

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
<b>J. DE AZÚA</b> Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	<b>A. FERNÁNDEZ</b> Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	<b>G. MARAÑÓN</b> Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
<b>J. BLANC Y FORTACIN</b> Del Hospital de la Princesa.	<b>A. GARCÍA TAPIA</b> Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	<b>G. RODRÍGUEZ LAFORA</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
<b>L. CARDENAL</b> Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	<b>F. GONZÁLEZ AGUILAR</b> Director-Médico del Instituto Cervantes.	<b>J. SANCHIS BANÚS</b> Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.
<b>J. CODINA CASTELLVÍ</b> Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	<b>J. GOYANES</b> Cirujano del Hospital General de Madrid.	<b>J. SARABIA PARDO</b> Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
<b>V. CORTEZO</b> Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	<b>B. HERNÁNDEZ BRIZ</b> Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	<b>F. TELLO</b> Director del Instituto Alfonso XIII.
<b>L. ELIZAGARAY</b> Del Hospital General de Madrid.	<b>T. HERNANDO</b> Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	<b>L. URRUTIA</b> Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).
<b>A. ESPINA Y CAPO</b> Académico de la Real de Medicina.	<b>F. LOPEZ PRIETO</b> Ex-Médico-Titular.	<b>R. DEL VALLE Y ALDABALDE</b> Del Hospital General.
	Redactor Jurídico: <b>A. CORTEZO COLLANTES</b>	
	Secretario: Prof. Dr. <b>GUSTAVO PITTALUGA</b> , 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: Distrofia muscular mejorada con la adrenalina, por el Dr. Rafael del Valle y Aldabalde. — La innervación de las cicatrices, por S. Ramón y Cajal. — Consideraciones sobre el problema actual de la sífilis nerviosa, por el Dr. Gonzalo R. Lafora. — Indicaciones de la radioterapia profunda, por el Dr. Julián Ratera. — Bibliografía. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — Impresiones parlamentarias, por C. M. C. — Los honorarios médicos, por el Dr. S. Recasens y Giral. — Sociedades científicas: Sociedad Ginecológica Española. — Sección oficial — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

## Distrofia muscular mejorada con la adrenalina

POR EL

DR. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico del Hospital General.

Se trata de un sujeto que tenía veinte años cuando ingresó en mi sala del Hospital General, el día 20 de Agosto del año 1919.

Es natural de un pueblecito de la provincia de Salamanca, de buen desarrollo físico é intelectual, y con los siguientes antecedentes de familia, que procuré recoger con toda escrupulosidad, dada la naturaleza del padecimiento.

El padre vive y está sano; la madre, que al parecer padecía de reuma, falleció á consecuencia de un «ataque á la cabeza», á la edad de cuarenta y tantos años. Han sido diez hermanos. Uno de ellos falleció del sarampión; otro, una niña, de quemaduras; otros no sabe el enfermo la causa del fallecimiento. Ninguno de ellos, ni tampoco de los vivos, ha padecido la enfermedad de nuestro historiado, ni sabe éste de ninguna otra persona de su familia que la haya tenido.

A los siete años sufrió el sarampión sin consecuencias; ocho ó diez veranos, paludismo, que le duró la vez que más mes y medio. Por último, en una ocasión se cayó de una altura de cinco metros sin perder el conocimiento, ni tener que guardar cama á consecuencia de

este accidente, que parece tampoco dejó en pos de sí secuela alguna.

La enfermedad actual se inició catorce meses antes del ingreso en el Hospital, manifestándose sus comienzos bajo la forma de dolor en la región lumbar al agacharse, y de cansancio que notó primeramente en las extremidades inferiores y más tarde en las superiores. Todo ello sin dolores en dichas extremidades, aunque también con sensaciones extrañas entre los omoplatos, que empezó á notar después de iniciada la debilidad en los miembros superiores.

Como tratamientos empleados, refiere el enfermo que le aplicaron botones de fuego, con lo que mejoró de los dolores de la espalda, pero nada de la fuerza muscular. También le aplicaron las corrientes y le dieron al interior unas gotas de iodo y yoduro potásico. Todo ello inútilmente. Finalmente, fué tratado con otros medicamentos antisifilíticos, y con este tratamiento no sólo no mejoró, sino que se puso peor.

Al examinarle hube de comprobar lo siguiente: El desarrollo muscular era aparentemente el normal. En cambio, se observaba que eran muy débiles los movimientos voluntarios de ambos hombros, no tanto los de flexión y extensión del antebrazo, y normales los de las manos y sus dedos. Para incorporarse en la cama no podía hacerlo sin agarrarse con las manos á algún objeto; en una palabra, estaban también debilitados los movimientos de flexión del tronco, sucediendo lo mis-



mo con los de rotación y flexión lateral. Apenas podía doblar los muslos; estaban igualmente limitados, aunque no tanto, los movimientos de las rodillas. En cambio, eran casi normales los movimientos de los pies y los de sus dedos.

Echado en el suelo, se incorporaba por el consabido procedimiento de trepar sobre sus extremidades inferiores; ó sea, que empezaba volviéndose de lado, después boca abajo, luego se colocaba en posición cuadrúpeda y, por último, apoyándose con las manos en piernas y muslos, iba irguiéndose poco á poco.

Presentaba algo de pereza en la emisión de orina, que decía el enfermo haber padecido ya de niño, curándose después. Tenía, además, alternativas de estreñimiento y diarrea.

*Reflejos.*—Nulos los olecranianos; débiles los radiales y cubitales; normales los rotulianos, aquilianos y cremastéricos; dudosos, más bien nulos, los abdominales. También eran normales los plantares, si bien el izquierdo era un poco más débil que el derecho. Los reflejos pupilares tampoco presentaban ninguna anormalidad.

No le era posible andar ni con dos muletas, y si lo hacía, apoyándose en dos personas, tenía que separar bastante las piernas y aun así oscilaba su cuerpo.

En la sensibilidad no se apreciaba la menor anomalía y no existía reacción eléctrica de degeneración, pero sí debilidad al excitante eléctrico en los músculos paresiados que, como se infiere de la descripción hecha anteriormente, eran los del tronco y de las raíces de los miembros.

Se trataba, por lo tanto, de una atrofia muscular pseudo-hipertrófica, del tipo Duchenne-Griesinger, pero con las particularidades siguientes: En primer lugar, la rapidez poco frecuente con que la afección se propagó de las extremidades inferiores á las superiores; en segundo, la circunstancia de no presentar carácter ni hereditario ni familiar y, por último, el hecho de haberse desarrollado la enfermedad en la adolescencia. Confirma este caso, por lo tanto, una vez más, que esta clase de distrofias no siempre se ajustan á las descripciones clásicas y que son bastante frecuentes las formas llamadas de transición.

Sabido es, por otra parte, que estos casos, de gran interés científico, hasta ahora se los ha venido considerando muy rebeldes á la terapéutica, por lo que, al emprender el tratamiento de este enfermo, confieso que lo hice con el desanimo que es natural.

Empecé usando la tiroidina, con el intento de hacer desaparecer el tejido adiposo que pudiera perturbar la función de los músculos atrofiados, consiguiéndose en efecto, que adelgazaran las extremidades inferiores. Pero si bien se logró el objeto inmediato, no el remoto, ya que, á pesar de dicha disminución del tejido adiposo, el enfermo no se podía mover mejor. Y como, en cambio, el pulso se iba haciendo cada vez más frecuente, al llegar á 96 juzgué oportuno interrumpir este ensayo terapéutico.

Se me ocurrió entonces recurrir á la adrenalina, no como tónico cardíaco ni como vasoconstrictor, sino

como estimulante del sistema muscular, habiendo obtenido con este medicamento resultados que han superado á mis esperanzas.

La adrenalina la usé en tres etapas: en la primera la dí al interior á la dosis al principio de un miligramo en dos tomas que subí después á dos y últimamente hasta tres, observándose que ya con dos miligramos el paciente empezó á tener más fuerza en los brazos.

Después de este ensayo como descanso de él y á la vez como contraprueba y tanteo, asocié la adrenalina á la tiroidina, mas sin ventaja ostensible con esta asociación. Fuí prescribiendo entonces sucesivamente: las inyecciones de cacodilato y glicerofosfato sódicos, luego las de nucleinato también sódico, el masage, la trinitrina, á la dosis diaria de VI gotas de la disolución alcohólica al centésimo y, por último, el ioduro potásico á la dosis de dos gramos diarios, sin que con ninguno de estos tratamientos el enfermo hubiese alcanzado mejoría alguna, excepción hecha del masage, con el que se logró algún resultado, aunque no tan ostensible como con el principio activo de la glándula suprarrenal.

Entonces volví á este medicamento, pero esta vez en inyección hipodérmica á la dosis diaria de un miligramo, asociada esta terapéutica con diez días de masage á las extremidades inferiores. Con ello no sólo aumentó la fuerza en las extremidades superiores, sino también en las inferiores, hasta el punto de que nuestro enfermo ya podía andar con dos muletas. Además de esto, la maniobra de incorporarse estando echado en el suelo la ejecutaba con más facilidad y prontitud.

En vista de estos progresos, y después de unos días de suspensión del tratamiento, se reanudó el 17 de Abril, ganando de nuevo más fuerza en las extremidades y en los músculos del tronco, pero esta vez principalmente en los miembros inferiores.

Así se continuó con alternativas de descanso, con el doble tratamiento de adrenalina y masage, acentuándose los adelantos alcanzados hasta el punto de que, al invitar al enfermo á que se incorporara, estando en decúbito supino, se vió que lo efectuaba casi sin trepar sobre su propio cuerpo, si bien la segunda vez que lo intentaba, ya ejecutaba la maniobra con más dificultad por cansarse pronto.

Como por entonces se quejara el paciente de dolor en la espalda, cuando andaba, prescribí masage á los músculos respectivos el día 26 de Junio, consiguiendo con ello hacer desaparecer el molesto síntoma. Terminado este tratamiento dispuse el 13 de Julio chorro caliente, y no de vapor, por no poder disponer de él, á la región lumbo-glútea seguido de masage, comprobándose á los seis días de este tratamiento que mejoró de los dolores de caderas.

El día 1.º de Agosto del mismo año recurrí á la electricidad bajo la forma de corriente galvánica de 10 milliamperios y cinco minutos de duración, colocando el polo positivo en la región lumbar y paseando el negativo por nalgas y muslos. También ganó algo de fuerza el enfermo con este tratamiento, pero además dijo que después de él andaba menos estreñado. Nueva serie de



otras quince sesiones de galvanoterapia, terminada la cual hago al sujeto que ande en mi presencia y lo hace apoyándose tan solo en dos cayados y hasta en uno solo, si bien con un poco de estepaje.

Reanudado el empleo de la adrenalina se presenta ahora la novedad de que la dosis diaria de un miligramo, que había venido siendo bien tolerada, provocaba síntomas tóxicos aunque leves, temblor, malestar y escalofrío, por lo que se reduce la dosis a la mitad, que en los primeros días también le molesta un poco pero ya nada en los sucesivos. Al cabo de varias series del medicamento, manifiesta el enfermo que ha adquirido aún más fuerza en los brazos.

Entonces prescribo sin asociación alguna la corriente farádica: sesiones diarias durante dos semanas de aplicación a las extremidades inferiores (6 de Noviembre de 1920), que con ello mejoran un tanto de fuerza.

En lo sucesivo se continuó con el tratamiento mixto de aderenalina y ó bien la corriente farádica ó el masaje, debiendo hacer constar, dicho sea de paso, que en una de las temporadas en que estaba sometido el paciente al uso de la adrenalina hube de examinar la presión arterial con el esfigmómetro Tag (norteamericano) comprobando que la diastólica era de 90 y la sistólica de 130; como se ve, no excesivas a pesar del tratamiento adrenalínico.

Como quiera que nuestro historiado continúa en la sala, al dar a la prensa este artículo, terminaré lo relativo a la ganancia obtenida desde su estancia en la sala, copiando casi literalmente la nota que tomé después de haberle reconocido é interrogado el día 22 de Marzo de 1921.

Dice que mueve mejor los brazos, pero que se cansa pronto cuando trabaja con ellos. También sucede lo mismo, pero en menor grado, con las piernas excepto cuando sube escaleras, pues entonces se cansa bastante pronto si bien en esto nota también ganancia. Al bajar las escaleras se le ponen los pies de punta. Sentado en una silla, se incorpora bien, cosa que no podía hacer antes. En lo que no ha ganado es en la micción que tarda bastante en verificarse, si bien al fin lo ejecuta de un modo normal, observando además que no en todos los días tiene la misma dificultad.

Finalmente, cuando ingresó en el hospital ya he dicho que no podía andar ni aun con muletas; hoy anda sin apoyo alguno, si bien meciéndose algo y con un poco de estepaje.

Como se ve, el proceso no ha podido ser más evidente y, como quiera que, según el parecer de todos los autores, las distrofias musculares, sea cualquiera su variedad, todo lo más a que se puede aspirar en ellas es a detener su marcha, he juzgado que no es ociosa la publicación de este caso.

Es uno sólo en verdad y, por lo tanto, no basta para afirmar que la adrenalina ha de ser útil en todos los casos análogos; mas sí para que pueda estimarse como suficiente para animar al empleo del mismo tratamiento en lo sucesivo.

Y atribuyo a la adrenalina la ganancia obtenida, mucho más que a la electroterapia y al masaje, puesto

que estos procedimientos son de uso corriente en las distrofias musculares, no obstante lo cual no se ha logrado con ellos ni con mucho el resultado que se ha obtenido en nuestro paciente.

## LA INERVACIÓN DE LAS CICATRICES

NOTA PREVENTIVA

POR

S. RAMÓN Y CAJAL

Casi innumerables son los trabajos encaminados a esclarecer el mecanismo íntimo de la regeneración de los nervios seccionados ó alterados y de la restauración tardía de las terminaciones periféricas en músculos y órganos sensitivos y sensoriales. De ello hemos tratado prolijamente en otras publicaciones (1). Bástenos por ahora citar las investigaciones de Lugaro, Perroncito, nosotros, Krassin, Marinesco y Minea, Deineka, Dustin, Poscharinski, O. y H. Rossi, Mott, Bersou, Feiss-Ruiz Arcaute y Ortín, Greaman, Gallardo, Nageote, Lo, rente de Nó, etc. Particular mención merecen, por relacionarse algo con nuestro tema, las modernas pesquisas de Tello concernientes a la regeneración de la retina; nervio óptico y terminaciones nerviosas y sensitivas, las de Boeke recaídas en los nervios musculares y los específicos del gusto, las de Cardenal efectuadas en nuestro Laboratorio, y en fin, las modernísimas de Marinesco recaídas como las de Cardenal en el muñón de los amputados.

Con todo, estos sabios y otros que en gracia de la brevedad no mentamos han solido atacar el trayecto de los nervios traumática ó químicamente interrumpidos explorando después el modo de producción y crecimiento de los retoños, ya en el cabo periférico, ya en los distritos terminales sensitivos, sensoriales ó motores.

Operando de esta suerte claro es que subsisten en la periferia los nervios degenerados, así como los órganos sensitivos privados de sus axones; y el problema de la regeneración se reduce, por tanto, a averiguar de qué modo asaltan los retoños las vainas del cabo periférico y de qué suerte actúan los aparatos mesodérmicos anejos a las ramificaciones axónicas específicas.

