima del ombligo; existencia desde hace 10 ó 12 años; metrorragias muy antiguas. | 717 | 754× | Amenorrea desde el mes de Julio. | Alta el 10-XI-917. |
| 68 21-IV-917 | 47 | Fibromioma de mediano tamaño que llega á un través de dedo por debajo del ombligo; existencia de hemorragias, con motivo de las reglas desde hace 2 años. | 462 | 200× | Amenorrea en Agosto de 1917. | Alta el 26-IX-917. |
| 69 5-V-917 | 45 | Fibromioma voluminoso que sobrepasa 2 traveses de dedo por encima del ombligo; existencia aparente desde 1912; período muy corto y abundante. | 376 | 208× | Amenorrea desde Junio de 1917 | El tratamiento continuó para reducir algo más del fibroma. 918. |

| Número; fecha de comienzo. | Edad..... | Diagnóstico. | Minutos de irradiación..... | Dosis..... | Curso. | Resultado definitivo. |
|-------------------------------------|-----------|--|--------------------------------|------------|--|---|
| 70 9-V-917 | 41 | Fibromioma intersticio subseroso muy pequeño, pero muy hemorrágico; hemorragias con ocasión de las reglas, desde hace 2 años; período dura habitualmente 21 á 22 días. | 355 | 128× | Solo consiguió producirse la oligomenorrea. | Ultima serie de sesiones el 1 y 2-X-917. |
| 71 13-V-917 | 44 | Fibromioma voluminoso que en su mitad izquierda pasa un través de dedo por encima del ombligo; período normal, pero acompañado de grandes dolores. | 376 | 152 | Amenorrea en Agosto de 1917. | Alta: curada el 24-IX-917. |
| 72 17-V-917 | 37 | Fibromioma que llega á la altura del ombligo; existencia desde hace 3 años; período dura 5 ó 6 días y es muy abundante el 2.º; no hay dolores. | 496 | 296× | Solo consiguió provocarse la oligomenorrea por la irregularidad con que vino la enferma á la consulta. | Ultima serie de sesiones desde el 11 al 14-VI-918. |
| 73 20-V-917 | 44 | Fibromioma pequeño desarrollado en el lado izquierdo del vientre; hemorragias desde el mes de Abril de este año. | 301 | 176× | Amenorrea en Agosto 1917; descanso hasta Diciembre en que se le hicieron las últimas sesiones. | Alta: curada el 22-XII-917. |
| 74 27-V-917 | 46 | Fibromioma voluminoso que sobrepasa 2 traveses de dedo al nivel del ombligo por el lado derecho; hemorragias no todos los meses, por haber sido ya tratada cerca de 2 años. | 437 | 300× | Amenorrea en Noviembre de 1917. | Alta: curada el 19-I-918. |
| 75 23-VII-917 | 38 | Voluminoso fibromioma que sobrepasa 2 traveses de dedo por encima del ombligo; existencia desde hace 11 años; muy hemorrágico. | 370 | 200× | Ultimo período en el mes de Noviembre de 1917. | Alta: curada el 29-I-918. |
| 76 25-IX-917 | 46 | Fibromioma subperitoneal, desarrollado en el lado derecho del vientre, donde alcanza la mitad de la altura entre la sínfisis y el ombligo; período corto, pero muy abundante. | 126 | 108× | La enferma solo recibió 2 series de sesiones y después decidió operarse. | |
| 77 3-X-917 | 21 | Fibromioma que ocupa todo el vientre y pasa 2 traveses de dedo por encima del ombligo; apreciado hace 2 años; de vez en cuando provoca ataques dolorosos intensísimos; sin metrorragias. | 216 | 181× | Oligomenorrea en Enero de 1918; tumor sumamente reducido. | Alta: curada el 2-IV-918; ulteriormente desaparición total del tumor. |
| 78 15-X-917 | 38 | Fibromioma que llega próximamente á un través de dedo por debajo del ombligo; período normal, no doloroso. | 20 | 16× | La enferma solo recibió 2 irradiaciones. | |
| 79 30-XI-917 | 50 | Utero fibroso, poco voluminoso, desarrollado hacia la pared posterior de la pelvis, provocando por compresión, fenómenos en la circulación de retorno (varices). | 43 | 40× | Solo se dió la primera serie de aplicaciones. | |
| 80 XII-917 | 50 | Fibromiomas voluminosos subserosos, que sobrepasan 5 traveses de dedo por encima del ombligo, apreciados ya hace 3 años. | 420 | 410× | Amenorrea en Mayo de 1918; considerable reducción de los fibromas. | Alta: curada el 20-VI-918. |

| Número; fecha de comienzo. | Edad..... | Diagnóstico. | Minutos de irradiación..... | Dosis..... | Curso. | Resultado definitivo. |
|-------------------------------------|-----------|---|--------------------------------|------------|--|---|
| 81 [4-I-918] | 45 | Fibromioma desarrollado en el lado derecho del vientre, donde provoca desde hace mes y medio grandes dolores (llegó diagnosticada a nuestro gabinete). | 80 | 100× | Reducción en el mes de Marzo, por ir en aumento los dolores, se comprobó la existencia de un cáncer. | El tratamiento fué suspendido en Marzo. |
| 82 21-I-918 | 46 | Fibromioma de mediano volumen, que queda a un través de dedo por debajo del ombligo, <i>apreciado solo hace 22 ó 23 días.</i> | 561 | 500× | Ha sido necesario prolongar el tratamiento por habersele vuelto a presentar las hemorragias después de quitadas. | Alta el 25-II-919; curación. |
| 83 24-I-918 | 36 | Grandes metrorragias producidas por una matriz fibrosa, en la que parece haber comienzo de un fibromioma submucoso. | 149 | 147× | Ultimo período en Abril de 1918. | Alta: curada el 19-VI-918. |
| 84 28-918 | 36 | Mioma blando del útero, central, intersticial y parece único; se aprecia a bastante altura en la pared del vientre. | 159 | 164× | Ultimo período en Marzo de 1918. | Alta: curada en Junio 1918. |
| 85 6-II-918 | 30 | Fibromioma voluminoso que sobrepasa 2 traveses de dedo por encima del ombligo; metrorragias desde hace 3 ó 4 años. | 198 | 170× | Amenorrea en Mayo de 1918. | Alta el 22-VI-918. |
| 86 25-II-918 | 62 | Enorme fibromioma que data de 22 años de fecha, y ocupa todo el vientre; actualmente tiene ascitis por compresión, que se reproduce rápidamente, habiéndosele hecho 2 punciones en 10 días. | 61 | 75× | Solo pudieron darse muy pocas sesiones por impedirlo la ascitis. | |
| 87 25-III-918 | 86 | Fibromioma que sobrepasa 2 traveses de dedo al nivel del ombligo; metrorragias desde hace 4 años, fecha en que tuvo un aborto y comenzó a sentir la tumoración. | 667 | 496× | Amenorrea en Octubre 1918. | Alta el 21-XI-918. |
| 88 13-IV-918 | 50 | Fibromioma uterino desarrollado principalmente en el lado izquierdo del vientre; primera metrorragia hace un mes. | 105 | 67× | No llegó a poderse terminar la 2.ª serie por haber caído enferma con gripe. | |
| 89 3-V-918 | 36 | Fibromioma, apreciado al hacer una nefrectomía; mediano volumen. | 430 | 368× | Amenorrea en Marzo 1919 (se suspendió el tratamiento por el verano). | Alta el 10-IV-919. |
| 90 23-V-918 | 55 | Enorme fibromioma que tiene 26 centímetros de alto por 30 de ancho y sobrepasa ampliamente el ombligo; hemorragias intensas desde hace 2 años. | 89 | 90× | Solo pudo darse la 1.ª serie de sesiones por haber contraído una neumonía de la que falleció. | |
| 91 1-VI-918 | 47 | Fibromioma del tamaño aproximado de una naranja mandarina, situado en el istmo, creciendo hacia el fondo de saco anterior; dolores desde hace 3 meses. | 231 | 158× | Amenorrea en Agosto. | Alta el 25-X-918. |
| 92 16-VII-918 | 43 | Fibromioma que tiene 9 centímetros de diámetro vertical y 18 de diámetro transversal; hemorragias desde hace 3 años. | 630 | 462× | Después de haber quedado casi amenorréica se recrudecieron las hemorragias, manifestándose entonces un cáncer del útero. | |

(Se continuará.)

LA MEDICINA Y LA GUERRA (1)

Nota sobre el tétanos localizado en los miembros

POR

E. CHAUVIN

En resumen, se trata de una contractura por impregnación local, en un paciente que ha estado primitivamente inmunizado.

Experimentalmente sabemos que la toxina tetánica se elabora exclusivamente en la herida y que después se reparte en el organismo por dos vías diferentes:

Una parte es absorbida por los filetes nerviosos, y marchando por ellos hacia los centros nerviosos. Otra parte pasa á la circulación, y ataca á los centros nerviosos directamente (A. Marie).

En el animal, la impregnación nerviosa local parece claramente predominante. El tétanos experimental es un tétanos localizado, en su comienzo al menos; los trastornos sólo se generalizan más tarde, si la dosis inyectada ha sido suficiente.

En el hombre las cosas pasan de modo diferente. La intoxicación parece ser repentinamente general; y la difusión circulatoria parece aquí más importante que la propagación por vía nerviosa. Puede ser que la sangre transporte en el hombre mayor proporción de toxina que en el animal; puede ser también, siendo iguales las demás circunstancias, que los centros reaccionen más pronto por ser más sensibles.

Pero si esta difusión general de la toxina en el organismo, si esta reacción casi inmediata de los centros es preponderante hasta el punto de ocultar ó enmascarar generalmente la impregnación nerviosa local, no por esto deja de existir. Un interrogatorio atento, según Klemm, descubriría generalmente la localización inicial manifestada por las contracturas que tienen su asiento alrededor de la herida, fase de localización efímera, pero existente. Y es, en efecto, clásico que los calambres convulsivos que irradian desde la herida constituyan un síntoma prodrómico de tétanos. En algunas formas atenuadas se puede ver prolongarse esta primera fase, viniendo á ser muy claramente apreciable. El caso de Nicolás, publicado por Chauveau, constituye un experimento. En el laboratorio, con una aguja sucia, Nicolás se inyecta en la eminencia tenar una cantidad infinitesimal de toxina tetánica. Se produjo un tétanos agudo, localizado durante dos días en el pulgar, y generalizado después.

De aquí á concluir que si la dosis hubiese sido más débil las convulsiones no se hubiesen generalizado del todo, no había más que un paso.