Pero queda a mi juicio un punto importante por esclarecer. Si los nervios son regenerables ¿lo serán también los susodichos aparatos periféricos, asiento normal de la ramificación axónica? ¿Qué sucederá si en vez de cortar los nervios y respetar los distritos terminales, son estos últimos totalmente descartados por extensas ablaciones? En suma, las cicatrices cutáneas de bastante profundidad ¿son susceptibles de ser total ó parcialmente inervadas, ó están absolutamente condenadas a carecer de nervios conforme algunos autores sospechan? Y en el supuesto de que se produzca regeneración nerviosa, las fibras nuevas ¿mantendrán estrictamente su especialidad funcional? O, en otros tér-

(1) Véase Cajal: «Estudios sobre la degeneración y regeneración del sistema nervioso», 2 volúmenes (1913 á 1915).



minos, las destinadas á los pelos, por ejemplo, reservarán el epidermis, y las consagradas á éste repugnarán invenciblemente asociarse á los aparatos de Meissner y Paccini?

Dejando para más adelante la dilucidación de todos estos problemas, limitémonos por ahora á referir sucintamente, bajo la forma de conclusiones, los resultados obtenidos. Digamos desde luego que nuestras pesquisas han recaído solamente hasta ahora en animales jóvenes (ratón y gato de pocos días), y que la operación preliminar ha consistido en descartar, mediante un profundo tijeretazo, trozos más ó menos extensos de labio, lengua, hocico ó piel de las patas.

Haciendo caso omiso del análisis de la cicatriz, cuya estructura es harto conocida, nos ceñiremos al comportamiento de los nervios sensitivos mutilados:

1.º A los cinco días de la sección del labio ó del hocico del ratón, conejo y gato, si la ablación cutánea no fué demasiado extensa, se ha producido ya la regeneración epitelial, por debajo de la que descúbrese recia y profunda cicatriz, exenta de glándulas y bulbos pilosos, pero muy rica en capilares sanguíneos neoformados y en tejido conectivo embrionario.

2.º Explorado por este tiempo el cabo mutilado de los nervios sensitivos, adviértese que buena parte de los tubos medulados han proyectado retoños invasores de la cicatriz, los cuales se ramifican prolijamente, terminándose ya por bolas, ya por *conos de crecimiento*. Su curso denota una gran desorientación, aunque se advierte que la mayoría de los axones neoformados, después de trazar zizás y revueltas complicadas, camina en dirección del epitelio tegumentario.

3.º Las fibras neoformadas discurren libremente por los intersticios conectivos. Imposible es observar el menor indicio de esos estuches ó vainas celulares orientadoras, supuestas modernamente y sin pruebas decisivas, por Nageotte y Marinesco. Tenemos por incuestionable que, á los cinco días, las cubiertas de Schwann á *células neuróglícas* (así las llama Nageotte) del nervio mutilado no han emigrado hacia la cicatriz.

4.º Transcurridos ocho días, todavía no se percibe retoño alguno insinuado en el epidermis neoformado, singularmente en el gato donde acaso, por el espesor de la cicatriz conjuntiva, resulta mucho más extenso el trayecto á recorrer. En el ratón empero alguna fibras tocan ya la capa profunda del epitelio, terminando mediante bolas. Con ligeras diferencias, las cosas se mantienen en el mismo estado desde los diez á los catorce días.

5.º A los veinte días en el ratón y á los veinticinco en el gato, es dable ya sorprender tal cual axón que, después de ramificarse por debajo del epitelio provee de algunas ramas el espesor del cuerpo de Malpigio joven, dicotomizándose sobriamente en su interior. Aun cuando es imposible decidir si tales fibras pertenecen al tipo de las ramificadas intraepiteliales ó á las *hederiformes*, nos inclinamos á admitir que pertenecen á la primera categoría. Es, pues, seguro que, si bien en pequeña escala, se da ya en los animales jóvenes y en heridas de tejidos ricos en nervios sensitivos, una rege-

neración poco copiosa de fibras nerviosas sensitivas, terminadas libremente entre las células del cuerpo de Malpigio de la piel. Ulteriores investigaciones (las expuestas no van más allá de veinticinco días) nos revelarán si las referidas terminaciones aumentan sucesivamente ó si, por el contrario, sufren algún proceso regresivo.

6.º Por lo que toca á la especialidad de las terminaciones neoformadas, nuestras pesquisas permiten excluirla en las peculiares de los pelos táctiles, dado que en diversas ocasiones hemos sorprendido en el ratón los cordones destinados á estos apéndices (una vez desaparecidos los bulbos pilosos correspondientes) desparramarse en abanico por la cicatriz é invadir parcialmente el epidermis. De sospechar es que la mayoría de estos retoños que parecen, en sus caprichosos giros, buscar al pelo táctil desaparecido, caigan andando el tiempo en atrofia por desuso y hasta se destruyan las células del ganglio de Gasserio del que proceden.

Nada más por ahora. Estas investigaciones (lo hemos dicho ya) son harto incompletas. Quedan por explorar las fases tardías de la inervación tegumentaria; el contingente nervioso de las cicatrices humanas antiguas y el de las de los grandes mamíferos. Muy instructivo fuera además averiguar si en el hombre se produce la regeneración parcial ó total de los corpúsculos de Meissner, Krause, Paccini, genitales, etc., cuando han sido extirpados los factores mesodérmicos asociados, y en fin, si debajo de toda extensa pérdida de substancia cutánea forman los nervios mutilados, conforme ocurre á menudo, en el muñón de los amputados, pequeños *neuromas* capaces de suscitar una sensibilidad difusa supletoria ó compensadora de las sensibilidades específicas, táctiles, térmicas y dolorosas, quizás definitivamente ausentes

Madrid, 14 de Junio de 1921.

### Consideraciones sobre el problema actual de la sífilis nerviosa <sup>(1)</sup>

(COMENTARIOS Á UN TRABAJO DEL DR. FERNÁNDEZ SANZ)

POR EL

DR. GONZALO R. LAFORA

En un caso de estos con sífilis vascular, en los que las reacciones del líquido cefalorraquídeo suelen ser negativas ó casi negativas, ¿qué objeto tiene la terapéutica intrarraquídea que sólo va encaminada á tratar los procesos meningo-corticales y meningo-espinales, pero en ningún modo los vasculares? La terapéutica intrarraquídea tiene sus indicaciones precisas y científicas, siendo la más importante, aunque no la única, los procesos meningo-corticales con reacción de Wassermann positiva en el líquido y curva de Lange baja, en los que los métodos intravenosos son menos efectivos. ¿Por qué tratar por vía intrarraquídea á un enfermo de éstos en que no hay ninguna indicación de tal tratamiento? Aceptaríamos esta práctica si dicho tratamiento fuese senci-

(1) Véase el número anterior.



llo y sin consecuencias, pero no podemos aceptarla teniendo en cuenta lo doloroso que es y los perjuicios que puede traer su empleo en los casos en que no está indicado. Es, pues, inadmisibile lo que dice el Dr. Fernández Sanz, de que en esos casos «debe intentarse el tratamiento intrarraquídeo, porque no es lícito privar al enfermo de todos los recursos que puedan intentarse para combatir el mal, por pocas que sean las esperanzas de éxito que se tengan». El Dr. Fernández Sanz sabe perfectamente que el tratamiento intrarraquídeo no puede hacer que se reabsorba un reblandecimiento en la cápsula interna ó en cualquier porción de la vía piramidal. Nuestros conocimientos actuales sobre la circulación del líquido cefalorraquídeo nos autorizan á no admitir tal posibilidad. Si en un principio no se tuvo una idea clara de las verdaderas indicaciones del tratamiento intrarraquídeo, hoy podemos ya tenerlas y sólo utilizaremos este medio en los casos de lesiones meningo-encefálicas ó meningo espinales con reacciones fuertes en el líquido y también en los casos con reacciones débiles, sobre todo si no mejoran por otros tratamientos.

Precisamente, hay quien opina que la verdadera aplicación de la terapéutica intrarraquídea está en los casos incipientes de meningo-encefalitis sifilítica, es decir, en aquellos en que las reacciones del líquido no son muy intensas.

Así Gennerich lleva á tal extremo esta opinión, en su reciente libro sobre Neurosífilis (1), que en la conclusión principal dice lo siguiente: *La aplicación principal del tratamiento endolumbar no está en su empleo en los procesos metasifilíticos, donde en la mayoría de los casos no ofrece probabilidades de un éxito radical, sino en el tratamiento de todos los estados iniciales de la inflamación meníngea.*

Para explicar el fracaso del tratamiento intrarraquídeo en ciertos casos de sífilis terciaria, recurre el doctor Fernández Sanz á una distinción especial de las lesiones neurosífilíticas en tres categorías: «primero, las alteraciones específicas; segundo, las alteraciones vulgares y corrientes, y tercero, las alteraciones también vulgares no específicas, pero de carácter degenerativo, no esclerótico». Declaramos no poder entender esta confusa distinción, que parece alejarse de los conocimientos actuales sobre la anatomía patológica de la neurosífilis. No conocemos más lesiones propiamente específicas que las meningíticas, las vasculares y las parenquimatosas (en sus diferentes formas de infiltración circunscrita ó difusa, de gomas, de arteritis, etcétera) y aceptamos como lesiones secundarias reblandecimientos y hemorragias consecutivas á los procesos vasculares sifilíticos, los edemas, las lesiones escleróticas consecutivas á infiltraciones sifilíticas y los efectos mecánicos derivados de la hipertensión del líquido cefalorraquídeo. Estas formas fundamentales de lesiones neurosífilíticas primarias y secundarias y los nuevos hallazgos de infiltración espiralética ya de las meninges, ya de los vasos ó ya del parénquima nervioso (2),

son las modalidades esenciales de las lesiones sifilíticas que debemos retener claramente para establecer diagnósticos, pronósticos y tratamientos. Los esfuerzos del laboratorio se dirigen actualmente á permitirnos con más seguridad el diagnóstico preciso de cada una de estas formas, uniendo los signos del laboratorio á los datos que obtenemos en la clínica y ello es de una importancia transcendental, pues una vez conseguido un diagnóstico claro de la forma de lesión sifilítica, estamos capacitados para hacer un pronóstico y para escoger la forma de tratamiento más adecuada.

Y esto nos conduce á discutir también algunas afirmaciones del Dr. Fernández Sanz sobre el diagnóstico, las cuales nos parecen erróneas. Al hablar de la tabes nos dice que «es una enfermedad que se ha diagnosticado y se diagnostica perfectamente desde el punto de vista clínico», y aunque reconocí que los progresos modernos de la anatomía patológica permiten ampliar el concepto clínico de la tabes á casos con escasos síntomas, que antes no se diagnosticaban de tabes, añade luego: «Pero sentado que el diagnóstico clínico de la tabes es perfectamente legítimo, fácil de hacer y que no necesita ayudas extrañas, tengo que decir que las reacciones de la sangre y del líquido cefalorraquídeo son un elemento interesante que marca orientaciones muy fecundas en cuanto al pronóstico y tratamiento.»

En nuestra opinión el diagnóstico clínico de la tabes es igual que el de la parálisis general. Cuando se hace un diagnóstico exclusivamente clínico, el proceso está muy avanzado y los resultados terapéuticos han de ser menores que en los casos incipientes. De ahí que los esfuerzos de los clínicos deben encaminarse á conseguir un diagnóstico precoz antes de que aparezca el cuadro clínico completo de cualquiera de estas afecciones, y como esto no se puede conseguir por la clínica que ya ha dado de sí todo lo que podía dar, de ahí que tengamos que dirigir nuestras miradas a esas «ayudas extrañas» de que habla el Dr. Fernández Sanz, es decir, al laboratorio, á cuyos datos sólo les encuentra en la tabes un valor pronóstico y de guía terapéutica.

Nuestros recientes estudios sobre la cuestión, encaminados al diagnóstico precocísimo de la tabes y de la parálisis general por medio de los análisis del líquido cefalorraquídeo y de la sangre, nos permiten afirmar, que si bien en algunos casos con escasos síntomas clínicos, no conseguimos la solución de nuestras dudas diagnósticas, en un cierto número de otros casos el auxilio del laboratorio nos permite hacer un diagnóstico de tabes varios años antes que se haya constituido un cuadro clínico claro de la afección. Esto nos permite conseguir curaciones (provisionales) más fáciles en estos casos incipientes, los cuales, dejados evolucionar, llegarían á presentar lesiones escleróticas irreparables.

A punto de publicar tenemos las historias clínicas de varios casos de tabes incipiente, diagnosticados por otros especialistas, ya de trastornos endocrinos y de reumatismo, y luego de meningomielitis sifilíticas, en vista de los hechos obtenidos por nosotros con el auxilio del laboratorio. Nosotros hemos pretendido en un tra-

(1) Gennerich: «Die Syphilis des Zentralnervensystems, ihre Ursache und Behandlung», Berlin 1921.

(2) Véanse sobre este particular los numerosos trabajos de Huel que citamos en nuestro libro.



bajo previo (1) aislar este grupo de casos incipientes, en período preclínico con la designación de *pretabes*, usada ya antes por Antoni (2) en 1914. En nuestro próximo trabajo llamamos la atención sobre la posibilidad de este diagnóstico precocísimo en algunos casos y sobre las razones que apoyan esta manera de pensar. Digamos ahora aquí solamente, que en el diagnóstico de la tabes son utilísimas las «ayudas extrañas» del laboratorio, si queremos avanzar en la precocidad de nuestros diagnósticos y, por tanto, en el éxito de nuestros pronósticos y tratamientos.

En el futuro debemos aspirar á que el diagnóstico de la tabes sea en su período preclínico y pensar sobre su diagnóstico clínico, lo que ha dicho Moynihan (3) de la perforación de la úlcera duodenal en el Congreso de cirujanos americanos en Montreal: «Que no la consideraba como un síntoma de la enfermedad, sino como una censura á la capacidad de la profesión».

Pasemos ahora á tratar del problema diagnóstico de la parálisis general. El Dr. Fernández Sanz que en el Congreso Nacional de Medicina no aceptaba la existencia que nosotros defendíamos de una pseudoparálisis general sífilítica, difícilísima de diferenciar por los medios clínicos y de laboratorio, en este reciente trabajo la admite, aunque con grandes reservas.

Decíamos nosotros entonces, que dada la existencia de algunos casos de esta rara afección, siempre nos quedará la duda científica ante un caso curado de parálisis general, sobre la posibilidad de que fuese un caso de pseudoparálisis general sífilítica. Y decíamos entonces que sólo cuando tengamos estadísticamente recogidos muchos casos de parálisis general curados, podremos creer que esta enfermedad es curable, dado que sólo hay algunos raros casos de pseudoparálisis general sífilítica. Por eso hemos dicho también en nuestro libro citado (pág. 61): «Esta duda que puede presentarse en un caso particular, aunque no en una serie de casos estadísticos, dada la rareza de la pseudoparálisis, complica aún más el problema, actualmente indefinido, de la posible curación de la parálisis general incipiente».

Véase, pues, cómo para nosotros esta cuestión sólo tiene importancia para decidir *el problema de la posible curación* de la parálisis general, pero de ningún modo para el *diagnóstico práctico* de la parálisis general, dado que sólo podremos equivocarnos en algún rarísimo caso de pseudoparálisis general que hayamos considerado como de parálisis general, y tratado como tal, con lo cual no habrá perdido nada el enfermo, sino todo lo contrario.

Por esto decimos en nuestro libro (pág. 58): «Por lo general puede diferenciarse clínicamente la parálisis general de las pseudoparálisis mencionadas, sobre todo en los períodos avanzados; pero en casos excepcionales ó incipientes esta diferenciación no se consi-

gue más que tiempo después de seguir el curso clínico ó por el estudio ulterior postmortal»; y luego: «El diagnóstico actual es, por tanto, de gran probabilidad, teniendo en cuenta, tanto el cuadro clínico como los signos de laboratorio; pero nunca absolutamente seguro.»

El Dr. Fernández Sanz que á regañadientes admite ahora la existencia de casos de pseudoparálisis, indiferenciabiles de los de parálisis general, al discutir la significación del hecho involucra erróneamente esta cuestión, de índole principalmente terapéutica, para darle un giro diagnóstico que no tiene y nadie le dió, y aludiéndonos claramente dice: «Los que desde el punto de vista especulativo principalmente han trabajado en estos asuntos, ó algunos, por lo menos, han llegado, á la conclusión de que sólo puede diagnosticarse en firme la parálisis general por la anatomía patológica ó por los resultados del tratamiento y curso de la enfermedad, observados durante muchos años.»

A esta confusión debemos oponer tres argumentos: 1) que no es trabajar «especulativamente» el estudiar anatomopatológicamente casos diagnosticados por la clínica y el laboratorio de parálisis general, y encontrar que las lesiones son un goma extenso ó múltiples lesiones meningocorticales; de lo cual podemos presentar preparaciones y fotografías de cerebros 2); que es bastante diferente lo que hemos escrito sobre el diagnóstico clínico o práctico de la parálisis general; 3) que entre los que han sospechado que los casos de parálisis general descritos como curados pudieran ser casos de pseudoparálisis, hay autoridades como Alzheimer, Nonne, Southard y Solomon que han investigado el problema de la neurosífilis, no sólo clínicamente, sino también desde su aspecto anatomopatológico.

Al continuar la discusión del tema dice el Dr. Fernández Sanz, que si un caso diagnosticado clínicamente de parálisis general se cura ó mejora persistentemente «los que sostienen el criterio anatomopatológico nos objetarán que era un error de diagnóstico, y que no se trataba de una verdadera parálisis general, sino de una pseudoparálisis. Pero ¿en qué se fundan? Solo en que la parálisis general la consideran incurable»; y luego añade: «El círculo vicioso no puede ser, por consiguiente, más patente».

Es sensible esta aparente incomprensión del problema científico en persona como el Dr. Fernández Sanz. Que la parálisis general es incurable con el tratamiento intravenoso, creemos que nadie lo duda en el mundo ó al menos así lo dicen todos los libros. Si un caso se cura por un ligero tratamiento intravenoso ¿no hay justificación para pensar que el diagnóstico haya sido equivocado? Y si además sabemos que hay algunos raros casos diagnosticados de parálisis general por todos los medios modernos y que muertos á consecuencia de enfermedades intercurrentes en pleno proceso, el estudio histopatológico demostró que sólo tenían lesiones difusas y múltiples de sífilis cerebral, ¿no son éstas razones suficientes para suponer, dado que los casos de parálisis general descritos como curados son también raros en la literatura, que estos fueron casos de pseudo-

(1) Lafora: «El diagnóstico prematuro en la parálisis general y de la tabes», (EL SIGLO MEDICO, 19:0).

(2) Antoni: «Ueber Pratabes», (Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1914).

(3) Notas de Urrutia en Los Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 15 de Febrero de 1921.



parálisis general sífilítica? ¿Hay, por el contrario, alguna razón lógica para suponer que con un ligero tratamiento intravenoso se pueda curar una enfermedad cuyas lesiones son tan graves y difusas como los de la parálisis general y que todos los autores reputan incurables? ¿En donde está ese «círculo vicioso» de que habla el Dr. Fernández Sanz? Creemos que no puede llamarse tan fácilmente *círculo vicioso* á la experiencia de todos los investigadores y de todas las naciones.

Por eso deja atónito el espíritu el leer en el artículo del Dr. Fernández Sanz: «Creo que, sin negar en absoluto la existencia de las pseudoparálisis generales sífilíticas, debe limitarse este concepto á aquellos síndromes que se parecen mucho á la verdadera parálisis general progresiva, pero que es posible diferenciarlos de ella por los procedimientos clínicos y de laboratorio».

Precisamente el tema que se discute es: que estando ya comprobada la existencia de algunos casos de pseudoparálisis, indiferenciables por todos los métodos de diagnóstico moderno, surge la duda ante un caso particular de parálisis general curado aparentemente, de si no se tratará de un caso de pseudoparálisis. Por esta causa el problema de la curación definitiva de la parálisis general no podrá ser resuelto hasta que se tengan muchos casos curados por los procedimientos modernos, en cuyo momento, aun *sin haber confirmado anatomopatológicamente el diagnóstico clínico*, podemos aceptar que una gran mayoría de ellos, si no todos, eran de verdadera parálisis general que se ha curado.

Ese momento no ha llegado todavía y muchos autores modernos dudan que llegue mientras no se descubran nuevos métodos de tratamiento.

Para terminar, queremos recoger lo que dicen sobre el discutido diagnóstico diferencial, entre la pseudoparálisis y la verdadera parálisis general, autores bien modernos. Southard y Solomon (1) dijeron en 1917:

«Nosotros opinamos que nadie puede dar ahora un diagnóstico diferencial preciso entre la forma parálitico-general y la forma difusa no parálitica de la neurosífilis en diversas fases de estas enfermedades aun con

todos los refinamientos del laboratorio. Si esto es así, es impropio el no proporcionar todas las ventajas del tratamiento moderno á todos los casos en los cuales el diagnóstico permanece dudoso entre las formas parálitico generales y las difusas no paráliticas de la neurosífilis. Nosotros recomendamos este tratamiento moderno no sólo en las formas difusas, sino también en las formas iniciales parálitico-generales de la neurosífilis.»

Y Gennerich (1), después de diez años de ocuparse de esta cuestión, ha dicho en 1921: «En la mayoría de los casos con perturbaciones mentales sífilíticas se descubren una serie de características, que permiten bastante bien y sin grandes dificultades un diagnóstico diferencial con la parálisis general. Este caso se presenta, sobre todo, cuando aparecen diversos síntomas somáticos y cuando dominan las lesiones basílicas del proceso sífilítico. Pero el problema es mucho más difícil en los cuadros clínicos combinados, cuando coexisten simultáneamente la parálisis general y la sífilis cerebral, cuando se trata de la pseudoparálisis general, y cuando se ha producido una meningoencefalitis sífilítica, en la que el proceso de difusión metasifilítico, sólo existe en pequeña medida y ofrece un desarrollo lento.»

De todas estas discusiones podemos deducir varias conclusiones, á saber:

1) Todavía no se ha demostrado la curación definitiva de la tabes y de la parálisis general.

2) Estos enfermos deben someterse á un tratamiento indefinido.

3) El diagnóstico futuro de la tabes y de la parálisis general se hará en su período preclínico ó de meningitis latente.

4) El tratamiento intrarraquídeo tiene su indicación precisa en los procesos meningoencefalicos ó meningo-mielíticos de origen sífilítico, pero no en los vasculares puros.

5) El efecto de la terapéutica intrarraquídea depende del proceso meningítico reaccional que determina, el cual hace más permeables los plexos á los medicamentos administrados por vía intravenosa.

22 de Febrero de 1921.

(1) Gennerich: «Die Syphilis des Zentralnervensystems», Berlín, 1921, pág. 87.

(1) Southard y Solomon: «Neurosyphilis», Boston, 1917, pág. 7.

## INDICACIONES DE LA RADIOTERAPIA PROFUNDA (1)

POR EL

DR. JULIAN RATERA

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
93 21 X-918	29	Fibromioma que en la actualidad tiene 13 centímetros de ancho por 10 de alto; el 15 de Agosto último tuvo una hemorragia grande que duró 9 días.	549	438 X	La enferma se halla actualmente todavía en tratamiento, por presentar mucha resistencia para hacerse oligomenorreica; el tumor se ha reducido considerablemente	

(1) Véase el número anterior.



Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
94 29-XI-918	43	Fibromioma que tiene 15 centímetros de ancho por 9 de alto; hemorragias con motivo de las reglas desde hace 10 ó 12 años.	195	186×	Amenorrea en Enero de 1919.	Alta: curada el 6-III-919.
95 30-XI-918	42	Enorme fibromioma que tiene 30 centímetros de ancho por 24 de alto; no hay metrorragias.	78	80×	Solo vino á recibir la primera serie de sesiones.	
96 4-XII-918	44	Utero fibromatoso que ha producido siempre grandes hemorragias.	182	160×	Amenorrea en Marzo de 1919.	Pendiente de la última serie de sesiones para dársele el alta.
97 5-XII-918	50	Enorme fibromioma que tiene 31 centímetros de alto por 32 de ancho; existencia probable desde hace 8 ó 10 años.	590	530×	6-III-919; amenorrea; enorme disminución del fibroma.	Pendiente de la última serie de irradiaciones para darle de alta.
98 13-XII-918	43	Fibromioma que va acompañado de períodos dolorosos que duran 4 ó 5 días; actualmente tiene 11 centímetros de diámetro vertical por 18 de diámetro transversal.	295	256×	14 III 919; amenorrea; mejoría de los síntomas de compresión.	Pendiente de la última serie de irradiaciones para ser dada de alta.
99 13-II-919	41	Fibromioma uterino de 14 centímetros de altura por 18 de ancho; metrorragias desde hace 3 ó 4 años.	140	128×	En tratamiento: solo ha recibido dos series de sesiones.	
100 18-III-919	50	Fibromioma uterino único, intersticial que ocupa el fondo del útero y es de consistencia dura y tiene el tamaño de un puño; existencia de metrorragias con motivo de las reglas y á veces entre ellas, desde hace cinco años.	60	48×	Se halla actualmente en el comienzo del tratamiento.	

Como se ve, la mayoría de ellos entran por su volumen en la categoría de los casos que antes eran incluidos entre las contraindicaciones y que hoy han sido hechos perfectamente curables, gracias á los perfeccionamientos de que ha sido objeto la técnica en estos últimos años.

De las 100 enfermas de fibromas tratadas continuaron el tratamiento hasta la terminación 67 enfermas, todas las cuales han curado, tres han mejorado (casos números 25, 70 y 72) sin haber terminado el tratamiento; en el primero de estos casos, por haber cometido la enferma una imprudencia de orden alimenticio, á consecuencia de la cual estuvo gravísima; afortunadamente para ella, y á pesar de que su fibroma era muy voluminoso y *muy duro*, se redujo considerablemente bajo la acción de las 18 irradiaciones que recibió y concluyó de atrofiarse, desapareciendo completamente, poco tiempo después al llegar la edad de la menopausia, de modo que esta enferma puede dársele como curada.

En realidad, el único caso que ha resistido al tratamiento, no habiéndosele podido hacer pasar de la oligomenorrrea, es el de la observación núm. 70, en la cual se trataba de una enferma de cuarenta y un años, con un fibromioma intersticio sub-seroso muy pequeño, pero muy hemorrágico, padeciendo la enferma de he-

morragias con ocasión de las reglas desde hace dos años, durando el período habitualmente veintiuno ó veintidós días. En este caso sólo consiguió hacersele más débil y menos duradero sin desaparecer por completo.

En el caso núm. 72, es de atribuir más bien á la enferma que al tratamiento la no aparición de la amenorrea, pues debido á resistencia de la misma, para que no se provocase en ella la supresión del período, se presentaba con mucha irregularidad á recibir las irradiaciones, y sólo cuando las hemorragias volvían á hacerse abundantes.

De las restantes enfermas, 14 no siguieron el tratamiento sin causa justificada, y otras cuatro, por distintas causas: una de ellas por una enorme ascitis que se reproducía con tal rapidez, debida á la compresión del fibroma, que fué imposible continuar el tratamiento, no dándose á esta enferma nada más que una serie de irradiaciones; otra de ellas no continuó el tratamiento, pues sin terminar la segunda serie de irradiaciones cayó enferma con la epidemia reinante desde hace tiempo, yendo después á reponerse al campo: sin embargo, la enferma ha sido vista por nosotros hace poco tiempo, y nos ha manifestado que se halla sin hemorragia ninguna desde la época en que recibió las últimas irradiaciones. Por último, en dos de éstas cuatro enfermas se



suspendió el tratamiento, debido á haberse apreciado en ellas síntomas de cáncer, con toda seguridad en la primera, falleciendo al poco tiempo, y muy sospechosos en la segunda, á quien por esta razón ha comenzado á ser tratada por nosotros con aplicaciones intravaginales de radium, habiendo comenzado á mejorar en la actualidad.

Operadas han sido cuatro enfermas, la primera de ellas por haber tenido una metrorragia á continuación de la segunda serie de irradiaciones, la segunda por padecer un fibroma quístico, la tercera por tener hemorragias muy sospechosas de la existencia de un cáncer y la cuarta por decidir operarse en una época en que había comenzado á notar ya los beneficios del tratamiento Roentgen.

Enfermas fallecidas durante el tratamiento sólo hay que registrar dos casos: uno de ellos á consecuencia de una infección peritoneal, y el segundo, por una neumonía epidémica, el verano pasado.

Por último, seis enfermas se hallan actualmente en tratamiento.

*Resultado del tratamiento.*—1.º *Acción sobre las hemorragias.*—Esta acción, sobre la que hemos hecho ya mención en trabajos anteriores, se manifiesta en general de un modo altamente beneficioso, pero con intermitencias que conviene saber á fin de evitar alarmas en las enfermas. Por lo general, el primer período después de comenzado el tratamiento transcurre sin novedad ninguna ó bien es menos abundante y se presenta con cierto retraso, como si el ovario hubiera sufrido una especie de inhibición en sus funciones, pero en la menstruación que se presenta después de la segunda serie parece que se ha perdido el beneficio experimentado en la primera, pues suele ser más intensa y más duradera y acompañada de dolores y de expulsión de coágulos; otras veces después de un período intenso durante tres ó cuatro días, suele quedar una pequeña hemorragia, casi insignificante, pero que en alguna de las enfermas tratadas por nosotros ha llegado á durar hasta treinta y ocho días.

Todas estas modificaciones son indicadoras de las alteraciones que se están produciendo en el ovario, y en general, deben ser interpretadas en sentido favorable, pues generalmente después de ellas, el período siguiente ha solido ser muy escaso y de muy poca duración, retirándose después definitivamente.

Sin embargo, no debe considerarse como curada una enferma después ó á raíz de la primera supresión, pues en las primeras enfermas tratadas por nosotros hicimos esto y el tiempo se encargó de demostrarnos que en estas condiciones no quedan esterilizadas por completo, por cuanto algunas de ellas volvieron á tener nuevas hemorragias pasado algún tiempo, por lo cual fué necesario irradiarlas de nuevo.