Las toxinas atenuadas ejercerían solamente su acción sobre los nervios del miembro lesionado (tétanos monopléjico) ó sobre un segmento medular (tétanos parapléjico), (Courtois-Suffit y Giroux (1)).

Sin embargo, ¿cómo explicar por esta simple teoría de la hipovirulencia los casos graves que se generalizan

y matan; las formas agudas y mortales en algunos días (Vincent y Wilhelm), y las formas de localización secundaria, cuyo comienzo es normal, generalizado?

Klébaner escribía ya: «Si se debe admitir sin réplica que las formas localizadas de tétanos son formas benignas, por inoculación en general poco virulenta, no está demostrado que esta débil virulencia explique ella sola la localización».

En efecto, lo que explica la localización del tétanos no es la poca virulencia de la toxina, es principalmente, á nuestro juicio, su modo de difusión. En el hombre, ya lo hemos visto, la difusión sanguínea rápida provoca una reacción inmediata de los centros, un tétanos instantáneamente generalizado. Pero si hacemos la sangre impropia para transportar la toxina, sólo subsistirá la impregnación local. Los centros no reaccionarán ya, ó reaccionarán tardíamente, porque la toxina sólo los ataca de un modo secundario, por vía nerviosa. Tendremos, como en el animal, un tétanos estrictamente localizado ó de comienzo local.

Según la cantidad de toxina y su virulencia, los centros serán atacados más ó menos tardíamente y de un modo más ó menos grave, llegando á ellos la toxina por vía nerviosa, y á pesar de su comienzo local, la enfermedad podrá ser mortal y aguda.

Si la difusión por la sangre no está enteramente suprimida, si una muy débil cantidad de toxina puede ser todavía llevada por los humores circulantes, se tendrá una generalización inicial, aunque efímera, que cede pronto su lugar á la sola localización predominante.

Bien sabemos en qué condiciones la sangre se hace impropia para llevar toxinas.

Puede haber algunos sujetos que son naturalmente inmunes: y esta inmunización espontánea, relativa, nos explica los casos anteriores á la seroterapia. Pero estos no son más que excepciones muy raras, y en la inmensa mayoría de los casos la inmunización de los humores es debida al suero. Ahora comprenderemos la multiplicación enorme del número de casos que ha seguido á la seroterapia.

Que la inmunización sérica del sujeto no sea absolutamente completa, y los nervios locales, impregnados por dosis masivas de toxina, reaccionarán solos, en tanto que los centros están protegidos por los humores antitóxicos contra los venenos difundidos.

Conclusión.

A nuestro juicio, se puede considerar el tétanos localizado como una intoxicación local. Hecha imposible la difusión de la toxina por los humores á causa de las antitoxinas circulantes, sólo subsiste en ciertos casos de inmunización sérica incompleta la propagación por los nervios.

Según la virulencia y abundancia de la toxina se efectúa la propagación más ó menos lejos, dando sucesivamente las formas monopléjicas (nervios), parapléjicas (medula) ó secundariamente generalizadas (centros).

Si la inmunización es aun menor y el medio san-

(1) Véase el número anterior.

(1) Courtois-Suffit y Giroux, en 8.º, Paris, 1916.

guíneo ligeramente permeable, un período de generalización más ó menos grave puede preceder á la localización (formas secundariamente localizadas) ó acompañarlas durante toda su duración (formas de localización predominante).

Periódicos médicos.

ELECTROLOGIA Y RADIOLOGIA EN LENGUA EXTRANJERA

1. Diagnóstico radiológico de la apendicitis y de sus indicaciones operatorias, por el Dr. A. Combault—El examen radiológico del apéndice, practicado metódicamente en todos los casos sospechosos de apendicitis crónica, puede proporcionar notables servicios. El diagnóstico de la apendicitis será ante todo radioscópica y no radiográfica; se basará sobre el desplazamiento simultáneo del ciego y del punto doloroso (apendicular) en las diferentes posiciones del enfermo. Se administrará previamente una purga (preferentemente citrato de magnesia). Doce horas después se hace ingerir al enfermo una papilla bismútica clásica, ó una tapioca de sulfato de barita. El examen radioscópico del ciego se practicará doce horas después. En caso de que el apéndice sea normal, se observa una imagen que representa la forma de este órgano y que se vacía y se llena alternativamente. El apéndice inflamado se hace impermeable, pero es imposible sacar conclusiones de este síntoma. Conclusiones de mucho más valor se deducen de la investigación del punto doloroso y de su emigración en los diferentes decúbitos. Cuando el diagnóstico de apendicitis sea positivo, el estudio radioscópico nos dará datos de valor sobre la posición exacta y sobre la movilidad del ciego; sobre las adherencias de este órgano y del apéndice; sobre las lesiones de vecindad á menudo concomitantes, en particular la enterocolitis y la perienterocolitis, la dilatación del ciego, las bridas del colon ascendente, la insuficiencia de la válvula ileo cecal, las anomalías del ángulo hepático, etc. Todos estos datos permiten: 1.º, evitar operaciones inútiles; 2.º, abordar el apéndice donde se encuentra, por una incisión de elección, á la cual se podrá dar desde el principio la extensión necesaria, puesto que el cirujano estará ya prevenido de la importancia de las adherencias y de las lesiones de vecindad; 3.º, evitar las desilusiones de los operados y poder practicar operaciones más completas y más amplias, ó sea, advertir al enfermo de la posibilidad de persistencia de lesiones inoperables y por tanto de ciertos dolores extra-apendiculares.—(*Le Concours Medical*, núm. 13, 27 de Marzo de 1921).—LUENGO.

2. Tratamiento de la actinomicosis con el azul de metileno y los rayos X.—Los Dres. Viggo W. Jensen y C. W. Schery refieren el siguiente caso clínico:

Una mujer blanca, de veinticuatro años de edad, embarazada, se quejó de una ulceración en el lado izquierdo de la cara. Comenzó como un dolor de muelas, después de haberse limpiado los dientes con pajas de escoba. Se produjo un absceso que se trató por la extracción del diente enfermo. La hinchazón y el dolor en las encías se extendió á la mejilla, de la cual tres semanas más tarde se extrajo una onza de pus, por medio de una incisión; pero una segunda incisión, una semana más tarde, no reveló más pus.

Exploración.—Esta fué negativa, con excepción de hallarse un embarazo á término y una lesión que se extendía unas 2 pulgadas (5 centímetros) desde el ángulo del maxilar hasta el cuello; anteriormente hasta la comisura de la boca y hacia arriba hasta el proceso maxilar. Tenía un color rojizo de cobre, con fístulas múltiples que irradiaban del cen-

tro y estaban llenas de pus. El maxilar sólo se podía abrir unos 2 centímetros. Existía un área ulcerada en la membrana mucosa de 2 centímetros de diámetro, frente al sitio del primer molar, con induración marcada, pero sin fístulas ni gingivitis, y gran dolor sólo á la presión. No podía sacar la lengua, pero en su superficie existían numerosas ulceraciones y fisuras profundas.

El análisis urinario y varias reacciones Wassermann fueron negativas durante toda la enfermedad. La fórmula leucocitaria durante el estadio quiescente fué de 8.000, con un recuento diferencial normal y sin eosinofilia.

El informe radiológico del Dr. Sante dice: «Existe un área oscura que puede ser destrucción ósea, que va hacia adelante del sitio de donde se extrajo el diente bajo los demás dientes. Es un área oscura que puede ser rarefacción ósea debida á un proceso infectivo. Parece que la corteza estuvo infectada y puede haberse destruido más hacia adelante; sin embargo, no existe irritación perióstica.»

El Dr. W. T. Conghlin sugirió que podía existir una infección fungoidea, pero no se hizo el diagnóstico positivo sino después de obtener y examinar raspados de las fístulas, con objeto de hacer el diagnóstico, y resultar repetidas veces negativos para los actinomicos.

Tratamiento y evolución.—Por sugestión del Dr. Schery, se administró el azul de metileno internamente, así como en inyecciones locales, siendo éstas en solución al 3 por 100. Se comenzó la inyección local con dosis de 2 gramos (0,13 gramos) tres veces al día, aumentando más tarde hasta 5 gramos (0,32 gramos) cuatro veces al día. Esta terapéutica produjo náuseas, vértigo y debilidad al principio, pero estos síntomas desaparecieron pronto. La inyección local, aunque aparentemente disminuyó la supuración, no se consideró justificada en vista del dolor que producía y además aumentaba la zona externa del edema.

Al cabo de doce días de tratamiento, se reavivó la enfermedad, invadiendo la órbita y produciendo el cierre completamente del ojo. Los trastornos generales fueron un promedio de temperatura de 101° F. (39°4 C.) durante cuatro días, con un total de 12.000 leucocitos y un recuento diferencial de 96 por 100 de polimorfonucleares.

Se creyó conveniente hacer uso de los rayos X y se dió una exposición de dos minutos á 6 miliamperios, á una distancia entre puntas de 6 pulgadas (15 centímetros), con el cátodo cutáneo á 10 pulgadas (25 centímetros) de distancia, sin filtro más que en la porción superior. Esto produjo la cesación de los síntomas agudos, disminuyendo el edema local. Quedaban algunas fístulas en el área más grande y se formaron dos abscesos grandes, exactamente debajo del ojo. Se iniciaron éstos y se conservaron abiertos. Once días después de haber usado los rayos X, se encontraron los primeros gránulos de azufre, y se vió que los frotos hechos de éstos contenían *actinomyces*.

Se consideró que el estado había terminado en ambas áreas, cuando se presentó un segundo ataque. Se aplicó un segundo tratamiento con los rayos X, obteniéndose el mismo estado local y constitucional, pero la enfermedad retrocedió tan rápidamente, que al cabo del cuadragésimotercer día se abandonó todo tratamiento; en todas las fístulas habían desaparecido el edema y la induración. El color rojo cobrizo fué reemplazado gradualmente por un tinte amarillento. Había sólo un ligero grado de contractura cutánea sobre el proceso maxilar. La paciente podía entonces abrir la boca, casi hasta la distancia normal y no tenía dolor ni molestias. El informe radiológico final declaró que no existía lesión visible en el maxilar inferior. (*Revista Dental*, Marzo de 1921.)

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Rotura del intestino grueso por inyección de aire comprimido en el recto.**—Lenormant da cuenta en la Academia de Cirugía, de París, de dos casos observados por Jean. Los dos heridos tenían rotura del colon, y en uno de ellos había además desgarró de la porción subperitoneal del recto.

Jean hizo la resección del segmento rectopelviano y abocó el extremo intestinal superior á la extremidad superior de la herida operatoria media. Ambos operados curaron.

Lenormant ha encontrado publicados en la Prensa americana otros 25 casos análogos.

Los desgarró se hallaban en el recto, en el colon y, á veces, hasta en el intestino delgado. Los desgarró eran múltiples é interesaban la serosa y la túnica muscular; la mucosa se herniaba á través de la rotura seromuscular. Puede haber rotura musculoserosa sin perforación de la mucosa, como en un caso de Jean. Sin embargo, en este caso existía aire bajo tensión, en la cavidad peritoneal.

Esta rotura se traduce clínicamente por un dolor sinco-pal; el vientre está enormemente abultado; á veces hay enflema generalizado. Los heridos padecen siempre el shock.

El pronóstico es muy grave: de 9 enfermos no operados murieron todos; de 16 operados, curaron 7. Por lo tanto, conviene operar en seguida, resecando el segmento desgarrado ó suturando los desgarró si son pequeños. Pero si el shock es muy intenso no es posible la resección; á veces convendrá la exteriorización del asa intestinal rota.

La rotura, según Quenu, se produce á una presión de 60 á 70 milímetros de mercurio; si hay shock intenso, éste autor cree preferible la sutura á la resección. (*Le Bulletin Médical*, 16 de Abril de 1921.—L. P.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Algunas observaciones acerca de los caracteres diferenciales de la estrofantina y de la ouabaina, por A. Richaud.**—Las primeras investigaciones químicas sobre los granos del estrofan-to han sido hechas por Fraser, de Edimburgo, en 1872, pero sólo de los trabajos de Arnaud (1888) datan los conocimientos precisos que poseemos acerca de la composición química de este grupo de vegetales. Arnaud ha aislado de este grupo dos glucósidos, uno del *Strophantus Kombe*, que llamó estrofantina, y el otro del *Strophantus Glabre*, al cual ha dado el nombre de ouabaina. Los trabajos de Gley han sido el punto de partida de las aplicaciones que se han hecho de la acción cardiorrenal de los preparados de estrofan-to, ó de sus principios activos. Pero las analogías químicas que existen entre la ouabaina y la estrofantina han dado lugar á una gran confusión en el empleo terapéutico de estos cuerpos y, poco á poco, han caído en el olvido, olvido injustificable, del cual han sido sacados por los trabajos de Vázquez. En la hora actual, solo queda una incertidumbre grande sobre la identidad de los productos suministrados por el comercio bajo el nombre de estrofantina, ó bajo el de ouabaina. Richaud ha estudiado la identificación de los dos productos por medio de las constantes físicas de la determinación del poder tóxico y de los caracteres fisiológicos. Estudiando la acción de estos dos productos sobre el corazón aislado del conejo, Richaud ha obtenido trazados cardíacos muy diferentes unos de otros. En los dos casos se observa una primera fase que traduce la acción cardiotónica del medicamento, á la cual sucede una fase de irregularidad que

representa la acción tóxica ejercida por la substancia sobre el corazón; pero mientras que con la estrofantina esta segunda fase consta de dos series de oscilaciones separadas unas de otras por períodos de pausas diastólicas que se repiten hasta la muerte definitiva del corazón, con la ouabaina la fase de las irregularidades reviste la forma de una taquiarritmia sin caracteres específicos. (*Bull. de l'Acad. de Médecine*, 12 de Abril de 1921).—LUENGO.

2. **Del tratamiento moderno de la pleuresia purulenta, por R. Villar y G. Jeanneney.**—De todo una serie de trabajos recientes, resulta que el tratamiento de las pleuresias purulentas por la toracotomía precoz, no puede más que agravar la situación. Fuera de los casos de urgencia, hay que esperar, instituyendo entretanto un tratamiento médico, la mejoría de las lesiones pulmonares y su inmovilización por medio de las adherencias. Cuando haya llegado el momento de intervenir, se practicará una pleurotomía, con ó sin resección costal, drenaje, irrigación con líquido de Dakin y se cerrará cuando la curva microbiana esté en el 0 (método de Depage-Tuffier). Como ilustración de esta opinión, los autores publican un caso de pleuresia purulenta tratada por la toracotomía seis días después de su principio, cuando se podía pensar que habían aparecido las adherencias y antes de que la presión arterial indicase un estado general demasiado defectuoso. El abandono precoz del lecho y los ejercicios respiratorios parecen haber contribuido á apresurar la curación. El enfermo se levantó el tercer día y se le hacía vaciar una botella llena de agua con un doble tubo mediante un número de espiraciones cada vez más reducido. También se instituyó desde un principio (antes de la operación) el tratamiento por las lipo-vacunas, siendo realmente de un gran resultado. (*Journ. de Med. de Bordeaux*, núm. 7, 10 de Abril de 1921).—LUENGO.

3. **Vacunoterapia de las infecciones vaginales, por R. Villar y G. Jeanneney.**—Mujer de treinta y dos años, operada de histerectomía por metro-anexitis. Siete meses después presenta una vulvo-vaginitis aguda, mal estado general y fiebre de 38°. Vulva tumefacta, roja, edematosa; exudado extremadamente fétido, sucio. El tratamiento local no produce mejoría ninguna. El examen del exudado revela la presencia de estreptococos, estafilococos, diplococos y bacilos Gram-positivos y negativos; nada de espirilos. Se instituye un tratamiento empezando por $\frac{1}{2}$ c. c. de lipo-vacuna estreptocócica y de lipo-vacuna estafilocócica; cada tres días se repitieron 1-1,5 y 2 c. c. de cada una de las dos vacunas. Después de diez inyecciones mixtas, se practicaron 3 inyecciones crecientes de lipo-vacuna antigonocócica. Conviene señalar que á pesar de ser el Wassermann negativo, por los antecedentes de la enferma se practicó también una serie de inyecciones intramusculares de biioduro de mercurio, y además se ayudó al tratamiento general con otro local. Desde la tercera inyección la mejoría fué notable. En resumen, desde el punto de vista clínico hubo una mejoría considerable del estado local y general; desde el punto de vista bacteriológico, hubo una disminución local de las secreciones; los gérmenes persistieron algún tiempo en número considerable, porque las secreciones eran cada vez menos flúidas, pero después los estreptococos desaparecieron y disminuyó mucho la secreción. Las inyecciones fueron bien toleradas. Una de las gonocócicas dió lugar á una reacción local análoga á un pequeño absceso de fijación; el pus recogido era estéril; las demás inyecciones produjeron nódulos análogos á los vaserlinomas, que en lugar de aumentar disminuyeron poco á poco. (*Journ. de Med. de Bordeaux*, núm. 7, 10 de Abril de 1921).—LUENGO.

SIFILIOGRAFÍA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Un caso de úlcera redonda del píloro por heredo sífilis tardía.—El Dr. Erasmo Arrarte publica la siguiente interesante nota clínica:

Anamnesis.—La abuela paterna falleció siendo muy anciana, y sólo sufrió de asma durante varios años; el abuelo paterno falleció octogenario, fué siempre muy sano. El abuelo materno falleció antes de ser anciano y no se sabe la causa del deceso; la abuela materna falleció siendo octogenaria y fué muy sana. Los padres de este enfermo fallecieron con más de sesenta años de edad y fueron muy sanos; los hermanos de los padres, todos sanos y longevos.

Nuestro enfermo tuvo 11 hermanos, de los que sólo cuatro viven. Seis de ellos fallecieron siendo pequeños por causas no bien conocidas; los otros dos fallecieron á los veinticuatro años de edad; el uno, de fiebre amarilla; y del otro, que sufría mucho de reumatismo, no se conoce la causa del deceso. De los cuatro hermanos vivos, sólo son enfermos el causante de esta historia, y otro que, desde niño, sufre de asma, y hoy tiene cuarenta y seis años de edad.

Antecedentes personales.—Nuestro enfermo tiene cincuenta y dos años de edad, es casado, español y profesor universitario de profesión. Su pasado patológico se reduce á un sarampión en su infancia, y á un sufrimiento gastrointestinal que duró cuatro años, durante su adolescencia, y terminó con la expulsión de una tenia. Pasado esto no tuvo sufrimiento alguno, hasta que se inició su

Enfermedad actual.—A los veintidós años de edad, siendo soltero, sentía, por temporadas, sensaciones de acidez estomacal, seguida, á veces, de dolores epigástricos, dos ó tres horas después de las comidas, los que terminaban con un vómito que le producía bienestar. Los intervalos con que se producían estos trastornos (que su médico atribuía á hiperclorhidria), se fueron acortando en tal forma, que diez años después eran casi continuos, á pesar de lo cual trabajaba con verdadero lujo de energías. Un día le afecta una fuerte bronquitis y, por ello, hace descanso y sobrealimentación durante dos meses, aumentando su peso, en este período, diez kilos. Pasado este reposo vuelve al trabajo, y sus antiguos trastornos se exacerban en tal forma, que sus sensaciones asumen caracteres trágicos: crisis intensas de acidez estomacal, dolores y vómitos tan intensos, que le llevan á la cama, y le obligan á emplear la morfina; sólo bebía agua y leche por cucharadas, que muchas veces vomitaba. Se le analiza el jugo gástrico y se le diagnostica hiperclorhidria; se le daban inyecciones de suero fisiológico. Una tarde tuvo un vómito copioso de color oscuro y que el enfermo comparaba á borra de café; al día siguiente el vómito se repite, no arrojando menos de un litro de esa materia fluida y negra, que los médicos dijeron ser sangre digerida.

Tres días después viene la intervención quirúrgica hecha por los Dres. Mondino y Quintela, quienes practicaron una gastroenterostomía posterior, y dejaron en el libro del establecimiento el diagnóstico de úlcera redonda del píloro.