Para evitar esto, hemos aconsejado ya y lo volvemos á repetir de nuevo, que una vez conseguida la amenorrea, se hagan á los enfermos irradiaciones complementarias para concluir de esterilizar completamente los ovarios, pues como las investigaciones de Reifferscheidt han demostrado, con dosis insuficien-

tes son esterilizados los óvulos maduros y los próximos á madurar, pero los restantes no son destruidos, y más adelante, transcurrido un tiempo más ó menos largo, entran en actividad, haciendo reaparecer el período.

Cuando después de recibidas tres ó más series de aplicaciones las hemorragias no ceden, es preciso investigar con cuidado á qué causa puedan obedecer, pues si bien en algunas ocasiones ceden continuando el tratamiento, en otras pueden ser reveladores de una degeneración maligna de los fibromas, siendo entonces necesario aconsejar á las enfermas ó la operación ó un tratamiento radiumterápico, según las condiciones en que se hallen.

*Acción de los rayos Roentgen sobre el fibroma.*—Ya hemos expuesto antes los hechos, en virtud de los cuales se admite hoy como indudable la acción directa de los rayos Roentgen sobre el fibroma. Clínicamente esta acción se revela por la disminución de su volumen, que según las técnicas empleadas y las cantidades de rayos dados con ellas es más ó menos rápida. Así, Runge vió reducciones en un 25 por 100 de sus casos, Albers-Schönberg en 45 por 100, de los cuales hubo completa ó casi completa desaparición en 18 por 100 de los casos, sin haber observado nunca un crecimiento de ellos durante el tratamiento. Siegel comprobó en 36 casos de miomas irradiados, 20 veces completa desaparición, y en los restantes casos intensa reducción. Alban Köhler calcula las reducciones en un 30 por 100 de los casos, y Fränkel vió reducción de los miomas en  $\frac{3}{4}$  partes de sus casos.

En los casos tratados por nosotros hemos comprobado una reducción casi constante del volumen de las fibromas, tanto más rápida cuanto más rápido era su crecimiento y mayor la dosis dada.

En algunas ocasiones, antes de apreciar nosotros una evidente disminución de su volumen, era apreciada por las enfermas, que sentían aliviarse y disminuir sus síntomas de compresión y por una disminución de la dureza de los mismos, al mismo tiempo que se hacían movibles poco á poco en el vientre. En el transcurso del tratamiento se acentuaba esta reducción cada vez más, hasta el punto de que generalmente hemos dado el alta á las enfermas con una reducción de la mitad ó de las  $\frac{2}{3}$  partes del volumen que tenían los fibromas antes del tratamiento. Como Albers-Schönberg ha señalado, la disminución de los fibromas continúa mucho tiempo después del tratamiento, habiendo tenido ocasión de comprobar en una enferma (caso número 10), cuyo fibroma llegaba próximo al ombligo, y que cuando fué dada de alta (24-VII-914) se había reducido  $\frac{2}{3}$  partes, su completa desaparición cuando volvió á nuestra consulta un año después para que apreciase el estado en que había quedado. En varios otros casos hemos comprobado igualmente importantes reducciones de volumen mucho tiempo después de dada el alta á las enfermas, sobre las apreciadas durante el tratamiento.

El estado general de las enfermas mejora notablemente á partir sobre todo de la mitad del tratamiento.



en adelante, recobrando rápidamente el apetito y las fuerzas. En los casos en que había manifestaciones cardíacas (corazón miomático) y renales cedían rápidamente bajo la influencia de las irradiaciones. La anemia de las enfermas era reemplazada por una coloración normal de los tejidos, por aumentar rápidamente el contenido de hemoglobina de la sangre, al que Albers-Schönberg concede gran importancia en sus modificaciones, puesto que da datos sobre la significación diagnóstica y pronóstica, pues en los casos en que queda invariable y permanentemente bajo, despierta la sospecha de que no puede tratarse de un mioma puro, sino de una degeneración maligna; sin embargo, este autor hace notar que en enfermas de la clase pobre permanecen bajo, aun obtenida la mejoría, por la imposibilidad de recobrar las fuerzas en condiciones normales.

Entre las manifestaciones generales que son modificadas por el tratamiento, una de las que más favorablemente es influenciada es el flujo blanco, que hemos visto desaparecer casi constantemente cuando no eran de naturaleza infecciosa, suprimiéndose poco a poco, después de haberlo hecho, el período y á compás de las modificaciones que iba sufriendo la mucosa uterina, afecta de catarro en casi todos los casos de fibroma.

Las manifestaciones desagradables que notan las enfermas durante las aplicaciones, especialmente desde la segunda mitad del tratamiento en adelante, son de atribuir principalmente á la modificación brusca que durante los días de las sesiones sufren las funciones ováricas, á las que vienen á sumarse aquellas otras que acompañan de un modo casi constante á las sesiones de röntgenterapia, tales como malestar, náuseas, en algunas ocasiones (muy raras afortunadamente) vómitos, pérdida de fuerzas, etc. Estas manifestaciones duran todavía dos ó tres días después de terminadas cada serie de irradiaciones, y en ocasiones hasta siete ú ocho días, desapareciendo entonces por lo general para volver á presentarse de nuevo en las próximas sesiones. Sin embargo, en algunas enfermas no desaparecen por completo, como lo demuestra el recuerdo del olor de ozono y vapores nitrosos que hay en todo gabinete de Roentgenterapia, cuyo olor se hace tan penoso á las enfermas durante el tratamiento.

De mencionar son en este sentido las llamadas borracheras Roentgen, por Schmidt y Gato-Roentgen, por Gauss, que según el primero de dichos autores sería debido á una hiperleucocitosis transitoria, que aparecería mientras la dosis de rayos Roentgen no pasase de 400 X por sesión; al pasar de esta dosis no se presentaría esta leucocitosis, porque se pasaría de la dosis de estímulo y el Roentgenkater no aparecería.

Antes de terminar este capítulo señalemos la influencia beneficiosa que la reducción del fibroma tiene sobre las funciones intestinales, pues es muy frecuente ver desaparecer constipaciones pertinaces debidas á la compresión que el fibroma ejercía sobre el intestino, y en algún caso en que las deposiciones eran suma-

mente difíciles, las enfermas han visto con el natural agrado el recobro del funcionamiento normal del intestino, como actualmente hemos podido comprobar con una enferma que se halla próxima á ser dada de alta.

En ocasiones y cuando ha habido que hacer muy bajas las irradiaciones, se han presentado en algunas enfermas, afortunadamente sólo en dos ó tres, los síntomas de una cistitis, que sólo en una de ellas persistieron durante algún tiempo, desapareciendo muy pronto en las restantes.

Los *síntomas de supresión* han sido benignos en la inmensa mayoría de las enfermas, y sólo en contadísimas de ellas han alcanzado alguna intensidad. Desde luego el tratamiento no ha sido nunca interrumpido por ellas, aun en los casos más intensos, y han ido desapareciendo poco á poco una vez dada el alta á las enfermas.

Generalmente han consistido en llamaradas de calor, que es lo más frecuentemente observado, crisis de sudor, sensación de calor y palpitations, y su aparición es muy lenta en los casos en que las enfermas son tratadas por técnicas suaves, como la de Hamburgo. En cambio, con las altas dosis dadas por la escuela de Freiburg alcanza en algunos casos gran intensidad.

Su aparición es de interpretar siempre como un síntoma favorable para la marcha del tratamiento y en contra de la opinión de Menge, el cual vió graves manifestaciones de supresión en enfermas jóvenes, no creemos como él que haya que limitar la radioterapia á las enfermas que tengan más de cuarenta años, pues en las enfermas que hemos tratado nosotros, con una edad inferior á ésta, no se han presentado más intensas, habiendo tenido aproximadamente la misma intensidad en todos los casos, y adquiriendo gran intensidad, cualquiera que fuese la edad de la enferma, cuando por una circunstancia cualquiera ha habido que prolongar mucho el tratamiento.

Antes de hablar de la técnica y de las indicaciones y contraindicaciones, séanos permitido un breve resumen de los resultados obtenidos con el tratamiento Roentgen en otras enfermedades ginecológicas, tales como metrorragias, diversas metropatías, tuberculosis de las anejas, y, por último, en tres casos tratados por nosotros de provocación de amenorrea bajo fines terapéuticos.

De *metrorragias* hemos tratado ocho casos, en los que fueron obtenidas 6 curaciones completas, una oligomenorrea y una enferma fué operada.

La enferma que quedó oligomenorreica fué tratada por nosotros desde el 5 de Octubre de 1918 al 4 de Diciembre del mismo año; había tenido en Agosto de 1918 una hemorragia abundantísima que puso en grave peligro su vida, y en opinión de su médico de cabecera esta metrorragia había sido producida por una matriz fibrosa, aunque no se hallaba aumentada de volumen. El tratamiento condujo felizmente á la oligomenorrea, suspendiéndose por orden del mismo médico que nos la había enviado, á fin de no hacer apare-



cer la amenorrea en la enferma, dada su edad, pues sólo tenía treinta y tres años.

Cuanto á la enferma que fué operada, nos fué enviada en la seguridad, por parte de su médico, de que no padecía nada más que metrorragias; sin embargo, el hecho de haber aparecido muchos años después de

hallarse amenorreica, el carácter de la hemorragia, que era continua, y el hecho de que no obedeciese á dos series de irradiaciones que se le hicieron, hizo que al reconocerla con más atención se apreciase la existencia de un cáncer en el cuerpo del útero, del que fué operada.

### METRORRAGIAS

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
1 14-VII-914	40	Metrorragias desde hace un año, sin mioma; útero normal.	108	208 X	Amenorrea; fué hecho el tratamiento en dos temporadas	Alta: curada desde el 31-V-918.
2 23-XI-914	58	Metrorragia sin lesión uterina	54	96 X	Después de la 2.ª serie y reconocida nuevamente la enferma se apreció un cáncer del cuerpo del útero.	Operada.
3 4-III-917	46	Metrorragias con ocasión de las reglas desde hace dos años, pero más intensas desde hace 15-18 meses.	366	160 X	Amenorrea en Mayo de 1917.	Las últimas sesiones fueron dadas en Noviembre de 1917, por haber descansado la enferma durante el verano; alta el 22 XI-917.
4 17-XII-917	45	Metrorragias muy abundantes de origen ovárico desde hace 6 años.	117	123 X	Ultimo período del 7 al 14 de Febrero de 1918.	Alta: curada el 22-III-918.
5 22-I-918	47	Metrorragias abundantes desde hace 8 ó 10 años, muy intensas desde hace 2 años.	235	148 X	Amenorrea: Mayo 1918.	Alta: curada, Mayo 1918.
6 29-V-918	45	Metrorragias desde hace varios años.	206	212 X	Amenorrea en Agosto; después y á consecuencia de una emoción intensa, volvió á tener otra vez algo de hemorragia, quedando nuevamente amenorreica en Marzo de 1919.	Alta el 5-IV-919.
7 5-X-918	33	Metrorragias desde hace un año; en Agosto tuvo una abundantísima, que duró 14 días y fué muy intensa 7 días.	198	191 X	Oligomenorrea; no se siguió después el tratamiento.	Oligomenorrea.
8 26-XI-918	44	Hace 5 años padeció una endometritis sufriendo un raspado; hace 3 años un aborto, y hace 3 meses otro, que motivó un segundo raspado; actualmente tiene intensas metrorragias, á consecuencia de las cuales se aconseja la radioterapia.	254	224 X	Amenorrea: Febrero 1919.	Alta: 20-III-919.

Casos de *metropatías* han sido tratados diez, de los cuales tres han curado completamente, dos se hallan en tratamiento y de los otros cinco casos, dos no continuaron, después de haber recibido dos series de irradiaciones; dos mejoraron, hallándose una de ellas casi amenorreica y en amenorrea la otra, pero sin que hayan desaparecido los dolores, cosa explicable, dado el diagnóstico de salpingoovaritis que tenía.

El décimo caso tratado por radioterapia concierne á una enferma de veintiocho años, afecta de metritis hemorrágica; la enferma padecía además de hemofilia: todos cuantos esfuerzos se hicieron fracasaron, falleciendo la enferma completamente desangrada en uno de los intervalos de descanso de las irradiaciones.



## METROPATÍAS

Número; fecha de comienzo.	Edad.....	Diagnóstico.	Minutos de irradiación.....	Dosis.....	Curso.	Resultado definitivo.
1 8-I-915.	37	Ovaralgia muy intensa y dismenarrea membranosa dolorosísima; útero en ante-flexión.	329	524×	Muy favorable: las molestias desaparecieron por completo.	Alta: curada desde el 30-III-915.
2 17-VIII-915	36	Dismenorrea dolorosa desde hace 2 meses.	115	120×	Mejorada.	La enferma no continuó el tratamiento después de la 2. <sup>a</sup> serie de sesiones.
3 9 X 916	19	Endometritis y anexitis dolorosas; existen hace 1 ½ años.	76	54×	Mejorada.	La enferma no recibió nada más que dos series de sesiones.
4 23-IX-916	59	Diagnosticada de cáncer uterino (?).	148	182×	Amenorreica desde la 1. <sup>a</sup> serie de sesiones que se le dieron: sin embargo, el tratamiento se prolongó mucho para combatir los dolores que tenía.	La enferma fué dada de alta el día 3-VII 917.
5 13-I-917	36	Operada hace 3 años de una retroversión; actualmente padece una salpingo ovaritis del lado izquierdo, muy dolorosa.	284	180×	La enferma ha quedado amenorreica, pero los dolores no se le han quitado.	Mejorada.
6 10-X-917	48	Metritis hemorrágica en una matriz fibrosa; hemorragias menstruales muy abundantes desde hace 4 años; ha sido legrada, pero sin resultado.	465	300×	Amenorrea muy acentuada.	Las últimas sesiones se dieron del 13 al 16 de XI 918.
7 5-II-918	40	Metropatía hemorrágica, probablemente de origen ovárico existencia desde hace 23 años: ha sufrido 4 raspados, sin resultado.	373	462×	La enfermedad ha sido muy rebelde; sin embargo, se consiguió provocar la amenorrea en Diciembre 1918.	Alta: curada el 21-I-919.
8 13-V-918	28	Metritis hemorrágica en una hemofílica; existencia de hemorragias desde la edad de 16 años, mucho más intensas desde hace 4 años.	216	172×	Las hemorragias se hicieron incoercibles, falleciendo la enferma en uno de los intervalos de descanso de las irradiaciones.	
9 14-II-919	45	Metritis desde hace 10 años; existencia de metrorragias muy antiguas, pero intensísimas desde hace 4 meses..	119	112×	Solo ha recibido dos series de sesiones, hallándose actualmente en tratamiento.	
10 11-III-919	41	Metritis crónica no gonocócica; existencia de molestias desde hace 4 años.	38	40×	Ha recibido solamente muy pocas sesiones, hallándose actualmente en el comienzo del tratamiento.	

Queda por hablar de los casos de *tuberculosis* tratados, así como de aquellos en los que se intentó *provocar la amenorrea* bajo fines terapéuticos.

Sólo hemos tratado dos casos de *tuberculosis*; el primero, que curó, presentaba una infiltración tuberculosa peritoneal, situada en el lado izquierdo del vientre. La enferma se quejaba de la existencia de molestias desde hacía diez y ocho años, que se habían acentuado mucho desde los diez últimos años y su período duraba tres ó cuatro días, siendo muy escaso y yendo acompañado de dolor el primer día y sólo las primeras horas.