Esta intervención le produce una gran mejoría; los vómitos cesan y sus molestias eran muy pequeñas, alimentándose mucho durante un período de dos años; pero transcurrido este tiempo, empieza de nuevo la sensación de acidez estomacal, la pirosis y las epigastralgiás, que, aumentando progresivamente, le producen grandes sufrimientos. Un día tiene un vómito análogo al anterior «de sangre digerida, y también melena: éste episodio ocurría el 30 de Agosto de 1914. Los trastornos continuaban en tal forma, que en Enero de 1915 el profesor Mondino lo opera nuevamente, no en-

contrando nada de importancia en el estómago, no obstante la gran hematemesis que había tenido, que el enfermo calculaba de 2 litros, y que le había producido una intensa palidez y una gran extenuación. El doctor Mondino le practicó la exclusión del píloro y liberó, en lo posible, al gran epiploón de las numerosas adherencias que tenía. Esta intervención le deja una mejoría muy pasajera; apenas tres meses transcurridos reaparecen los dolores tardíos, y la acidez con fuerte pirosis. Ante esta nueva situación, cansado de sufrir, se decide nuestro enfermo á viajar, y parte para Europa á fines de 1915, permaneciendo allá unos seis meses, y en esa estada disminuyen sus dolores aunque continúan las sensaciones de acidez. Regresa y se intensifican los dolores tardíos y la acidez, por cuyo motivo emprende un nuevo viaje á Europa, que le produce menos mejoría que el anterior. A los pocos días de estar en Montevideo, tiene una nueva hematemesis, de análogo aspecto á las anteriores; guarda cama varios días, va luego á su trabajo, pero en Enero de 1917 sus sufrimientos adquieren tales proporciones, que se decide por una tercera intervención, previa constatación por los distinguidos cirujanos operadores doctores Iraola y Albo que el estómago se hallaba desplazado y deformado ante la pantalla radioscópica, por adherencias. Estos cirujanos le practican la exclusión del píloro por sección (procedimiento Doyen Enselberg). El enfermo dice no haber percibido los beneficios de esta tercera intervención, á pesar de la liberación realizada en las numerosas adherencias que existían en el colon transversal y el gran epiploón con la primitiva cicatriz operatoria. Reaparecen intensos los dolores tardíos, sus ardores y su pirosis implacables, no le abandonan; quince meses después una nueva hematemesis, con el mismo aspecto de las anteriores, y también melena, calculando el enfermo que no arrojó menos de 1 ½ litros del líquido negro. Pasado este episodio—que ocurrió en Abril de 1918—continúa con sus eternos sufrimientos. Olvidábamos referir que antes de la tercera intervención, el Dr. Stajano le practicó fricciones mercuriales durante una semana, y, después de esa prueba, solicitó un Wassermann al Sr. Scaltritti, quien obtuvo un resultado francamente negativo en esa reacción. El enfermo, por su parte, no advirtió mejoría con esas fricciones.

En Enero de 1920 observa nuestro enfermo, en compañía de su médico, una deposición pastosa y negra (no tomaba bismuto en ese tiempo) que su médico reconoció ser una melena.

Tres meses después, tan cansado de sufrir estaba nuestro infortunado enfermo, que pensaba ya en solicitar del profesor Mondino una cuarta intervención después de más de treinta años de padecimientos. Conociendo nosotros esta dolorosa situación en un hombre á quien guardábamos cariño, gratitud y admiración (pues recibimos sus valiosas enseñanzas en los primeros años de nuestra vida universitaria), y con el recuerdo fresco de los brillantes trabajos del profesor Castex sobre sífilis gástrica heredada, trabajos que ya habíamos confirmado en dos casos, invitamos á este enfermo á que ingresara al Sanatorio Colón, para buscar un término á esa interminable tragedia, no sin el escepticismo que sugería necesariamente una situación tan prolongada y unas lesiones tan profundamente arraigadas.

Ingresa este enfermo en el Sanatorio, en Mayo de 1920, y le practicamos el examen, del que recogimos estas principales observaciones:

Cráneo dolicocefalo, con marcada asimetría posterior; el seno occipital izquierdo, prominente; el derecho deprimido; encima del seno prominente, á simple vista, se advierte una prominencia en el cabello, que á la palpación denota ser una

exóstosis; en la vecindad de esta exóstosis, como en la parte inferolateral izquierda hay rugosidades craneanas bien palpables. Cabello y cejas sin nada digno de mención. Cuello cilíndrico con micropoliadenopatía, como en las otras zonas ganglionares; en la región posterior del cuello hay cicatrices circulares, de un centímetro de diámetro, anectodérmicas, acrómicas en el centro, brunas en la periferia. En la región anterior del cuello nada digno de mención. Las pupilas, normales en su forma, en su situación y en sus reacciones; hay nistagmus rotatorio. Lengua normal; edentición completa desde hace nueve años.

Tórax asimétrico; en su piel hay buen desarrollo piloso, algunos neovus hipercrómicos y pequeños angiomas; panículo adiposo no existe; espacios intercostales muy deprimidos; nada á la palpación, si exceptuamos el choque cardíaco; un tanto difuso y desviado hacia la izquierda y hacia abajo; el área cardíaca, algo aumentada; la aorta normal. La auscultación de los cuatro focos cardíacos no indica nada francamente anormal. El hemitórax izquierdo, en la región posteroinferior, suena, vibra y respira menos de lo normal.

La columna dorsal presenta una xifosis y una escoliosis derecha en la región cervico-dorsal.

Abdomen, nada importante.

Reflejos: normales.

Tibias muy rugosas en sus crestas, que son claramente convexas hacia adelante, sobre todo la derecha.

Tratamiento.—Iniciamos nuestro tratamiento con 2 gramos de ioduro de potasio y 2 centigramos de biioduro de mercurio, en las veinticuatro horas. La intolerancia se manifiesta de inmediato por un coriza intenso, por inyección de las conjuntivas y por cefalalgias. Iniciamos entonces las inyecciones intramusculares de cianuro de hidrargirio, que bien pronto se traducen en náuseas, vómitos y depresión general. Siendo muy intensos los dolores gástricos, y buscando ahorrarle tóxicos al enfermo, iniciamos la alimentación rectal.

Hacemos un ensayo con el lipiodol y después de diez inyecciones no constatamos mejoría alguna. Fué entonces que iniciamos el tratamiento que nos había de conducir á la victoria: tres días seguidos un supositorio por día, de 5 centigramos de aceite gris, cada uno; un día de reposo; al día siguiente un enema de 45 centigramos de neosalvarsán; un día de reposo, y después, tres días seguidos con los supositorios, y así sucesivamente. Este tratamiento, iniciado en Julio de 1920, ha producido á nuestro enfermo un bien tan grande, que lo refiere con verdadero júbilo. Hace más de seis meses que no ha tenido una crisis dolorosa; su acidez y pirosis están desaparecidas; lo que siente se reduce á vagas molestias; su estado general es notablemente mejorado; su alimentación es doble de la que tenía antes del tratamiento, y refiere que tolera alimentos que antes le originaban mucha acidez y dolores; se siente con más energías, duerme más y su peso está aumentado en algunos kilos.

Bueno es hacer notar que, desde hace dos meses, hace helioterapia abdominal, buscando la acción fibrolítica, atribuida por varios autores al rayo solar, no menos que su acción de difusión medicamentosa y la actividad circulatoria que despierta. Nuestro enfermo ha obtenido una pigmentación de las más intensas, que se observan en la práctica de la cura solar.

Este caso nos enseña hasta qué punto es preciosa la vía rectal, que el profesor Oastex nos recomendaba «con entusiasmo», y que Queirat defiende calurosamente. Da una espléndida tolerancia local y general, de aplicación facilísima, sin reacciones que la hagan temible; la facilidad que tiene el enfermo para hacerse por sí mismo el tratamiento, sin ma-

yores dispensarios, y en mejores condiciones para perseverar; y, finalmente, obteniendo del neosalvarsán un efecto terapéutico muy aproximado, si no igual, al obtenido por la vía venosa.

También nos enseña este caso extraordinario que la antigüedad de las lesiones (treinta y dos años) no es obstáculo para el triunfo del tratamiento por la vía rectal, pese al fracaso de las fricciones, pese al Wassermann negativo, pese al fracaso del ioduro y del biioduro, al del cianuro de hidrargirio y al del lipiodol. (*La Prensa Médica Argentina*, Buenos Aires, 10 de Abril de 1921.)

EN LENGUA EXTRANJERA

2. Un caso de sífilis vesical, por A. Boeckel.—Mujer de treinta y un años, que entró en el hospital con síntomas de cistitis blenorragica, complicada con pielonefritis bilateral. Desde hace algunos años viene siendo tratada como de metritis blenorragica. El examen citoscópico, completado por el cateterismo uretral, revelaron la existencia de una pielonefritis doble evidente; pero lo más interesante fueron las observaciones hechas en la mucosa uretral. La región periureteral derecha y el bajo fondo vesical están salpicados de placas eritematosas, de las dimensiones de una lenteja, la mayoría circulares, uniformemente rosadas en su parte central y limitadas por un festón rojizo más oscuro, cuya coloración contrasta con la de la mucosa vesical.

El autor, así como Pantrier, que también las vió, opinaron que eran de carácter sífilítico. La reacción de Wassermann, practicada dos veces con varios días de intervalo, fué claramente positiva. El tratamiento específico (arsenobenzol y cianuro de mercurio) produjo en pocos días la desaparición completa de estas lesiones.

El interés principal de esta observación consiste en que mientras la casi totalidad de los casos de sífilis vesical publicados se refieren á lesiones ulcerosas de orden terciario, éstas siguieron á un exantema fugaz. (*La Presse Médicale*, 27 de Abril de 1921.)—L. P.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La presión sanguínea durante el empleo de la sonda gástrica.—El Dr. C. A. Mekinbreg hace un estudio detenido de esta cuestión y termina con las siguientes conclusiones:

1. Por regla general existe un aumento de 20 á 50 milímetros de mercurio en la presión sanguínea al introducirse la sonda estomacal.

2. El aumento es mayor en los casos en los que existen náuseas.

3. El aumento de la presión sanguínea no depende ni de esfuerzo ni de la excitación mental.

4. El porcentaje del aumento es mayor en los casos en los que existe hipertensión.

5. Los casos con hipertensión, cuando se hallan bajo el efecto fisiológico de la pilocarpina, que produce inhibición del neumogástrico, revelan un promedio de aumento de la presión diastólica menor que el aumento que se observa cuando no se administra pilocarpina. Los casos semejantes con disminución de la inhibición del neumogástrico producida por la atropina, no revelan ninguna variación pronunciada en el aumento de la presión sanguínea, tal como se observa en los casos en que no se administra atropina. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Abril de 1921).

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL



PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función 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.

El plebiscito.—Ley en el Senado.—El impuesto de utilidades.

Parece que el antiguo refrán castellano que dice: *día de mucho, vispera de nada*, comienza este año á realizarse invertido, pues al día de *nada* que representan las inminentes vacaciones, se ha anticipado el día de *mucho*, significado por la actividad de la Administración, los Cuerpos médicos y las Cortes, demostrada en su deseo de ocuparse de nuestros asuntos profesionales.

A las reclamaciones repetidas de los Colegios médicos por el descuido de que acusan á la Junta de Patronato de los titulares y á su afirmación de que el tal organismo es ya obstáculo para la realización de toda reforma, no habiendo hasta ahora demostrado eficacia en el cumplimiento de su cometido, y á las manifestaciones de la susodicha Junta reclamando las facultades de que en su origen se le invistió y que asegura que los Colegios pueden cercenarle, á las protestas de unos y otros parece que presta oídos la Administración central gubernativa, y por la Inspección general del ramo se ha dispuesto que sean consultados, en forma de plebiscito directo todos los médicos titulares, para que expresen su opinión sobre el punto concreto de la conveniencia de que siga ó no la referida Junta. No podemos negar nuestro aplauso al procedimiento por *liberal y modernista*; pero tememos mucho que la votación no pueda ser todo lo sincera y genuina que todos debemos desear.

Ante todo es necesario (*y creemos que los inspectores provinciales han de cuidar de ello*) que en la votación no tomen parte más que los individuos directamente interesados y consultados, *es decir, los individuos pertenecientes al Cuerpo de Médicos Titulares*, sin que valga para intervenir ó no en el voto el pertenecer á la Asociación, *que es un organismo respetable, pero no oficial*, y, por lo tanto, en el que no puede vigilarse la pureza del sufragio. Los votantes serán, pues, los *médicos titulares en ejercicio* y los comprendidos en las condiciones que para pertenecer al Cuerpo marca la Instrucción general de Sanidad, y que la Inspección debe puntualmente recordar á sus inspectores provinciales, quienes deben anular todo voto que no sea legíti-

mo, así como las llamadas representaciones, tan fáciles de acumular y que han sido el verdadero funesto origen de Asambleas y Congresos sin autoridad y sin eficacia. La preparación será quizás difícil; pero la seriedad y el deseo de pureza del resultado son razones más atendibles que las de la premura, tanto más cuanto que por igual interesan á todos los que vayan de buena fe en el asunto.

El miércoles quedó discutida y votada en la Alta Cámara la ley de *Protección de los manantiales y cursos de aguas potables y de suministro á los Centros urbanos*. Constituye en general un proyecto bien encaminado, bien estudiado é inspirado en el espíritu de mayor conveniencia; peca, sin embargo, de indecisión en algunos y muy importantes puntos, y nos tememos que, si al discutirse en el Congreso y al redactarse luego el imprescindible *Reglamento para su ejecución*, no se precisan los detalles de aplicación de sus preceptos, no sea esta ley de *puro adorno y literatura*, como dijo algún orador de los que en su discusión intervinieron.

El pleito de la semana ha sido la cuestión del impuesto de utilidades y su forma de aplicación á los médicos. Con objeto de convenir en la manera de gestionar las adaptaciones oportunas para nuestro decoro y á nuestro interés, *parece* que se ha efectuado en Madrid una reunión de los presidentes de los Colegios Médicos provinciales, y decimos *parece*, porque ninguna invitación, ni nota oficial hemos recibido para podernos enterar y enterar á nuestros lectores. Sin embargo, como, *á Dios gracias*, no nos faltan, ni medios de información, ni buenos amigos, creemos poder afirmar, que después de temeramentos de vehemencia y aun á asomos de violencia, se ha llegado á convenir en la fórmula concreta de las aspiraciones, en tres puntos: 1.º, *fundar el cálculo de las operaciones para la determinación del impuesto en los honorarios cobrados, no en los devengados*; 2.º, *evitar las consignaciones en los libros, contrarias al secreto profesional*, y 3.º, *obtener que para los médicos titulares no sean estimadas como utilidades las TRES MIL PRIMERAS PESETAS de sus ingresos, que estarán por lo tanto exentas de impuesto*. Como estos tres puntos son discretos, equitativos y asequibles, creemos que por una acción conjunta de nuestras

representaciones colectivas (*Colegios, Asociaciones, Sindicatos*) sin exclusivismos y asociados á la acción de las representaciones parlamentarias, podrá llegarse á conseguir lo que nos importa, sin ruidos ni halaracas más que cuando nos sobre la razón, que es cuando las cosas son eficaces.

DECIO CARLAN.

EL ASUNTO RAMÓN Y CAJAL

Después de la aparición de nuestro último número ha ocurrido un incidente, que, sin culpa de nadie, ha ocasionado á muchos desagrado.

Próxima la jubilación por edad y como catedrático, de la gloria de nuestra Ciencia patria y universal don Santiago de Ramón y Cajal, era natural, justo y honroso para todos, que le fuera tributado por sus admiradores, *es decir, por los españoles todos y por muchos extranjeros*, un homenaje de entusiasmo y de adhesión á su glorioso nombre.

Parece que adelantándose á esta fecha y á esta idea, ó queriendo que constituyese una parte del homenaje, presentó en el Congreso el diputado Sr. Van Baumberghen una proposición pidiendo que todas las Facultades de Medicina de España nombrasen *decano honorario* al ilustre maestro y que por el Erario le fuese pagada una pensión vitalicia de 25.000 pesetas.

Prodújose la consiguiente discusión, y á su primera parte se dijo que el *nombramiento de decano honorario correspondía hacerlo á cada Facultad, con lo cual era más solemne y espontáneo el tributo, y en cuanto á la segunda parte, que la forma de presentación no era adecuada, por no haberse consultado al Gobierno.*

Como no podemos ser sospechosos en nuestro entusiasmo por el que á más de sus excelsos méritos, tiene para nosotros la condición afectiva de viejo y probado amigo y de colaborador activo en nuestra labor de cultura periodística, nos limitamos á reproducir por hoy lo que el ministro de la Gobernación confió á los periodistas, el juicio de un diario y el del mismo Cajal, alto, severo y desinteresado como suyo.

Dice *El Imparcial*:

«El ministro de la Gobernación quiso hacer constar ayer al mediodía á los periodistas la contrariedad personal que le había producido lo sucedido en el Congreso respecto á la pensión del Sr. Ramón y Cajal.

—Soy — dijo, — no sólo un profundo admirador como todo español, del insigne histólogo, orgullo de nuestra patria y gloria de la ciencia mundial, sino un gran amigo particular suyo; pero en el caso presente, con el mejor deseo por parte de todos, reconozco que se ha seguido un procedimiento equivocado.

En primer lugar se ha prescindido de las prescripciones del reglamento de la Cámara, que previene que toda petición de esta índole ha de ser examinada antes por el Gobierno. Existía, además, un reciente acuerdo del Consejo de ministros para no autorizar gasto alguno que no fuera compensado con un aumento, y sobre

todo, ante la enorme cantidad de petición de pensiones que se habían hecho, decidimos poner una limitación á estas demandas.

Recordó el ministro casos como los de Pi y Margall y Cos-Gayón y otros análogos, en que se votaron las pensiones por unanimidad, pero existiendo entre el Gobierno y las oposiciones una perfecta identidad de criterio.

Y agregó:

—Aquí debió mediar una negociación previa, con lo cual se hubiese evitado que el Gobierno se viese en la dolorosa precisión de denegar lo que se pedía.

La cuestión será tratada en el próximo Consejo de ministros que se celebre, pues el Gobierno está animado de los mejores deseos para tributar al Sr. Ramón y Cajal el homenaje á que le hacen acreedor sus altos méritos.»

Dice *El Liberal*:

«Fuera de quicio. El «descubrimiento» de Cajal.—El gran don Santiago no es agente del descubrimiento que indica el título, sino todo lo contrario; es completamente «paciente».

Aprovechando la negativa de la Cámara á la proposición del Sr. Van Baumberghen se han revelado unos grupos de entusiastas que quieren hacerle un desagravio al eximio histólogo, gloria de España.

No conviene sacar las cosas de quicio. La gloria de Ramón y Cajal es muy anterior á la resolución de la Cámara y á la iniciativa de estos admiradores que se han empeñado en reunirse al sabio 25.000 pesetas.

La cantidad es de una indigencia desoladora para que sea motivo de tan heroicas resoluciones. Ni el Congreso restó nada á la fama mundial del sabio experimentador, ni sus valedores le añaden nada con su inoportuno apoyo. Todo lo más que se consigue con una y otra cosa es... ponernos en ridículo ante los ojos extraños.

Creemos que presentada la proposición debió votarse y que el mal estuvo en lanzarla como tema de controversia.

Pero ya que se negó por estas ó las otras causas, lo mejor es echar un piadoso silencio sobre el asunto, para no pecar con inadecuada y mal ponderada adhesión, como antes se pecó con irreflexiva ligereza é incompreensión.

No se puede hacer depender el prestigio de D. Santiago Ramón y Cajal de la concesión ó negativa de pesetas 25.000, cuando los méritos del sabio le han granjeado el premio mayor que se concede en el mundo y el más honroso y el más deseado por las figuras más sobresalientes de la Humanidad; el premio Nobel, que ya fué otorgado al excepcional histólogo.

No se puede á estas alturas «descubrir» de ese modo á Ramón y Cajal. Por su gloria, por sus medios de vida, por su situación social en la vida española, está Cajal por encima de que unos señores crean que no debe concedérsele 25.000 pesetas y otros señores que sí debe dársele ese regalito.

Exhibicionismos á cuenta de una figura venerable no está bien.»

Dice en *El Sol* el maestro Cajal:

«Señor Director de *El Sol*.

Mi ilustre y venerado amigo: Algunos bonísimos camaradas, como los doctores Lafora, Van Baumberghen y Aurelio Ramos; muchos políticos ilustres, gloria y ornato del Pailamentó; periodistas prestigiosísimos, y en fin, hasta gentiles damas, en cuyo corazón el patriotismo adquiere delicadezas y ternuras maternas, han expresado el deseo de rodear mi vejez de un ambiente de veneración, estima y esplendor económico. Tan espontánea y nobilísima actitud evoca en mí otras ofertas generosas hechas tiempos atrás por algunos industriales entusiastas de la ciencia española, y sobre todo por bastantes fervorosos compatriotas de América (¡oh el ardoroso patriotismo de esos hermanos de Ultramar, que adoran á España porque, al mirarla de lejos, se les aparece cual estrella resplandeciente y sin manchas!).

Descartando del cuadro sentimental mi insignificante figura, tamaña explosión de fogoso entusiasmo y de patriótica emoción constituye un espectáculo altamente consolador y capaz de confortar al espíritu más desalentado y decaído. Confírmase la idea, tantas veces expuesta, de que bajo los pétreos estratos, tantas veces subvertidos, de una España orientada hacia el pasado, late una España joven, ansiosa de renovación, prometedora de glorias y estremecida por nobilísimas inquietudes.

Bien se me alcanza — y ello no mitiga, antes acrecienta la hidalgía del ademán — que, al convertirme hoy en foco de tantas finezas y agasajos, se busca, según es lógico, lo que podríamos llamar *la ejemplaridad del premio y del aplauso*. Disparáis, amigos míos, por elevación. Apuntáis hacia mí para dar en el blanco de la juventud estudiosa.