En esta enferma se consiguió hacer desaparecer la

infiltración peritoneal desde las primeras irradiaciones, dándosele de alta oligomenorreica y desaparecidas todas las molestias.

En el segundo caso se trataba de una enferma que tenía anexitis tuberculosa muy en sus comienzos, con existencia de molestias en el lado izquierdo del vientre, molestias que se agudizaban durante el período. Esta enferma volvió muy mejorada después de la primera serie de irradiaciones y recibió la segunda, siendo operada después de ella, por no poder venir á Madrid, dado lo lejos de su residencia habitual.

(Se continuará.)



## Bibliografía.

PAIDOPATÍA, tratado didáctico de Pedriatría, por el Dr. Baldomero González Alarcón.

Siempre que aparece un libro español de Medicina tenemos una gran satisfacción, pues no hemos de estar constantemente supeditados á los libros extranjeros, y si como ahora sucede, es un libro personal que retrata la manera de ser y pensar de su autor, teniendo por tanto el carácter original del que lo escribe y lo concibe, nuestra satisfacción es mayor todavía,

En España, ya lo hemos dicho y demostrado á nuestros ilustrados lectores, la especialidad de las enfermedades de los niños ha sido indudablemente la primera nación donde se ha cultivado. Los famosos maestros del siglo XVI Lobera de Avila y Huarte de San Juan escribieron—entre otros—admirables artículos sobre estas disciplinas y posteriormente han sido plagiados los principales estudios de estos grandes maestros orgullo de nuestra patria.

Cuando no estaba incluida en las enseñanzas oficiales del extranjero y muchísimo menos en nuestra patria esta especialidad, en el siglo pasado, nuestro eminente compatriota el Dr. D. Mariano Benavente creó en España esta especialidad, pues como médico-jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz, dedicó toda su poderosa influencia á esta especialidad aprovechando el magnífico material clínico que le ofrecía este departamento, único en Madrid—y sigue siéndolo en la actualidad—donde prácticamente se pueden estudiar las enfermedades del recién nacido y del niño de pecho, pues no hay otra clínica donde se reciban y cuiden estos niños de esta edad.

El Dr. González Alvarez sucedió al Dr. Benavente, y como ejerció muchos años en esta clínica como médico jefe, la gran experiencia adquirida á la cabecera de los enfermitos le han permitido componer este libro, que, repito, sintetiza la manera de ser de tan distinguidísimo y reputado compatriota.

Forma un abultado tomo, con grabados y fotografías de casos clínicos y cuya lectura y estudio me permito recomendar á mis lectores.

DR. BALTASAR HERNANDEZ BRIZ.

## Periódicos médicos.

### SIFILIOGRAFÍA

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Neuritis doble por tumor cerebral sífilítico. — El Dr. Constantino Herdocia publica la siguiente historia clínica:

M. G. de T., veintisiete años, oficios domésticos, natural de las provincias vascongadas (Pamplona, España), hace doce años llegó á San José de Costa Rica.

A. H., padre muerto de pulmonía á la edad de cuarenta y cinco años: madre vive aún gozando de muy buena salud.

A. P., ha estado siempre bien, no ha sufrido más que de tos ferina cuando niña.

Se casó hace diez años, ha tenido dos hijos, están muy sanos, el mayor tiene nueve años de edad y el menor tres y medio.

Ulteriormente ha tenido dos abortos, el primero de siete meses y el segundo de seis, sin haber habido ningún antecedente que los provocara.

Enfermedad actual. — El 15 de Julio de 1919 la paciente empezó á sentirse con fuertes mareos y metrorragia, llamó

á su médico y habiéndole encontrado anquilostomas (enfermedad endémica en Costa Rica) le dió su tratamiento por el timol; diez días después los mareos progresaron con mayor intensidad y de golpe le vinieron atroces dolores de cabeza, náusea continua día y noche; pulso muy lento, hasta 34 pulsaciones por minuto, hormigueo en los brazos, debilidad general; pérdida súbita de la visión; la enferma no podía andar, la paciente hacía esfuerzos por enderezarse y no podía. Un reputado cirujano de esta capital diagnosticó tumor cerebral, habiendo hecho un pronóstico fatal para la paciente; aconsejó hacer una radiografía que no se pudo llevar á efecto por la dificultad que tenía la enferma de moverse.

En ese estado fui llamado á ver á la paciente y procedí á hacerle el examen de los ojos. Encontré pupilas dilatadas con poca reacción á la luz, tensión de los ojos normal, no puede contar los dedos, y habiéndole hecho pasar una luz muy fuerte en la obscuridad de su cuarto, apercibía únicamente la claridad en ambos ojos.

Procedí á hacerle el examen oftalmoscópico y encontré una neuritis doble, vasos filiformes, muy tortuosos, y grandes hemorragias en medio de los vasos (papille etranglées ædeme papillaire), la papila está hiperemiada, roja, las venas centrales son voluminosas y flexuosas; las arterias al contrario están disminuidas de volumen y en partes recubiertas por exudados. La papila había perdido la claridad de sus contornos; estaba grande y saliente, tumefacta, invadida alrededor de pequeñas hemorragias, cuya forma alargada hacía resaltar la disposición radiada de las fibras nerviosas.

Este proceso inflamatorio había traspasado la papila é invadido la retina (neuro-retinitis); si está lesión progresa llega fácilmente á la atrofia del nervio.

La paciente tenía hemianopsia temporal, ó sea la pérdida de la mitad externa del campo visual, que corresponde á una lesión del ángulo anterior ó posterior del quiasma, es decir, á una lesión que interesa á la vez los dos fascículos cruzados de los nervios ópticos (tumores de la región pituitaria, Fournier), no tenía la parálisis ocular que se observa frecuentemente en los tumores cerebrales.

El licenciado Viquez, anatomopatologista del Laboratorio del hospital San Juan de Dios, le hizo por mí la indicación, la reacción de Wassermann, y le encontró reacción muy positiva; le practiqué la punción lumbar y le retiré 3 c. c. de líquido cefalorraquídeo, y el examen dió una linfocitosis marcada, lo que me hizo fijar más la atención en favor de la naturaleza sífilítica y emplear un tratamiento enérgico específico.

Empecé inmediatamente á inyectarle en las venas una serie de neosalvarsan Billón, le ponía cada cuatro días una, hasta concluir las 6; y además una tanda de inyecciones de biioduro de mercurio, alternando con cianuro; en el espacio de seis meses le he puesto cerca de 60 inyecciones.

Con la primera de neosalvarsán la paciente notó una gran mejoría, y cuando había concluido la serie, la enferma distinguía mis dedos y los objetos del cuarto, lo que vino á confirmar mi diagnóstico. Desde hace algún tiempo la enferma toma altas dosis de ioduro de potasio y le inyecto estricnina.

Hoy día la enferma anda perfectamente bien sola por las calles de la capital y se ocupa de sus negocios.

Estado actual de sus ojos:

Examen oftalmoscópico: Ojo derecho. Papila blanca, vasos tortuosos, pero de calibre normal, no hay ninguna hemorragia; cuenta los dedos de la mano perfectamente bien á 5 metros de distancia  $V = \frac{1}{10}$  con esf.—2.

Ojo izquierdo. Papila más blanca que el ojo derecho, vasos tortuosos, no hay hemorragias, ha desaparecido por



completo en ambas retinas, cuenta los dedos á 3 metros V =  $\frac{1}{3}$  con esf.—1 de la escala de Wecker.

Vi á la paciente hace veintidós días y encuentra siempre mejoría con el tratamiento iodurado. El estado general de la enferma es perfecto y atiende siempre sus negocios.

Varias teorías existen para explicar la patogenia de esta neuritis óptica de origen intracraniano. De Graefe la atribuye á una éxtasis vascular; Leber á una infección; Schmidt á un exceso de tensión intracraniano; Parinaud á un edema linfático análogo al edema de la substancia cerebral, cuyo nervio óptico es el prolongamiento.

El anillo escleral que atraviesa el nervio óptico favorece la estrangulación y el edema, del mismo modo que una ligadura colocada sobre los miembros; de donde viene el nombre de neuritis edematosa.

*Sitio.*—La neuritis óptica, sobre todo si está asociada á otros síntomas, tiene un gran valor desde el punto de vista de la existencia de un tumor intracraniano; pero no da ninguna indicación desde el punto de vista del sitio del tumor.

La atrofia primitiva de los nervios ópticos es muy rara en caso de los tumores cerebrales.

Esta atrofia ordinariamente parcial, da lugar á diversas variedades de hemianopsia.

La hemianopsia homónima es la pérdida de la mitad izquierda ó de la mitad derecha del campo visual en los dos ojos á la vez. Ella está en relación con la destrucción de uno de los centros visuales corticales ó de uno de los tubérculos cuadrigéminos ó de una bandeleta óptica.

La hemianopsia temporal es la pérdida de la mitad externa del campo visual de cada ojo, corresponde á una lesión del ángulo anterior ó posterior del quiasma, es decir, á una lesión que interesa á la vez los dos fascículos cruzados de los nervios ópticos (tumores de la región pituitaria).

La hemianopsia nasal es la pérdida de dos mitades internas del campo visual, es el indicio de una lesión de dos fascículos directos que interesa á la vez los dos ángulos laterales del quiasma.

La hemianopsia homónima habitualmente es debida á una lesión central, tiene síntomas bien netos, evolución brusca ó rápida, pérdida de dos mitades correspondientes del campo visual sin estrechez periférica, conservación de la agudeza visual, á consecuencia de la integridad de los fascículos maculares; mientras que las otras variedades de hemianopsia temporal ó nasal se presentan con caracteres variables.

Siendo conocido el sitio de las lesiones que producen las hemianopsias se comprende que los trastornos oculares se ven con frecuencia asociados á trastornos de nervios craneanos vecinos (lesiones de los lóbulos olfativos), diplopia; lesiones de los nervios motores del ojo.

Las parálisis oculares que se pueden observar en el curso de los tumores cerebrales se presentan con sus síntomas constantes:

—Estrabismo paralítico, diplopia, etc. Estos síntomas presentan ellos mismos caracteres variables, según que la lesión se encuentre más ó menos sobre el trayecto de las fibras nerviosas, en los troncos nerviosos, en sus raíces, cerca de los núcleos de origen, ó más arriba todavía en la corteza cerebral.

Las convulsiones epileptiformes que acompañan frecuentemente los tumores cerebrales, revisten dos formas distintas: en unos, las convulsiones tienen todos los caracteres de un verdadero ataque de epilepsia; en los otros, las convulsiones son separadas y parciales, se localizan en un miembro, á un lado del cuerpo y constituye la epilepsia descrita por Bravais y Jackson (epilepsia jacksoniana). En esta forma de

epilepsia parcial, el enfermo no pierde conocimiento, las convulsiones comienzan por el brazo y se extienden á la cabeza y á pierna, ó bien comienzan por la cara y se extienden al brazo y á la pierna.

La epilepsia generalizada, variedad de la epilepsia sintomática, no tiene ningún valor desde el punto de vista de sitio del tumor, no es lo mismo con la epilepsia parcial, por ejemplo, localizada á un brazo, á la pierna, es siempre el indicio de un tumor punto determinado de la zona cortical motriz.

Los (gruesos) tubérculos del cerebro, las exóstosis de la bóveda craneana, los gomas sífilíticas de la duramadre y de la región cortical, son las causas de las convulsiones epileptiformes (Fournier).

Hay otros síntomas de tumores cerebrales, por ejemplo la afasia, pulso demasiado lento, el síncope, los ataques apoplectiformes, el coma, etc., etc.

La afasia es transitoria ó permanente, aparece sola ó asociada á trastornos hemipléjicos, puede ser un principio de una sífilis cerebral.

El coma es una manifestación de las más curiosas de los tumores cerebrales, el coma precoz sobreviene bruscamente en las lesiones cerebrales sífilíticas.

El pronóstico de los tumores cerebrales es fatal cuando se trata de tumor maligno, pero cuando es de origen sífilítico, obrando con actividad, se puede curar al enfermo como en el caso descrito. (*Revista Cubana de Oftalmología*, volumen 2.º, núm. 4.)

**2. El origen sífilítico de la diabetes, por Pinard y Vielnot.**—De cada 1.000 observaciones, los autores han hallado 23 glicosúricos ó diabéticos, de los cuales 15 eran sífilíticos ó heredosífilíticos de modo indiscutible.

Desde el punto de vista clínico se puede hacer dos grupos de estos enfermos: los unos, con glicosuria de 10 gramos por término medio; los otros, pertenecientes al grupo de la diabetes clásica.

El origen sífilítico tan frecuente de la diabetes explica algunos de sus síntomas, como las parálisis oculares, la arreflexia y las monoplejías. Explica también la diabetes conyugal, la diabetes contagiosa y ciertas asociaciones mórbidas, como la tabes y el bocio exoftálmico. (*Gazette des Hôpitaux*, 14 de Mayo de 1921. —L. P.

## OBSTETRICIA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Del empleo de la faja ó vendaje abdominal en las púerperas.**—El Dr. Maximiliano González dice que en la mayor parte de los pueblos y ciudades de España, por no decir en todos, se conservan aún un sinnúmero de costumbres que han pasado de generación á generación, y á pesar de que la vida moderna va eliminando bastantes, sin embargo, aún persisten y se practican buen número de ellas.

Relacionadas con la práctica obstétrica, las hay originales y curiosísimas. Yo os expondría una lista muy variada; pero como no es esa la idea de mi modesto artículo, lo dejo para mejor ocasión.

Solamente he de referirme á la costumbre tan extendida entre tocólogos, comadronas y cuantos á la práctica de los partos se dedican, de colocar á las púerperas una faja ó toalla apretada alrededor del vientre inmediatamente después del alumbramiento.

Ese vendaje ó fajadura que colocan desde la cintura á mitad de los muslos, no sólo creo que no sirve para nada, sino que la considero molesta y peligrosa.

Primeramente, dificulta la evacuación del recto y vejiga,



tan necesarios en toda puerpera. Con la retención urinaria se acompaña, en su consecuencia, una dilatación de la vejiga que impide por completo la involución uterina, y efecto mismo de esa repleción urinaria, sobreviene á veces una atonía vesical que hace en algunos casos necesario el uso de la sonda, práctica de por sí peligrosa. Existen frecuentes retenciones del flujo loquial, que en las multíparas son causa de fuertes cólicos uterinos (entueros), ocasionados al expulsar los grandes coágulos que se forman en el interior del útero y vagina. Esa misma retención loquial puede ser causa de infecciones puerperales pútidias.

Recuerdo un caso en el cual no se pudo atribuir una infección puerperal más que á una retención loquial, porque una vez que quité la faja, fuertemente apretada, extraídos los coágulos y limpieza de útero por medio de una inyección intrauterina, colocando acto seguido un drenaje, al cuarto día habían desaparecido por completo todos los fenómenos de infección. Debido á todas estas causas y á lo por mí observado en las clínicas y Maternidades del extranjero, he llegado á convencerme de la inutilidad y el peligro de esa faja ó vendaje, que yo rechazo por completo.

En las Maternidades de Berlín y París yo no he visto nunca colocar ninguna clase de vendaje ó faja después del alumbramiento. La práctica en dichas Maternidades es la siguiente: Terminado el alumbramiento, se sutura el periné (si ha habido desgarro), se hace un lavado externo de vulva y partes adyacentes, con la asepsia necesaria, se aplica un apósito esterilizado de algodón revestido de gasa sobre la vulva y periné y se la coloca en posición horizontal, que se las hace conservar durante veinticuatro á cuarenta y ocho horas. Eso es todo.