Sea de ello lo que quiera, todas esas efusiones sentimentales me confunden y anonadan. Y en mi léxico, deteriorado por la amnesia senil, no hallo expresiones adecuadas para exteriorizar mi profunda y cordial gratitud. Ponga aquí cada cual aquellas frases de reconocimiento sugeridas por su buen sentido y la conciencia refleja de mi difícil situación.

Y, dicho esto, ¿me perdonarán mis fraternales y queridos amigos si les digo que defienden una mala causa? ¿Me excusarán si les expreso que exageran por igual mis méritos y sus demostraciones? ¿Me exculparán si declaro que el ministro de Hacienda, al desatender la iniciativa del Dr. Van Baumberghen, dió muestras de conocer la triste realidad política española?

Mas, aparte argumentos legales y de precauciones y cautelas hartó justificadas, impórtame declarar que el supuesto en que os fundáis para dorar mi achacosa vejez carece de base objetiva. Deseáis alojarme en el Pritaneo, y esto me honra y os honra; pero no os habéis informado bien de si lo merezco y lo necesito. Deber mío inexcusable es recordaros, aunque al hacerlo adquiriera esta carta tonos de indiscreta y desusada confidencia, cuál es mi situación.

Mi caso no se parece, queridos amigos, al de esos artistas ilustres cuya prodigalidad é imprevisión sólo fueron superados por su genio. No me cuento, ni de-

seé jamás contarme, entre los potentados; mas tampoco figuro en la lamentable grey de los indigentes de la enseñanza. No. Si alcanzo la edad de la jubilación forzosa, no reproduciré la dolorosa odisea de esos veteranos profesores que, antes de la promulgación de la ley Alba, imploraban piedad ante los claustros y ante el Consejo de Instrucción pública para que fuera indefinidamente dilatado el plazo de descanso oficial, asociado para ellos á la visión sombría de una vida de abstenciones, estrecheces y sacrificios.

Fuera ingratitud callar que yo soy, no obstante la cortedad de mis luces y merecimientos, un mimado de la fortuna. Mucho, muchísimo debo á los extranjeros; pero debo también al Estado, que premió con largueza mis desvelos, costeando mis trabajos y los de mis discípulos, creando al efecto un laboratorio oficial copioso en libros, revistas científicas y medios de investigación; debo asimismo no poco á la Prensa política y profesional, que, al ponderar hasta la hipérbole las distinciones discernidas por las Academias extranjeras, procuró á mis libros, aun á los de carácter más frívolo y endeble, un mercado casi inagotable en España é Hispano-América.

Deploro que la leyenda del investigador indigente y olvidado haya marrado esta vez. Si la afirmación no sonara á paradoja, diría que he apetecido siempre la mediocridad económica y una vida tácita y oscura. ¡Valer algo y no ser valorado! ¡Trabajar últimamente en la independencia aneja á la impopularidad! He aquí una actitud simpática y gallarda, muy adecuada para enternecer á los corazones sensibles. Pero los hechos me han sido adversos. Acaso Minerva decretó muy sabiamente, que la labor perseverante alcance siempre ó casi siempre, en este bajo mundo, la merecida recompensa.

Pero basta de enfadosas confidencias y de chabacanas reflexiones. Volvamos al asunto. A quienes tanto me honran y distinguen, deseo brindarles un campo de iniciativas donde sus ímpetus generosos alcancen eficacia y fecundidad. Por encima de la abeja está el enjambre. Poco importa mi persona. Tengo plena convicción de mi caducidad. Con todo esto, quisiera tener el consuelo de caer en el surco recién abierto, no cual piedra inerte, sino cual semilla viva. Importa ante todo mantener activa, y si es posible floreciente, lo que ciertos sabios extranjeros, halagándome mucho, designan la *Escuela de Cajal*. Y semejante escuela, donde mis discípulos y yo hemos publicado los volúmenes de contribuciones científicas originales, está hoy principalmente representada por el citado *Laboratorio de investigaciones biológicas*, creado en 1901 por el inolvidable D. Francisco Silvela y llevado al Presupuesto por el conde de Romanones. Hoy se pretende reunir bajo un techo común, y con el nombre de *Instituto Cajal* (nombre sugerido por S. M. el Rey, á quien, dicho sea de pasada, debo también inestimables distinciones), otros centros biológicos, organizados y subvencionados por la *Junta de Pensiones*, cuyos profesores ganarían mucho en eficiencia y en medios de trabajo si convivieran espiritualmente. Pero, mientras se logra este lejano desi-

derátum (hay que construir un edificio que costará más de un millón), urge acrecentar la consignación destinada á material del susodicho laboratorio, consignación, que sigue siendo la misma que hace diez y ocho años cuando imprenta, productos químicos, aparatos científicos y demás medios de trabajo costaban la tercera parte que hoy. Baste recordar un detalle: de las 10.000 pesetas anuales afectas al material, sólo la impresión de nuestra Revista, ilustrada con numerosos grabados, absorbe más de la mitad. Lamentable fuera que el creciente déficit nos obligara á aplazar, de cada vez más, la publicación de nuestras investigaciones y, lo que es más grave, á aminorar ó enervar el brío inquisitivo de mis discípulos y colaboradores.

Se dirá que he pecado de negligente al no demandar con oportunidad y apremio ayuda á los Poderes públicos durante la época de la prodigalidad unilateral de los gastos. Acaso sea verdad; pero yo he profesado siempre sacrosanto respeto al dinero del contribuyente, y singularmente al del humilde labriego. Cada gota de sudor derramada en el surco, evoca en mí la amargura de una lágrima.

Sin embargo, cuantas veces, venciendo mi natural apocamiento, he demandado, durante los últimos años, algunos razonables aumentos acerca del material y personal (yo me he excluido siempre), se me ha atajado con la severa consigna de mantener á todo trance las cifras de Presupuestos pasados. Y por respeto á compañeros más afortunados, me he abstenido de recordar á los ministros los fastuosos aumentos logrados por otras instituciones y laboratorios durante el último decenio. Tal es la dirección en que podrían mis amigos, si en ello pusieran empeño y tenacidad, alcanzar éxito completo.

Mas esta carta va resultando harto prolija y abrumadora. Termino, pues, reiterando á mis camaradas la expresión del más profundo reconocimiento y rogándoles que desistan de sus iniciativas ó que las contraijan á las modestas proporciones más atrás señaladas. Deseo todavía rogar á todos los firmantes de exposiciones, cartas, telegramas, etc., así como al ilustre director de *El Sol*, que no reiteren sus demostraciones afectuosas. Olvidan demasiado la exagerada emotividad de los viejos y la disminución de su capacidad de trabajo.

Saluda fraternalmente al ilustre director de *El Sol* su rendido amigo

S. RAMÓN Y CAJAL.

19 de Junio de 1921.

Escrita esta carta, recibo de provincias numerosos telegramas con ofertas generosas, y, como si esto fuera poco, leo en *El Sol* (día 19 de Junio), además de la sentida carta de doña Rosa María de Vidales y de varios eximios profesores, una gratísima exposición de la flor y nata de la intelectualidad española.»

LUIS SIMARRO

Llega á nosotros la triste nueva de la muerte de uno de los españoles de más alto entendimiento, más extensa cultura y mayor originalidad de pensamiento de los que han ilustrado la España del último tercio del siglo XIX y los comienzos del XX.

A la edad de sesenta y nueve años, víctima de una litiasis hepática que le ha atormentado en los últimos meses, ha fallecido en su casa de Madrid, el Dr. D. Luis Simarro y Lacabra.

Era Simarro del temple y de la talla de los Menéndez Pelayo, los Costa, los Ganivet, y muy pocos más que de entre los muertos contemporáneos suyos puedan citarse.

Aún parece que le vemos ante nosotros, cuando por vez primera nos presentaron mutuamente en aquella mesa del entonces famoso café de Fornos, allá por el mes de Octubre de 1874. Concurrían á aquella reunión Gonzalo Calvo Asensio, Miguel Echegaray, Pepe Ustáriz, Gómez Pamo, Raimundo y Enrique Villaverde, Eduardo y Luis Adaro, Ortiz y Casado y muy pocos más. Y de aquella *peña diaria é íntima*, salieron luego los hombres que cada uno en su carrera ocuparon más tarde los puestos más eminentes como políticos, arquitectos, ingenieros, médicos y autores aplaudidísimos. Pronto encontró Simarro lugar señalado entre aquellos jóvenes brillantes, y pronto fueron sus originales observaciones y sus eruditas advertencias, estimadas y repetidas por los que desde luego le admiraron y amaron como á cosa suya.

A poco ingresó Simarro en el Hospital de la Princesa por pública y reñida oposición, con Mariani, Miguel Viguri, Lázaro Adradas y Aubert. Oposiciones aquellas, ante tribunales compuestos de representaciones de escalafones y cuerpos diferentes y no por los solos elementos de un cuerpo (*ó por la gente de casa*) como es ahora moda en todas partes con gran regocijo del dios Nepos y del renombrado Juan Palomo.

Simarro pasó pronto á la Dirección del Manicomio de Leganés, que correspondía al Escalafón de Beneficencia general, como la Princesa, y desde entonces dedicó todos sus estudios, trabajos y desvelos, al estudio de la especialidad á que ya daba realce Esquerdo y en la que con él sobresalió Jaime Vera y más tarde Achúcarro, para no hablar más que de los que se fueron.

Aun teniendo ya una posición oficial suficiente para servir de base al ejercicio de la especialidad á que había de dedicarse, acuciaba á Simarro el deseo de recibir personalmente las enseñanzas de los grandes clínicos europeos, y, sin consultar á nadie y sin contar con medios materiales, movido por su ansia de saber y su espíritu de aventura (no *desterrado* como con error dice un colega), abandonó su puesto de director del ma-

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO

Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso. Madrid,

nicomio de Leganés y se trasladó á París, donde permaneció dos años visitando clínicas y revolviendo bibliotecas, siendo discípulo predilecto de Magnan, Charcot y Reimond.

Al volver á Madrid se halló Simarro sin puesto alguno, pues no era él del temple de los que se acogen á habilidosas excedencias y situaciones ambiguas, con daño de los intereses de los compañeros cuyos puestos amortizan, del servicio que no cumplen y de su propia conducta que nada les advierte. Simarro había renunciado en absoluto á su puesto de Leganés antes de marchar á París, y al volver se encontraba como el día que recibió el título de licenciado en la Universidad de Valencia.

Pero la fortuna fué justa con él: el renombre que había adquirido en los círculos literarios y científicos, y principalmente en el Ateneo de Madrid, sirvió de cauce para darle á conocer como psicólogo y como neurópata excepcional, y vió como premio de sus trabajos surgir una de las clientelas más escogidas y envidiables que ha tenido en Madrid especialista alguno.