En mi práctica proscribo en absoluto el uso de la faja, á pesar de las dificultades grandes que algunas veces tengo que vencer para llevar al convencimiento de la puerpera y la familia de su inutilidad y peligros. Solamente una vez he permitido su uso y únicamente como sostén en una puerpera de enorme topis abdominal.

Yo aconsejo á todos los tocólogos esta práctica, en la seguridad de que han de quedar muy satisfechos de ella. (*La Medicina Práctica*, 1 de Marzo de 1921.)

## DERMATOLOGÍA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

**1. Las lesiones ungueales como elemento de juicio diagnóstico en dermatosis y perturbaciones del estado general.**—El Dr. Sicilia dice que en la mayoría de los casos hay engrosamientos y endurecimientos cuya forma y extensión es distinta; así en la *koiloniquia* los espesados y levantados son los bordes laterales quedando deprimida y cóncava la parte media; en la *screroniquia* la induración y espesamiento es hacia la matriz desapareciendo la lúnula, superficie desigual en color rojo-grisáceo; en la *hiperqueratosis subungueal* ó *paraqueratosis* generalizada á estos elementos, se desarrolla entre el lecho de la uña y la lámina ungueal masa morenuzca, moderadamente consistente de incompleta queratinización que llega hasta 6 milímetros de espesor invadiendo hasta lúnula, más espesa en bordes libres y partes laterales, á veces turbia por sitios resquebrajándose y levantándose en forma de ondas; en la *paraqueratosis* las uñas son rugosas, opacas, espesas, estriadas por surcos curvilíneos transversales con extremo curvado ganchoso y gran hiperqueratosis; en *distrofia* ungueal de los eczematosos son secas, rugosas, quebradizas, sin pulimento, espesadas, á veces adelgazadas, surcadas, de puntos ó estrias longitudinales ó transversales y fisuradas; en la *onicosis* la hipertrofia es re-

gular sin deformación; en la *hapaloniquia* hay placas blandas membraniformes á la terminación de un eczema ó un psoriasis infectado muy extendido á meses con muchos piógenos de los dedos; en la *onicogrifosis* la hipertrofia es irregular, uña espesada, opaca, amarillenta ó negruzca ó delgada, quebradiza y lisa, incurvada; en la *paroniquia* está agrandada irritando los bordes ungueales; en las *asperezas* y *escabrosidades* de uñas, éstas son desiguales, abolsadas, excabado de surcos longitudinales y transversales.

Las atrofia ungueales consecutivas á onixis rebeldes microbianas, parasitarias como el favus y tricoftias, lepra, sífilis, traumatismo violento, psoriasis, grandes eritrodermias, lesiones del sistema nervioso, enfermedades de los nervios, la de Morvan siringomielia, peladas generalizadas, que tienen 2 tipos—en el 1.º la lámina córnea se llena de puntos, se raya longitudinalmente, se hace blanda, estriada y deshace en delgadas láminas córneas dejando al desaparecer su superficie deprimida desigual rosa sucio, estrechada en todos sentidos recubierta de escamas córneas cuyos restos molestan y enganchan, es la *schizoniquia* de los antiguos sifilíticos. El 2.º tipo de niños y jóvenes con matriz retroungueal hinchada, tumefacta, con espeso burlete rojizo retroungueal, algo sensible al tacto, la uña se forma mal, no se produce lámina córnea brillante y pulida, sino simple hiperqueratosis, poco á poco uña rompe, deshace, desaparece y sólo queda ligero vestigio en láminas córneas estriadas más ó menos espesa. La *leuconiquia* ó manchas blancas de las uñas, sobre las que Sabooraud da valor para diagnóstico de estados débiles, neurasténicos.---(*Archivos Dermo-sifilográficos*, Marzo de 1921).

### EN LENGUA EXTRANJERA

**2. Crítica de la ictericia salvarsánica, especialmente de la tardía, por el Dr. P. Tachau.**—La afirmación de que las inyecciones de salvarsán den lugar á la aparición de la ictericia no está demostrada ni mucho menos, y el autor se propone analizar las opiniones acerca del particular. Lo primero que hay que tener en cuenta son las ictericias de origen sifilítico, y no las del período terciario que son tan características, sino las del primario, la atrofia amarilla aguda del hígado, de etiología obscura casi siempre y que bastante á menudo coincide con los síntomas primitivos de la lues. Por otra parte, hay una ictericia benigna designada por Lasch ictericia sifilítica precoz. Es una ictericia ligera ó de intensidad mediana, que aparece en el período primario, que no se modifica por el plan dietético y que cede á la medicación antisifilítica. Esta ictericia ligera y benigna no necesita ir ligada á los períodos en que se manifiesta la actividad de la sífilis; puede aparecer en momentos de lactancia, á veces después de una cura enérgica antisifilítica, y entonces es cuando más á menudo se atribuye á la acción del salvarsán; pero que no es así, lo demuestra el éxito de la terapéutica antisifilítica en la ictericia aludida. Claro que si no se trata, la lues, lo mismo que cualquier otro proceso luético, puede desaparecer sin tratamiento.

En cuanto á la farmacología del salvarsán no ofrece datos en que poder apoyar la hipótesis de la acción nociva sobre el hígado. Es cierto que después de administrarle se queda una porción de él acumulada en esta glándula, como ocurre con todos los medicamentos. Pero la proporción de arsénico que de este modo queda en el hígado, es muy inferior á la que se encuentra en los casos de intoxicación arsenical en que no existe ictericia. Por lo demás, con el tratamiento mercurial también queda mercurio acumulado en el hígado en mayor cantidad que el arsénico en la terapéutica por el salvarsán, y por ello no se producen lesiones. La ac-



ción tóxica del salvarsán no se puede atribuir en absoluto al arsénico que contiene, ni decir que la intoxicación por el salvarsán sea equivalente á la intoxicación arsenical. Los ensayos hechos para comparar la acción tóxica del salvarsán con la de los otros componentes que le integran, no han podido poner nada en claro. La urobilinuria que se suele presentar después de las inyecciones de salvarsán la han interpretado algunos como prueba de la acción nociva del medicamento sobre el hígado. Pero esta urobilinuria es muy ligera, desaparece en dos á tres días y no puede depender nunca de un trastorno tan intenso como el que es necesario para que aparezca la ictericia.

El autor se ha dedicado á administrar cantidades grandes de azúcar y determinar luego la glucosa de la sangre, con el fin de determinar la capacidad funcional del hígado y ver la influencia que el salvarsán y el mercurio ejercen sobre ella. De sus trabajos resulta que á pesar de administración de dosis grandes de los medicamentos citados, la función del hígado no se alteraba, y no sólo esto, sino que en casos de sífilis florida, en los que larvadamente existía una alteración de la función hepática, el salvarsán la suprimía, restableciendo la normalidad en el funcionamiento del hígado. Todo lo expuesto hace pensar á Tachau que la hipótesis que admite entre los accidentes salvarsánicos, la ictericia, por lo menos la ictericia temprana, no tiene fundamento. En cuanto á los casos clínicos en que se apoya, sólo tienen de característico, el momento en que aparece la ictericia, que es inmediatamente después de la inyección. De esta coincidencia, observada por los demás en pocos casos, no se pueden sacar grandes conclusiones. Lo mismo que con la ictericia ligera, ocurre con la atrofia amarilla aguda del hígado.

Por lo que se refiere á la ictericia tardía, se presenta varias semanas ó meses después de la administración del salvarsán, no depende lo más mínimo de la dosis de éste que se administrara. A veces la preceden los mismos pródromos que á la ictericia catarral, pero otras veces no se pueden hallar dichos pródromos. Aproximadamente en la mitad de los casos hay tumefacción del hígado y dolor á la presión. Tan pronto es sumamente ligero y desaparece en seguida, como dura mucho tiempo y se muestra extraordinariamente rebelde al plan dietético. El autor que ha negado la relación entre la ictericia temprana y el tratamiento por el salvarsán se encuentra dispuesto á negar la existencia de la ictericia tardía atribuida también al medicamento. Pasa revista á los trabajos de los diferentes autores que lo han afirmado y de ellos resulta que la mayoría se fundan en la aparición de la ictericia á los tres meses del tratamiento, cuando, según dicen sus autores, el proceso luético ha de encontrarse en plena convalecencia y, por tanto, no se puede atribuir á él el trastorno. Pues precisamente esta época de tres meses después del tratamiento es la más apropiada para que se presenten las recidivas. Y, sobre todo, en estos trabajos se encuentran casos en los que la naturaleza sifilítica del proceso es indiscutible y sus autores pasan sobre ella sin mencionarla ó sin demostrar de modo convincente que no sea la sífilis la culpable. (*Deutsche Med. Wochensch.*, 16 de Febrero de 1921.)

### MEDICINA

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca de la localización de los dolores abdominales, por el Dr. F. Brüning.**—El dolor producido por irritación del peritoneo parietal se localiza siempre y con precisión en el sitio en que se produce, lo mismo en las peritonitis agudas que en las tiranteces de las adherencias peritoneales. Depende esto de que el peritoneo parietal dispone

de una provisión abundante de nervios procedentes de los pares espinales. En cambio, con los dolores que se producen en las vísceras abdominales mismas ocurre una cosa muy distinta. Los dolores de los intestinos se pueden producir por contractura ó por distensión. Entre los primeros, que son los que verdaderamente merecen el nombre de cólicos intestinales, se encuentra el dolor enterítico que es la forma más pura de dolor por contractura. Este dolor se localizará siempre algo por encima del ombligo y en la profundidad del abdomen, y esto aunque su causa asiente en el punto que quiera, por lo que se puede decir que hay en este sitio una verdadera central dolorosa del tubo intestinal. En cuanto al sitio mismo que provoca el dolor es insensible, tanto espontáneamente como á la presión. Algunas veces se puede averiguar cuál es este sitio porque se oye el gorgoteo que hace el contenido intestinal al atravesar la parte estrechada, y, sobre todo, al salir de ella para penetrar en la porción más ancha. Sea cualquiera la región en que se sienta este ruido, el dolor se localizará de un modo constante algo por encima del ombligo. Brüning explica esto porque en el intestino no hay más nervios que los que proceden del simpático, y éstos son los que conducen las sensaciones dolorosas hasta el ganglio celíaco, que está muy relacionado con los nervios espinales. De aquí que para la sensación, el dolor parece que parte del ganglio citado. Aquí el autor está en desacuerdo con Mackenzie, que supone que los nervios simpáticos procedentes del intestino no entran en relación con el sistema nervioso central hasta que llegan á la medula, en donde se conectarían con los nervios sensitivos que proveen la pared anterior del abdomen. Pero los dolores intestinales casi nunca los atribuye el enfermo á la pared abdominal, sino al interior de esta cavidad y más á la pared posterior que á la anterior. Tampoco está conforme con Mackenzie en cuanto á que los dolores procedentes del intestino grueso se localicen por encima de la sínfisis; el autor los ha encontrado localizados, lo mismo que los procedentes del intestino delgado, en el ganglio celíaco, es decir, en un punto situado por encima del ombligo. Otros hechos clínicos favorables á la opinión del autor los tenemos, por ejemplo, en el comienzo de la apendicitis aguda, en la que el dolor se localiza en el epigastrio; en los dolores que se notan á veces en el sitio mencionado en casos de hernias estranguladas, inguinales ó crurales. Los dolores por espasmo gástrico, aunque se localizan en el mismo sitio, no se pueden interpretar con la misma facilidad porque el estómago está muy próximo al ganglio. También en el útero se producen contracciones dolorosas que no se localizan en la pelvis, sino hacia la región de los lomos, y, sobre todo, en los abortos en el segundo ó tercer mes es cuando el dolor, que de localizarse en el sitio en que se produce se percibiría en la pelvis menor, le aquejan las enfermas en la espalda, en la región de los lomos. De sus estudios deduce el autor las dos leyes siguientes: Para las vísceras huecas que se encuentran en la cavidad abdominal y que están provistas de músculos lisos, en tanto están inervadas por el simpático, el dolor por contractura no se localiza en el sitio en que se produce, sino en los ganglios intermedios situados más arriba. Los dolores que se localizan fuera de los ganglios simpáticos grandes demuestran siempre que participa del proceso el peritoneo parietal. La vejiga y el recto constituyen una excepción, porque como quiera que cerca de su terminación están muy provistos de nervios espinales, los dolores se localizan en el sitio donde se producen. Los dolores por distensión se perciben en el sitio de producción por compresión del peritoneo parietal inmediato. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 2 de Junio 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.

Tareas parlamentarias.—Leyes votadas.  
Las utilidades.

Han continuado en las Cámaras con inusitada actividad las discusiones y trámites á que las leyes de carácter sanitario y social han dado lugar. Votada después de su discusión la *ley de Protección de cursos de aguas potables y dotación de ellas en las poblaciones*, faltaba el imprescindible requisito de la votación definitiva en el Senado, para que pudiese pasar al Congreso y llevara allí su laboriosa gestión. De pronto, se anuncia que alguna poderosa entidad industrial, valiéndose de las dificultades reglamentarias que la estación del año favorece y creyéndose dañada en sus intereses, oponía por medio de sus representantes en la Cámara, la dificultad de exigencia del número de votos que constituyen el *quorum* para las votaciones definitivas. Grandes temores é incertidumbres nacieron en el ánimo de los fervientes partidarios de las reformas sanitarias, pero al fin, su celosa actividad y su enérgica actitud lograron vencer las supuestas ó efectivas intrigas, y la Ley fué definitivamente votada en la sesión del martes. ¿Logrará el tan anhelado proyecto la misma buena suerte en el Congreso? ¿No tendremos alguna crisis ministerial que, volcando al actual Gobierno, haga necesaria la clausura de las actuales Cortes y naufraguen con ellas los proyectos sanitarios, como tantas otras veces ha acontecido?

Mucho menor peligro corre el Proyecto de las *Casas baratas* ya aprobado definitivamente por ambas Cámaras y pendiente tan sólo del dictamen de la Comisión mixta, que han hecho necesario las reformas introducidas por el Senado, y sin embargo... no hay que tenerlas todas consigo, pues ya las Cortes anteriores fueron disueltas en el mismísimo caso... y de nada sirvió lo discutido y lo aprobado.

.....  
Esto decíamos hoy, jueves, al comenzar á tirarse nuestro número. A la tarde sabemos que las Cortes se han cerrado y que nuestra profecía se ha cumplido. ¡Sea todo por Dios y Él nos coja confesados...!

Nada se ha resuelto todavía acerca del pleito de las *utilidades*, en el que van los médicos unidos á otros profesionales, cada uno de los cuales entiende que su caso es el más digno de ser atendido. Por esto mismo no nos cansaremos de estimular el celo

de los gestores oficiales y oficiosos del asunto, pues faltan muy pocos días para que *la desbandada veraniega* se imponga y es sabido que durante las *vacaciones*, ó mejor dicho, *los holgorios veraniegos*, los centros oficiales que encuentran disculpas para ciertos aplazamientos, suelen aprovechar *la distracción* de los interesados para activar otras cosas (*sobre todo, en materia de impuestos*), y al volver el Otoño, se suelen encontrar resueltos muchos pleitos que se creían dormidos.

Este no es asunto de manifiestos y discursos, sino de activa perseverancia.

DECIO CARLAN.

### IMPRESIONES PARLAMENTARIAS

#### EL ASPECTO MÉDICO DE LOS ARANCELES

Nos interesan los aranceles como á ciudadanos y como á médicos. Como á ciudadanos podemos pensar que son nocivos porque encarecen la vida, ó que son beneficiosos porque protegen la industria nacional, y aumentan los recursos del Erario. Todo esto está muy bien y sobre ello se ha escrito y hablado mucho, se ha discurrecido menos y no se ha convenido en nada.

Como es natural, no hemos de entrar nosotros en estos puntos de la política arancelaria; pero algo hay en ella que no sólo nos es lícito tratar, sino que por deber tenemos que analizar invitando á nuestros lectores á que sobre ello piensen y discurran.

Realmente á quien tal invitación deberíamos hacer es al señor ministro de Hacienda y al de Fomento, ya que entre ambos, con ingerencias del de Estado, se guisa el pleito ADUANERO-FOMENTO-INTERNACIONAL; *pero entendemos trabajo perdido el empleado en invocar á tales personas; pues de dos cosas una: ó tienen ya su decisión tomada, y entonces, estudiada ó no, no han de variarla, ó no lo han estudiado y se quiere salir del paso con recitar una serie de lugares comunes que le dictan sus técnicos, los fabricantes de una región ó los productores de otra, según sus simpatías.*

*Hasta ahora, en lo poco (pero al fin algo) que de estas cosas hemos estudiado, habíamos visto que los aranceles perseguían un fin fiscal—ingresos de las Aduanas—ó un fin protector de producciones nacionales; ó un fin moral, ó humanitario ó político; pero ahora nos encontramos, al fijar nuestra atención en las partidas del nuevo arancel, que como á médicos pueden interesarnos, que muchas de sus variaciones no son productivas, sino costosas; no protegen la industria, por no existir ésta en absoluto respecto á los artículos afectados; que no es moral, porque alienta el contrabando y las falsificaciones, y que no es humanitaria, porque encarece los*



medios de curación y aun los *prohíbe* en las clases menesterosas.

Vamos á demostrar que no hablamos de memoria, citando varios ejemplos.

Uno de los productos que aparece recargado en el nuevo Arancel es: la QUININA y sus sales.

Ahora bien; en el Arancel anterior pagaban 10—8; en el actual pagarán 16—8. ¿En qué puede fundarse el que las sales de quinina, no ya solamente sean recargadas, sino ni siquiera paguen derecho alguno?

¿Será por los rendimientos que para la Hacienda signifiquen los tales derechos? Pida datos el señor ministro á la Dirección de Aduanas y verá lo que la cifra representa y se sonrojará seguramente; pero aun más se asombrará cuando advierta que una gran parte de la exigua cantidad, es él mismo quien la paga; porque en España, el principal consumidor de quinina es la Administración pública, que sólo en el Ministerio de la Guerra necesita emplear más de 1.000 kilogramos por año, y en el de Gobernación una cantidad creciente para el saneamiento de los campos de Extremadura. De suerte, que se da el bizarro caso de que el señor ministro se impone una contribución á sí mismo, con las naturales mermas y aditamentos que el cobro y las manipulaciones de las Aduanas significan. . No se nos negará que el caso es archicurioso.

¿Se protegerá con el impuesto de la quinina la producción nacional?

La de los anofeles, sí; pero la de la quinina... no conocemos en toda España ni un solo productor de quinina... ¿Quién es, pues, el protegido?

El protegido será, créalo el Sr. Argüelles, el contrabandista, y ese sería quien á nosotros menos nos importara, si al cabo importara en su contrabando buena y legítima quinina; pero más protegido que él resultará el falsificador..., el falsificador, que es quien inunda nuestro mercado de drogas de imitaciones absurdas, que llegan al público haciéndolas pasar por quinina. (No hace muchos años, existía en una provincia de Levante todo un pueblo que tenía fama de dedicarse á la fabricación de compuestos, que se hacían pasar por sales de quinina, cuando sólo contenían las agujas cristalizadas de un inocente purgante salino.)

Vea, pues, el señor ministro á quién va á proteger, y tenga por seguro que los mismos que en él influyen para obtener estas absurdas é inmorales protecciones, serán probablemente los que se aprestan á confeccionar las sofisticaciones en su ancha conciencia de mercaderes.

No es solamente inconcebible el hecho que analizamos, por no ser provechoso al Erario, ni protector de una industria que no existe y por ser á todas luces inmoral: ¡es, además, inhumano!

Encarecer un remedio, y más, un remedio de efecto tan seguro como la quinina en enfermedad tan generalizada como el paludismo, es conspirar contra la salud y la vida del pobre. Entiéndalo así el Sr. Argüelles. El gasto de dos pesetas más en casa de una persona de posición mediana ó de un rico, nada significa en un caso de enfermedad... pero esas mismas dos pesetas en el hogar del labriego extremeño y con la necesidad de

repetición del gasto que significa la exposición diaria y forzosa á la infección, en tal caso (*y los casos son millares*) las dos pesetas son la privación del medicamento, la prolongación de la enfermedad, la caquexia inevitable y la muerte... *debida en gran parte á la sagacidad de nuestros financieros que imposibilitan la adquisición de los remedios.*

Sépalo el Sr. Argüelles, si por su mal no lo sabe: EL ENEMIGO TRADICIONAL Y PERSEVERANTE DE ESPAÑA EN SU TRADICIÓN HISTÓRICA ES EL PALUDISMO.

En parte alguna del mundo se ha visto mejor confirmada la frase del célebre higienista que decía: EL PALUDISMO CONSTITUYE UNA BARRERA EN CONTRA DEL HOMBRE BLANCO PARA LA CONQUISTA DE LOS TRÓPICOS.

Recuérdese nuestra Historia y aun recientemente recuérdese quién nos venció en Cuba, que no fueron seguramente los mambises... ni los yankees... *fué el paludismo*, que inutilizaba, cuando no mataba, por cientos de miles á nuestros pobres soldados, enviados á morir, más que á luchar y á caer heridos por un enemigo impalpable.

Véase lo que ahora ocurre en Africa y pregunte el ministro de Hacienda á su compañero el de la Guerra, si es verdad lo que decimos y cuál fué la impresión que acerca de este punto trajo de su último viaje de inspección.

En resumen, la quinina y sus sales, si viviéramos en un país culto y tuviéramos gobernantes con asomos de patriotismo y de humanidad, no sólo no debían pagar impuesto, sino que debieran tener prima de importación.

Si dejando por ahora este tema de la quinina (*que aún tiene más aspectos demostrativos del absurdo del Arancel*) pasamos la vista por éste, sin fijarnos más que en lo que por los ojos se entra como afectando á la Medicina y á la Sanidad, encontramos cosas que, con enumerarlas, actúan de enormes.

Veamos otro epígrafe; el 219 por ejemplo, que dice: *Antipirina y sus análogos*. Decimos en esto y aun con más razón lo que decíamos de la quinina: ¿Dónde están las fábricas de antipirina españolas? ¿Y á qué arbitrio se deja el designar en cada caso lo que es un *similar de la antipirina*? ¿Cuál no será la confusión en que se halle el aduanero de más ó menos categoría, á quien se le presente un producto, del que jamás se oyó hablar y á quien la caprichosa designación de la marca puede dar un nombre análogo?

Antipirina, antifebrina, analgesina, fenacetina, etcétera, etc., todos estos cuerpos resultan encarecidos de una indocta plumada... y luego se nos incita á progresar y á emplear procedimientos nuevos.

Lo mismo podemos decir de los ALCALOIDES, á los que también se castiga en montón (MORE TARIFESCO).

En este punto nos viene á la idea otra dificultad; el concepto de *alcaloide* es, en química, perfectamente preciso é inconfundible; pero comercialmente y aun terapéuticamente, son muchos los cuerpos (glucósidos ácidos y aun extractos y compuestos arbitrarios) que, ó por haber recibido un nombre terminado en INA, ó porque un mal traductor ha vertido la terminación alemana In en Ina,



corren en el mercado usurpando el nombre y el rango noble de los *alcaloides*. En casos tales, ¿quién va á ser el árbitro que fije la naturaleza química del producto, para evitar fraudes unas veces y confusiones otras?

Nos figuramos la confusión en que caería el director de la Aduana á quien se le presentase el problema de clasificar como alcaloide ó no alcaloide un cuerpo, *la morfina ó la tebatina, por ejemplo, y la sacarina ó la panbílina, por caso. ¡Desgraciado de él, si para salir de apuros acudía al diccionario de la lengua,* que en su última edición (1914) define así el alcaloide «Cualquiera de ciertas bases salificables, parecidas á los álcalis y obtenidas artificialmente de combinaciones de procedencia orgánica».

¡Santo Dios, se diría, ¿qué es ésto de salificable y cómo voy yo á saber si esta sacarina es salificable ó si esta morfina se ha obtenido por combinaciones de procedencia orgánica?

Y seguramente acudiría al sonsonete de las terminaciones en *ina*, por ser más cómodo y metería en el grupo de los alcaloides á la sacarina y á la panbílina y á la denticina (q. e. p. d.) y á todo lo que le viniera á mano, sacándolo, en cambio, de sus grupos naturales.

Indica esto, dicho sea de pasada, que en la Junta de aranceles y valoraciones no estorbaría por lo menos alguna representación técnica, como el inspector general de Sanidad, un consejero ó un académico médico, por ejemplo. Pero parece que buscamos siempre la mejor manera de no informarnos de las cosas para ponernos en ridículo ó para dejarnos engatusar por los fomentadores de intereses bastardos.

Vamos á otro ejemplo: el grupo de las especialidades farmacéuticas es otro de los tratados calamitosamente en la tarifa arancelaria.

El gravar las especialidades farmacéuticas es un acto anticientífico é irracional. *La especialidad farmacéutica* es una individualidad, una *personalidad* por decirlo así, que no puede ser ni gravada ni protegida en montón, de un modo genérico y menos en los aranceles de un país en donde genéricamente no existen especialidades farmacéuticas.

Una medida que grave el conjunto en nada afecta á lo *específico* á no ser por el procedimiento de Herodes, cuando mandaba matar á todos los niños de cierta edad de su reino, para ver si entre ellos caía el que le habían anunciado como rey de Judea.

El Elixir de Saiz de Carlos, en nada resulta protegido, por imponer derechos de aduana al exanofele bisleri; ni el Fimol Busto porque se impongan gabelas á un antirreumático ó un antigotoso.

Pero lo más cómico en esto es la meticulosa distinción en que se entra, sobre si tiene ó no azúcar el compuesto, tratándolo de proteger por el consumo impuesto de algún terroncito más para hacerlo agradable á esa patriótica Azucarera Nacional, que nos tiene sometidos al pago de precios más altos de todos los países del mundo, que defiende sus procedimientos de infección de las aguas corrientes y sus perjuicios á la Agricultura, y que se ampara, con general consentimiento, en la influencia de sus valedores poderosos.

Nada decimos por hoy de los crecidos impuestos y

de los aumentos á grajeas, píldoras (así, sean de lo que sean), cortezas, leños, aceites, etc. Respetamos la atención de nuestros lectores, á quienes hoy hemos fatigado bastante, y esperamos en Dios que nos envíe un financiero cuando bien le plazca, y nos saque de las manos de los que parece que hacen un estudio para evitar el aumento de nuestra riqueza, fomentar ciegamente nuestro empobrecimiento, y conspirar contra la salud y la vida de nuestros compatriotas.

Algo se nos ocurriría también decir á propósito de esta manera de consignar en tropel cosas que son de suyo distintas, y para ello hablaríamos de las *aguas minerales*. La política arancelaria que con este ramo de la riqueza nacional se sigue es, á nuestro juicio, absolutamente desatinada.

Aquí se truecan los términos: España es un país esencialmente productor y productor de una mercancía cuyo consumo crece de día en día en toda Europa. Rara es la provincia de nuestro país en que no existen manantiales de las aguas que hoy se explotan con el nombre de *aguas de mesa*; el conjunto de ellas podría inundar los mercados europeos con una ventaja en la calidad y el precio, que no consentiría la competencia; díganlo Cabreiroa, Villaza, Mondariz, Villajuiga, Babilafuente, Lanjarón, San Gervasio, Malavella y tantas y tantas, cuyas venas se pierden por falta de consumo, de vida, á la estúpida política de gravar dos ó tres aguas extranjeras para justificar el régimen prohibitivo, que, con más ó menos habilidad, se ejerce contra las nuestras.

Estas son las habilidades de nuestros maquiavélicos gobernantes. Uno de ellos nos decía no ha mucho: «*Eso del Arancel no debe preocuparnos porque es una maniobra de habilidad para dar bases de contratación á nuestros futuros tratados de comercio.*» Como si los políticos de los demás países fueran tontos y se dejaran coger en los lazos candorosos de nuestros Tailleranes.

Piensa el fraile...

Es necesario que los llamados hacendistas que se dedican á publicar desde la calle de Alcalá las minutas que les envían los mercaderes y los falsificadores logreros, recuerden la única política financiera que puede recordarse en España sin sonrojo desde hace cerca de un siglo, la desarrollada en circunstancias tristes y penosas para el país después de las guerras estenuadoras de las Colonias, sostenidas principalmente para defender los mercados de una industria ficticia, después de la desatinada política seguida con el Banco, que determinó la depresión de nuestra moneda hasta un nivel inverosímil. A Villaverde nadie le recuerda, se evita recordarles en este festín de los desatinos que constituye nuestra gestión financiera, porque produce su memoria en los comensales el efecto de la sombra de Banco, trayendo á su ingrata memoria el recuerdo de aquellos superávits de que disfrutó nuestra Hacienda durante más de dos lustros, hasta que se reanudó la marcha por el camino de los despilfarros, de las dilapidaciones por ignorancia ó por miedo, y todos estos procedimientos que forman nuestra vida económica, es decir, nuestra vida entera.

C. M. C.



## DEONTOLOGIA

## LOS HONORARIOS MÉDICOS

POR EL

PROFESOR S. RECASENS Y GIROL

En el estado presente de nuestra organización social, las cosas tienen un valor efectivo ó representativo al que deben sujetarse dentro de una variación dependiente de las circunstancias de cada caso los que pretendan ser estimados con la consideración de una honorable personalidad. Claro está, que el valor de los servicios depende más que de sí mismos, de la persona ó entidad á quien se prestan, pero es asimismo cierto que los límites de la valoración están marcados por condiciones especiales de tiempo, lugar, significación social de quien presta ó recibe el servicio, considerándose en un caso como uso de un derecho y colocándose en otros en el campo del abuso, siempre reprobable y merecedor de severísimo calificativo. Para el sediento, un vaso de agua vale cuanto se le exija, pero cobrarle cinco duros por él, significa un abuso rayano en la explotación siempre censurable, merecedora del calificativo más duro.

La naturaleza de los servicios médicos exige una amplitud considerable en la justipreciación monetaria de los mismos, pues no pudiendo el médico negarse á prestarlos á quien no posea medios de pagarlos en moneda, debe poder aumentar su importe á aquellos que por su posición social y monetaria se hallan en condiciones de compensar el sin número de servicios gratuitos que presta á diario.