Algunos años después hizo oposición á la cátedra de Psicología experimental creada para las Facultades de Medicina y Filosofía y Letras, que obtuvo ante un tribunal presidido por D. Nicolás Salmerón, y com- puesto casi en su totalidad de hombres eminentes.

La vida de Simarro, desde el punto de vista científico, fué después extraña y digna de envidia. Recluido en su biblioteca, selecta y numerosa, ó metido en su laboratorio donde velaba hasta altas horas de la noche, haciendo maravillosas preparaciones histológicas de los centros nerviosos principalmente, jamás ni publicó éstas ni dió á luz escrito alguno producto de sus lecturas y meditaciones. Era un sabio incansable hasta lo inverosímil en la adquisición de los conocimientos ajenos y en la elaboración esotérica é íntima de los propios; pero nunca encontraba ocasión para dar por acabado un estudio y comunicarle al mundo científico en la forma conveniente y digna que él podía hacerlo... siempre creía que algo faltaba para perfeccionar aún la más pequeña de sus obras.

¡Qué contraste con tantos otros que en el comercio científico y literario encuentran siempre importante, la observación clínica más sencilla ó el más vulgar de sus estudios! No aplaudimos el procedimiento de Simarro que nos hace hoy deplorar la pérdida de un verdadero tesoro que con él ha desaparecido; pero tampoco hemos de alabar el procedimiento opuesto, que tantas veces conduce á la confusión y al caos, determinando la desconfianza de los estudiosos en las gentes que debieran ser elaboradoras de la ciencia estable y permanente.

La exteriorización del saber y de la originalidad de Simarro no eran completamente perdidos, pues si nues-

tro pobre amigo repugnaba la exposición escrita ó la exhibición oratoria solemne, amaba en cambio el trato íntimo con amigos y discípulos que él juzgaba capaces de comprenderle. Sus *causeries*, sus charlas eran verdaderos *diálogos*, dignos muchas veces de un filósofo del siglo de Pericles.

Simarro amaba la intimidad, detestaba la exhibición; era un hombre dulce, pero triste; hondamente cariñoso, pero ajeno á la expresión aparatosa del afecto.

Quizás la suerte al tocar con mano adversa su frente, poco después de haber nacido, dejó en aquél alma y sembró en aquél entendimiento un germen que no llegó á anularse por la admiración amorosa de los que fraternalmente le queríamos ni por los halagos tardíos de la reputación y la fortuna.

¿Cómo no había de ver la vida siempre al través de un velo de tristeza el hombre que sabía que á los pocos meses de nacer, moría su padre á consecuencia de la malaria pontina y su desgraciada madre enloquecida por el dolor ante el lecho mortuario del esposo adorado, tomaba en sus brazos al hijo de sus entrañas y se arrojaba con él por una ventana buscando la muerte para ambos ante el espanto de la miseria amenazadora para el niño y la viudez sin consuelo para la madre?

Simarro fué tan admirado como en el campo científico, en el filosófico y el literario. Nunca fué hombre de acción, pero perseveró hasta el último día en sus convencimientos ultrarradicales y en su espíritu de acerba crítica negativa.

Siendo un incrédulo ante las creencias vulgares y un escéptico ante los acuerdos y los convencionalismos, jamás le oímos, ni en las discusiones públicas, ni en las disputas íntimas, una palabra de ofensa para su interlocutor ó su contendiente; porque era un hombre bueno y cortés, *que es decir dos veces bueno*, y esto le habrá de ser tenido en cuenta.

C. M. C.

Sociedades Científicas.

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE MADRID

SESIÓN DEL 17 DE MARZO DE 1921.

Las indicaciones operatorias de la tenotomía y del avanzamiento en el estrabismo.

Dr. Márquez.—Presenta un caso operado en el que se ha hecho la tenotomía del recto interno y el avanzamiento del recto externo por el procedimiento de Lagleyze en el ojo izquierdo y hace notar que las excursiones laterales de abducción y adducción, así como la convergencia (obtenida ésta haciendo que el sujeto se mire á la punta de la nariz con ambos ojos) son perfectas. Se trataba de un estrabismo convergente de 35° á 40°. No es, pues, sólo un éxito «fotográfico» ó estético tan solo, sino *funcional*. El ideal será además el res-

FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

ESPECÍFICO 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 á su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Pola de Górdón (León).

tablecimiento de la visión binocular, en camino de lo cual se está con el tratamiento ortóptico.

Trae aquí este caso — dice — no por presentar un caso más, ni para insistir sobre la técnica (ya descrita por el disertante en otras ocasiones), sino tan solo para demostrar cómo la opinión del maestro Landolt (á pesar de reconocerle como la primera autoridad mundial en estas materias), es exagerada al repudiar sistemáticamente las tenotomías y considerar tan solo á los avanzamientos como la operación de elección en el estrabismo. Este caso (y otro igualmente operado en la semana anterior en idénticas condiciones, pero al que hemos perdido de vista una vez logrado el resultado estético por él apetecido) demuestran que la tenotomía tiene y seguirá teniendo sus indicaciones. En efecto; habiendo empezado en estos dos casos por hacer el avanzamiento por el procedimiento de Lagleyze, al tratar de anudar el hilo para obtener el plegamiento del tendón, el ojo se enderezaba difícil y parcialmente, no habiéndose logrado la posición correcta del globo hasta tanto que se seccionó el tendón del recto interno. De habernos empeñado en obtener el enderezamiento, apretando fuertemente el hilo del músculo avanzado, sólo habiéramos logrado comprimir el globo entre dos fuerzas antagonistas y hundirle hacia la órbita. En cambio con la sección del recto interno se logró sin dificultad ninguna la posición correcta.

Los hechos demuestran que la disminución de que se habla de la excursión de convergencia es ilusoria, al menos en este caso y en otros por mí operados, y porque á mi juicio se hace un razonamiento falso, pues aunque es verdad que si á un individuo *sin estrabismo* se le hace una tenotomía, se logra con ésta el efecto de una parálisis muscular, con disminución de la excursión del músculo y limitación de su función; cuando se trata, en cambio, de la tenotomía *en un estrabismo*, y por añadidura antiguo, con retracción del tendón y creación de nuevas relaciones entre éste y los tejidos que le rodean, producimos, sí, una disminución de excursión, pero justamente la necesaria para contrarrestar el exceso de esa misma excursión que patológicamente existía. Tal ocurre con la tenotomía del recto interno en los estrabismos convergentes antiguos. Pero como además el recto externo está distendido y atrófico, es también racional combinar el avanzamiento de éste con la tenotomía del antagonista, con lo cual una parte de la desviación correctora se obtiene con el alargamiento (debilitación) del músculo retraído y otra con el acortamiento (refuerzo) del alargado, restableciendo así las condiciones anatómicas, y, por tanto, las fisiológicas normales del aparato motor alterado. Es por esto por lo que, aunque el estrabismo sea un trastorno de la visión binocular, no hay que tocar en general al ojo no desviado, salvo cuando se tratase de una desviación tan grande que no se pudiese corregir con las intervenciones sobre el ojo desviado, ó bien en los casos en que se tratase de una alteración permanente dinámica ó igualmente repartida sobre ambos ojos; por ejemplo, una insuficiencia de convergencia sin estrabismo, ó bien de un estrabismo alternante y reciente, caso en el cual estaría indicado el doble avanzamiento de los músculos debilitados.

Como se ve, lo de menos son las cuestiones de técnica y de procedimiento. Lo fundamental son siempre las indicaciones. Yo me permito decir muchas veces que se debe ope-

rar *con la cabeza* antes que *con las manos*. Con éstas pueden hacerse cosas muy primorosas, pero que no están indicadas, lo cual no será jamás hacer buena terapéutica.

Nota adicional.—Al corregir estas pruebas se ha logrado, después de corregida la refracción hipermetropía y astigmatismo en ambos ojos y de ejercicios diploscópicos pacientemente hechos por mi amigo el Dr. Busto, obtener el resultado *completamente ideal*, toda vez que además del restablecimiento á la normalidad del aparato motor se ha logrado el de la visión binocular con agudeza visual normal en ambos ojos.

Ventajas evidentes de la sutura de la córnea en la extracción de la catarata.

El motivo de insistir sobre este asunto, que creo importantísimo en la práctica, es el siguiente: Unas palabras más mal interpretadas, al final de mi conferencia en la Real Academia Nacional de Medicina, titulada, «Notas históricas y críticas acerca de la catarata y su tratamiento», referente al empleo, que cada vez se generaliza más en Francia y entre nosotros, de la sutura de la córnea en la operación de la catarata, dieron lugar á que nuestro distinguido compañero el Dr. Basterra trajera aquí á discusión el tema, en el que se han empleado tres sesiones, la mayor parte de ellas dedicadas á combatir este racional perfeccionamiento, precisamente por los que no le han practicado.

Ahora bien: mientras que los impugnadores han tenido todo el tiempo, aquí, y todo el espacio, después, en las columnas de la prensa científica, para exponer sus opiniones, con minuciosidad de detalles, en cambio las ideas expuestas por mí en defensa del procedimiento apenas si han sido recogidas y, lo que es peor, han sido además tergiversadas. Mas como á esto «no hay derecho» es por lo que me permito dar hoy esta conferencia á la vez de rectificación de ideas que se me han atribuido y de ratificación de las que realmente expuse y en las que cada vez estoy más firme. Además, aprovecharé ya la ocasión para apoyarlas en algunos datos estadísticos, los cuales aunque todavía incompletos (por no haber tenido tiempo de reunir más que los de los cuatro últimos cursos: 1917, 18, 19, 20 y 20-21, hasta el momento actual referentes á mi clínica hospitalaria), *son absolutamente verídicos*, circunstancia sobre la que no creo inútil insistir en estos tiempos en que tanto (digámoslo claro) se miente [en aras del *sagrado* reclamo profesional]

(Continuará.)

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN

Ilmo. Sr : En cumplimiento de lo prevenido en el artículo 48 de la Instrucción general de Sanidad, reformado por Real decreto de 6 de Agosto de 1919,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que el Tribunal que ha de juzgar los ejercicios de las oposiciones para la provisión de los 9 puestos vacantes en el escalafón del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad á que se refiere la Real orden de 29 de Enero último, y visar la documentación presentada por los opositores resolviendo sobre

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

su admisión ó exclusión definitiva, lo presida V. I. y se constituya con los vocales Sres. D. Francisco Murillo y Palacios, académico de la Real de Medicina; D. Gregorio Marañón, consejero del Real de Sanidad; D. Román García Durán, subinspector de Sanidad interior, y D. Antonio Figueroa López, inspector provincial de Sanidad de Huelva. Actuará de secretario el vocal que el mismo Tribunal acuerde.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Dios guarde á V. I. muchos años.—Madrid, 19 de Mayo de 1921.—*Bugallal*.—Señor inspector general de Sanidad. (*Gaceta* del 21 de Mayo.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,1; ídem mínima, 705,0; temperatura máxima, 30°,2; ídem mínima, 11°,0; vientos dominantes, ESE. ENE.

Poca variaciones se han observado en el estado de la salud, respecto á las semanas anteriores; sin embargo, la gravedad y el número de los afectos gripales ha disminuído, y también la importancia de las infecciones intestinales.

Los reumatismos articulares siguen presentándose con relativa frecuencia, y, por lo general, con manifestaciones monoarticulares.

Sigue decreciendo la mortalidad.

Crónicas.

La fiesta de la Flor en Madrid.—Ya se conocen exactamente las cifras del total recaudado en la última fiesta de la Flor celebrada en Madrid.

El éxito no puede ser mayor.

De año en año los productos de este festejo alcanzan una cifra más elevada, debido al altruismo de los donantes y á la actividad de los organizadores y postulantes.

En las mesas se recaudaron este año 136.694,82 pesetas; en casa de la tesorera del Real Dispensario Victoria Eugenia, condesa de Heredia Spínola, se recibieron donativos por valor de 141.446 pesetas. Esto hace un total de 278.140,82 pesetas.

Hubo que pagar por los distintos gastos que la fiesta ocasionó, 8.947,15 pesetas, y queda, como recaudación líquida, una suma de 269.193,67 pesetas.

En la lista de donantes descuellan los marqueses de Aldama con la suma de 100.000 pesetas. Lo recaudado en el Tiro de Pichón ascendió á 20.000 pesetas.

El año 1920, la recaudación llegó, en números redondos, á la suma de 175.000 pesetas; en el año actual, lo recaudado ha tenido un aumento sobre la del año anterior de 103.140 pesetas.

El pueblo madrileño sigue dando pruebas de su inagotable caridad.

Los médicos de La Honradez.—Nota oficiosa del Comité de delegados de médicos de Sociedades de Madrid.

En la última sesión celebrada por el Comité de delegados de médicos de sociedades, se acordó hacer pública por nota á la prensa política y profesional.

Primero. La rectificación de auxilios á los movimientos de solidarización de la clase, según decisión unánime, de las últimas Asambleas generales de médicos de Sociedades.

Segundo. Que como consecuencia del anterior acuerdo, quedará rota por este Comité toda relación profesional y social con los médicos que con su ayuda á la sociedad La Honradez, imposibiliten al dignísimo Cuerpo que la asiste, en el camino de ejemplarización emprendido por él, para hacer saber á esa entidad quiénes son y cuánto valen, y merecen sus médicos.

Tercero. Estar dispuestos á solidarizar y cumplir cuantos acuerdos tome el Colegio de médicos de la provincia, y en caso preciso, el Directorio de la Federación de Colegios de médicos de España.

Cuarto. No admitir en otras Sociedades á los procedentes de La Honradez si ésta disolviese su Cuerpo médico, ínterin los que componen no renuncien á su asistencia ó queden conformes con la satisfacción recibida de sus ofensores, y

Quinto. Que para la completa eficacia del apartado anterior los presidentes de los Plenos de médicos tendrán una lista á su disposición en el Colegio de médicos, de los socios actuales de La Honradez.

Lo que en cumplimiento del citado acuerdo y en nombre de la Junta directiva de este Comité se hace público para general conocimiento en evitación de errores de interpretación ó sanciones que pudieran ser irremediables.—El presidente, *Carlos Muñoz del Portillo*.—Madrid, 11 de Junio de 1921.

Instituto Iby.—El Consejo de Administración del Instituto de Biología y Sueroterapia ha quedado reconstituido en la siguiente forma:

Presidente, Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.—*Vicepresidente*, D. Serapio Huici.—*Vocales*: D. Sergio Ochoa de Retana.—Dr. D. Gregorio Marañón.—Sr. D. Nicolás María de Urgoiti.—Dr. D. Gustavo Pittaluga.—Dr. D. José Cruz López.—Dr. D. Augusto Pí Suñer.—Sr. D. Julio Arteche.—Dr. D. José Madinaveitia.—Sr. D. Manuel Rodríguez Acosta.—Dr. D. Angel Elvira.—Sr. D. Enrique Gosálvez.—Señor D. Luis de la Peña.—*Secretario*, Dr. D. Adolfo Cervera.

En su última reunión nombró director técnico al doctor D. Jerónimo Durán de Cottés.

Banquete al Dr. Arquellada.—Con motivo de haber sido elegido presidente de la Sociedad de Pediatría, fué obsequiado el día 20 por la noche con un banquete en el Restaurant Inglés el Dr. D. Aurelio M. Arquellada.

Asistieron al acto todos los profesores del Hospital del Niño Jesús, los internos del agasajado y un centenar de compañeros, amigos y admiradores de éste.

A los brindis ofreció el banquete el Dr. Garrido. Habló á continuación el Dr. Taboada, quien recordó que el Dr. Arquellada, además de clínico, había sido con entusiasmo periodista médico en varios diarios.

El agasajado usó de la palabra para dar las gracias por el homenaje, y terminó su discurso abrazando en su maestro, el venerable Dr. González Gómez, á todos los amigos y compañeros que se hallaban presentes.

La comida terminó en medio del mayor entusiasmo.

El Congreso de Oporto.—Continúan recibiendo noticias halagüeñas del éxito de esta conferencia.

De Oporto comunican que se están ultimando los preparativos para su celebración y que promete ser grandioso.

El presidente de la República asistirá para inaugurar el Congreso, el día 25. Se espera también la ida del ministro español de Instrucción Pública y de numerosos congresistas.

La contribución de los naturalistas españoles es muy numerosa y muy interesante. Tienen anunciadas notas ó comunicaciones, en que se exponen trabajos originales y de investigación personal, los Sres. Fernández Navarro, Hernández Pacheco, Frago, Bolívar, Dusmet, Rojo, Rioja, Barreiro, Jiménez de Cisneros, Unamuno, Navás, Bosca, Pardo, Hernández Sempelayo, Faura, Font, Quer, Fernández, Aranda, Arévalo, etc.

La colaboración portuguesa es tan copiosa (y tan instructiva como la española, y en ella sobresalen los trabajos de Geología y Antropología.

Esta Sección de Ciencias Naturales del Congreso de Oporto estará presidida por el profesor de Zoología de aquella Universidad y exministro de Instrucción Pública, D. Augusto Nobre.

El discurso inaugural de la Sección está á cargo de otro profesor de la Universidad de Oporto, el Dr. Gonzalo Sam-

LA DIABETES
Y SUS COMPLICACIONES

SE CURAN RADICALMENTE CON EL
VINO URANADO PESQUI
que elimina el azúcar á 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.

paio, que hace en su trabajo una revisión de las reglas de la nomenclatura botánica.

La Compañía del ferrocarril Madrid-Cáceres Portugal organiza un tren directo entre esta corte y Oporto, que saldrá á las once y media de la noche del día 24 del actual, para llegar á su destino el 25 á las seis de la tarde.

En ese tren marchará el ministro de Instrucción Pública, que, como se sabe, lleva la representación del Gobierno español al Congreso de Oporto. Con el ministro irán el presidente de la Asociación Española, D. José R. Carracido, y el exsubsecretario de la presidencia, Sr. Llanos Torriglia.

El secretario general de la Asociación estará en Oporto á la llegada de ese tren y tendrá organizado el alojamiento de los congresistas que conduzca el convoy.

Epidemia de peste.—Comunican de Riga que se confirman las noticias de la propagación de la peste en las regiones de Ufa y de Samara. En Ufa se han registrado varios casos, y la población, aterrorizada, huye de la ciudad. En Samara se construyen precipitadamente barracao sanitarias.

Colegio de Médicos de Madrid.—El Colegio de Médicos de Madrid y su provincia celebró el día 20 sesión extraordinaria, á fin de resolver lo que procediera respecto al pleito entablado entre los médicos que prestan sus servicios en la Sociedad benéfica La Honradez y los directores de la misma.

Después de discutir ampliamente el asunto, la asamblea tomó los siguientes acuerdos:

Primero. Si en el término de ocho días, á contar desde mañana, no se aviene la Junta de La Honradez á aceptar las bases de arreglo que en oficio correspondiente se le indicaba, los médicos de la citada Sociedad dejarán de prestar sus servicios profesionales á los socios de la misma.

Segundo. En el caso de que esta Sociedad persista en su actitud intransigente, los socios de La Honradez no podrán ingresar en otra entidad benéfica una vez que, por orden del Colegio de Médicos se suspenda el servicio facultativo.

Bueno y malos compañeros.—Según comunicación recibida del Colegio de médicos de Santander, ha sido rehabilitado, por haber depuesto su actitud de desobediencia á los acuerdos de dicho Colegio de médicos, D. Gerardo Fernández Nieto Vicario, quedando con el dictado de malos compañeros y en su consecuencia aislados profesionalmente D. Julián Ballesteros Blanco, D. Juan Tomé Ortiz y D. Atanasio Tomé Ortiz.

Oposiciones á Médicos de Sanidad de la Armada, 50 plazas para Septiembre; obra única, 50 pesetas. Programa, 1,50. Editoria: Campos. Princesa, 14, Madrid.

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. 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, número 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarrros crónicos, infecciones gripales, enfermedades bronquiales, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

NIÑOS. — FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES, después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

Quininfantina Delgado Ronco.

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


PHOSPHORRENAL-ROBERT

(Reconstituyente)



Preparado por
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO-QUÍMICO Y FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT - Leura 74
BARCELONA

GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE



ALMORRANAS



Producto español á base de Hamam-virg.^a, *Æsculus hippocast*; novocaína, anestésina, etc. Cura **Hemorroides** internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. **Tubo con cánula, 2,50 pesetas;** correo, 3. De venta en farmacias.

BALNEARIO DE ARNEDILLO

Aguas termales, clorurado-sódicas, sulfatadas, notablemente radiactivas.

Las más indicadas en enfermedades reumáticas, avariosis, luxaciones, heridas, etc.

En esta temporada se inauguran un pabellón de habitaciones, y otro de baños preferentes.

Buen Hotel. — Automóviles desde Calahorra (Rioja).

Director: Dr. Avilés.

Detalles: GERENCIA

El papel de esta Revista está fabricado especialmente para EL SIGLO MÉDICO.

Sucesor de Enrique Teodoro. — Glorieta de Sta. M.^a de la Cabeza, 1.