En el ánimo de todo el mundo se halla la justicia que representa el que los ricos paguen como tales y los pobres sean como pobres considerados, pero en la práctica encontramos constantemente estos últimos, que bien quisieran poder correspondernos como ricos, pero que desgraciadamente no lo son, y en cambio son muy pocos los que siéndolo se manifiestan como tales, y aun en muchas ocasiones disfrazan su estado para poder ser incluidos en la categoría de los primeros. Entre los varios casos que de nuestra práctica recordamos voy á citar los siguientes para que se vea hasta dónde llega en ocasiones la pobreza de espíritu asociada á la riqueza material: llega á mi casa una señora pobremente vestida, tocada su cabeza con una mantellina negra tirando á parda, y después de reconocida y sabiendo que debía ser operada, ajusta la operación, la regatea y al dar la filiación, da su nombre, no mencionando el de su marido; cuando pasados tres días me personé en su casa para ver si la habitación en que vivía permitía hacer en ella la operación, pues la enferma quería que se hiciera en su casa y no en el sanatorio, encontreme que vivía en un grandioso piso alhajado como un pala-

cio y que era la esposa de un señor que había heredado recientemente más de 25 millones de pesetas. Otro caso: recientemente ha llegado á mi noticia, que la señora de un multimillonario asturiano que operé hace tres ó cuatro años, cuando vino á mi consulta dejó el automóvil en una calle próxima á la mía para que no pudiera darme cuenta, si la veía yo ó alguno de mis criados descender de su auto, de quién se trataba y así ajustar la operación en relación con la modestísima indumentaria que gastaba. Otros muchos casos pudiera citar de la misma naturaleza que sirven para demostrar la facilidad con que puede ser engañado el médico cuando trata de poner sus honorarios en relación con la posición social de los clientes.

Pero este abuso de cierta clase de público, no quiere decir en modo alguno, que el médico esté autorizado para abusar de su situación cuando se le presenta la ocasión de tratar con una familia de buena posición, que se ha presentado noblemente tal cual es, sin ocultar ni su estado ni disminuir el alto concepto en que tiene al médico cuyos auxilios solicita. Nunca el abuso de unos puede justificar igual acción en los otros, y abogando por el mantenimiento de los límites de la honradez profesional es por lo que hoy escribo este artículo y espero del lector un juicio benévolo.

En Norte América, en Rochester, en los servicios de los hermanos Mayo, en donde se practican más de 20 operaciones diarias, la cuestión de honorarios está perfectamente organizada por una oficina, en la que se establece el precio según las condiciones sociales del paciente y no se mide la importancia de la operación, sino la del cliente. La existencia de registros oficiales ó particulares en los que constan las condiciones económicas de la mayor parte de los ciudadanos de los diferentes Estados, y en caso de no hallarse incluido el nombre del enfermo en dicho registro, la seguridad en que se hallan de tener contestación veraz de la autoridad local á quien se solicita telegráficamente informe del estado social del que debe ser tratado, permite poder establecer una gradación de honorarios médicos en relación con el estado pecuniario del enfermo, y así se da el caso, por ejemplo, de una gastroenterostomía, que se realiza en enfermo de pocos recursos, satisface como honorarios 100 dólares, y en cambio, la abertura de un simple flemón en un millonario representa una suma de 10 ó 20 veces mayor. Este sistema que allende el mar puede ser empleado, no puede serlo en nuestro país, en donde la política caciquil y el espíritu de ser generoso con el dinero del médico, permite obtener con toda facilidad un certificado ó informe de pobreza á gentes que poseen bienes de fortuna que les coloca en una situación muy superior á la que muestran al médico, para satisfacer honorarios muy inferiores á los que debieran exigírseles.

PAPELES YHOMAR

Simples con sulfato de Hordenina puro (0,10 gramos).

CULTIVO DESECADO, EN POLVO, DE BACILOS LACTICOS

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. - Valencia.



La innumerable cantidad de enfermos desaprensivos que acuden á las visitas gratuitas de los hospitales y aun que ingresan en los mismos para ser operados gratuitamente, usurpando las camas que debieran ocupar los verdaderos pobres, es una demostración palmaria de lo que decimos; el concepto del hospital que en nuestro país tienen todas las clases sociales, no permite lo que hizo la *Assistance publique* en Francia, en donde un rico terrateniente del Mediodía que ingresó en un hospital de París, para ser operado como pobre de una operación gástrica, al ser reconocida su posición social, le exigió por vía de apremio el pago de 5.000 francos como honorarios para el médico que le había operado y 400, como gastos de hospital, por las estancias devengadas.

En España todo el mundo se cree con derecho á ser asistido gratuitamente ó con exiguos honorarios, ya que siendo, como en realidad es, un sacerdocio el ejercicio de la Medicina, no debe ni puede rehusarse á nadie el socorro científico que necesite en un momento dado. Eso del *Sacerdocio* es una frase muy bonita y muy frecuentemente, un gran recurso para no pagar al médico; ¡como si los sacerdotes no cobraran las misas y funerales que para salvación del alma les encargan! El médico no puede ni debe rehusar por ningún concepto a asistencia á un enfermo que necesite de sus auxilios de modo urgente, sea cual fuere su posición social, como tampoco puede el sacerdote, sea cual fuere su jerarquía, negarse á prestar los auxilios espirituales que de modo urgente é insustituible se le piden para un enfermo grave; pero de ahí á pretender que por el hecho de ser un sacerdocio el ejercicio de la profesión deba el médico prescindir de toda consideración social y someterse á las exigencias pecuniarias del enfermo, sin tener en cuenta que existen gradaciones jerárquicas, muchas veces no científicas, que permiten al paciente corresponder como es debido al médico que presta su asistencia, hay una distancia enorme.

Estos hechos y muchos otros que pudiéramos relatar, son altamente censurables por parte de los clientes y enfermos, pero hay muchos otros realizados por algunos médicos, que son en nuestro sentir más censurables todavía, porque se realizan fuera del alcance de la sanción penal y amparados por una legislación en la que los hechos censurables en el aspecto moral no tienen una sanción efectiva.

Los abusos de ciertos enfermos no justifica en modo alguno el abuso de quien ostenta un título tan honroso como el de médico; muy frecuentemente se oye hablar de sumas fabulosas que ha puesto algún médico por asistencias dadas á personas de buena posición social ó á herederos de algún potentado fallecido, como si al amparo de una oportunidad casual se llamara el médico á la parte de la fortuna dejada.

Nosotros que vituperamos las acciones realizadas por enfermos para defraudar al médico, censuramos todavía de modo más acre las que realiza el médico amparándose en una oportunidad ó exagerada confianza del cliente. Desgraciadamente la conciencia moral de un cierto número, no reprocha en los términos debidos á quien abusa de su situación para percibir exorbitantes honorarios; es por el contrario frecuente oír comentar el hecho, no con los epítetos que en nuestro concepto merece, sino con cierto tono de admiración y aun de envidia, al colega que ha encontrado en su camino una *ocasión tan brillante* para lucrarse de modo tan poco honorable. ¡Qué buen golpe ha dado fulanó! ¡Quién pudiera encontrar una ocasión parecida! Claro está que el concepto de moralidad que merece el que así comenta el abuso del colega, es aún inferior al propio que lo ha realizado, y que afortunadamente la inmensa mayoría de la clase médica no es capaz de realizar ni aprobar hechos de esta naturaleza; pero como las faltas de algunos, por su resonancia, recaen sobre la masa general, es conveniente hacer pública opinión del juicio que nos merecen los abusos de médicos y de clientes, al tratar de cuestión de honorarios.

¿Cómo resolver, pues, el problema de la cuantía de los honorarios, siendo tan diversas las condiciones sociales de médicos y enfermos y tan variadas las circunstancias de cada caso? En nuestro sentir la fórmula no es difícil de hallar y se ajusta á un principio de moral indiscutible.

No creemos que se puedan establecer valores fijos ni para visitas ni para operaciones, análisis ú otra clase de servicios médicos, pues siendo una profesión libre deben ser asimismo libres los emolumentos que se pueden percibir en cada caso determinado; no es posible establecer precios ni siquiera análogos, siendo como es tan variada la clase de servicios y posición social de los enfermos; nosotros estimamos que puede todo médico establecer los honorarios que juzgue convenientes, siempre y cuando la justipreciación del servicio preceda á su realización. Cobre el médico lo que quiera siempre y cuando antes de proceder á realizar el servicio que se le solicita, informe al enfermo ó á su familia del importe de los mismos.

Nadie ignora que en algunas ocasiones el abuso depende únicamente de no haber tratado previamente la cuestión de honorarios; médico hay que si le piden el importe antes de una operación pide una suma irrisoria, y si por confiar en su honorabilidad no hablan de cuestión de honorarios, al presentar la cuenta después de realizada, pone una cifra que por comparación bien puede denominarse escandalosa. Afortunadamente el número de los que así se comportan no es grande, pero por prestigio de la clase, es preciso que encuentre en

# CARBOLAN

Pelrd's C.º, New-York.

Pomada al 6 % de carbol puro, antiséptica, antiflogística, antipruriginosa; para heridas, forúnculos, hemorroides, prurito vulvar, quemaduras de primero y segundo grado, etc.

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



el ánimo de todos este hecho, la reprobación moral, por lo menos.

No creemos que sea el médico quien deba abordar el primero la cuestión de honorarios, pero si un paciente ó una familia, confiando en la honorabilidad del médico, no habla previamente de ellos, hállese el médico obligado á establecer los que en condiciones análogas haya percibido, y si por considerar excepcional las condiciones del caso, pretende separarse grandemente de lo por él establecido, debe iniciar él la cuestión y ajuste del importe de sus honorarios.

No pretendemos coartar en modo alguno la libertad de cada uno al justipreciar sus servicios, pero teniendo en cuenta que todo médico se mueve en cuestión de honorarios dentro de unas líneas que puede decirse son costumbre por él establecida, consideramos que cuando quiera separarse de lo que en ocasiones análogas ha hecho, debe advertir previamente la variación.

La libertad persiste, pero el abuso desaparece; desde el momento que hay conformidad previa, puede establecer la cifra que juzgue oportuna, que conformándose el cliente, nunca será abuso.

Las cuestiones de deontología se hallan en el ambiente, y por más que quieran disfrazarse, siempre resta en la conciencia de los más una censura que no se manifiesta públicamente, unas veces por temor, y otras por un mal entendido sentimiento de compañerismo.

¡Como si mereciera ser considerado como compañero el que realiza actos que están reñidos con la moral!

Hay que unirse para evitar los abusos de los clientes, pero asimismo hay que ejercer una acción común para que no sea profanado con caracteres de reprochable mercantilismo, el ejercicio de una profesión tan noble y tan desinteresada cual es la de la Medicina.

Junio, 1921.

## Sociedades Científicas.

### SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 31 DE MARZO DE 1921.—PRESIDENTE, DR. F. VILLANUEVA

#### Histerectomía subtotal en útero grávido con presentación transversa y procidencia de mano.

*El Dr. Roe.*—Ante todo debo decir que en la historia que yo leí ante la Academia, se encontraban todos los elementos de juicio necesarios para hacer el diagnóstico de la distocia, diagnóstico que yo esperaba que después de escucharme hubiese hecho la Academia.

Siento tener que decir que no fué así y que desde un principio los señores académicos que me han concedido el honor de discutir mi comunicación lo hicieron bajo la influencia de determinados prejuicios.

Todos ellos han convenido en dividir la historia clínica en dos partes, y como es natural, yo empecaré mi rectificación por la primera, que es además la que más personalmente me corresponde.

En mi primera exploración hecha á las veinticuatro ho-

ras de romper la bolsa, hice solamente el diagnóstico de la situación del feto. El cuello era dilatado, el estado general bueno. En mi opinión lo mismo podría pensarse en una versión inmediata que en esperar la aparición de las contracciones. Temiendo una mayor pérdida de líquido no quise siquiera intentar la versión externa.

Se me ha criticado la aplicación de un peso á la mano procidente. Ello no tenía otro objeto que buscar cierta dilatación que permitiese una versión, y si ésta no era posible, la reducción de la mano fetal para practicar la histerectomía en vaso cerrado.

Yo no pude hacer el diagnóstico exacto de la distocia sino en el momento de la intervención; pero sí obtuve la firme convicción de que cualquier intento por vía vaginal sería ocasionar á la paciente grandes daños. El Dr. Becerro nos ha dicho que á él no le interesó un instante la vida del niño, y que si aceptó mi criterio fué precisamente por estimarle beneficioso para la madre. Esta declaración del doctor Becerro me pone á salvo de cualquier mala interpretación.

Como antes dije, el diagnóstico de esta distocia no pude hacerlo con exactitud sino en el acto operatorio. El segmento inferior ofreció al corte la sensación de tejido enfermo. Luego al abrir el útero apreciamos una zona de endometritis en el sitio de inserción placentaria, zona que extendiéndose hacia abajo comprendía el segmento inferior.

Se trataba de la distocia descrita por Boero, de la Argentina con el nombre de distocia uterina por falta de desarrollo del segmento inferior durante el embarazo.

Y vamos á la segunda parte:

Yo propuse al Dr. Becerro la histerectomía con feto *sin útero*. Y la discutimos serenamente hasta minutos antes de operar. La persistencia de la vitalidad fetal me hizo pensar entonces en una histerectomía *subtotal*, que por rapidez no comprometería la vida del feto.

Yo hubiera deseado que este criterio tan quirúrgico hubiera sido motivo de una discusión serena. Como no ha sido así, me acojo á lo publicado por Potocki en el número 5 de la revista *Gynecologie et Obstetrique*, y á lo que últimamente se discutió en la Sociedad Francesa de Obstetricia, ó sea el caso de Grosse, de una distocia por quiste previo del ovario y fibroma, lo que imposibilitaba la evacuación por las vías naturales. Ambos casos se refieren á feto muerto, á pesar de lo cual todos estuvieron unánimes en aprobar la vía abdominal.

Para terminar, la embriotomía, dejando aparte la repugnancia que nos producía, pudo haber sido una solución, pero nos pareció en nuestro caso tan peligrosa para la madre, que desistimos de practicarla.

*El Dr. Carreras.*—El Dr. Roe nos ha confesado que en la historia que él nos leyó se reservó algunos datos. Tengo que protestar vivamente de esta conducta. Si deseaba que la Academia hiciese el diagnóstico de la distocia, fundándose únicamente en los datos que él nos daba, debiera, como es lógico, habernos facilitado todo y no haberse reservado precisamente los más interesantes. El Dr. Roe debería comprender que con su conducta no hacía sino poner á la Academia en el trance de solucionar una charada, y yo espero que el Dr. Roe y todos los señores académicos comprenderán que nuestra Sociedad tiene otros fines y no el de solucionar acertijos.

Y vamos ahora á dar por hecho que se trataba de una distocia de Boero. Siendo esto así, la conducta del Dr. Roe me sigue pareciendo tan desacertada como me parecía el otro día antes de conocer la sorpresa que para hoy nos tenía reservada.

Si el Dr. Roe no había diagnosticado un caso de distocia de Boero, y se trataba de dicha distocia, el Dr. Roe comprenderá que estuvo desacertado, y si el Dr. Roe hizo el diagnóstico y después de hecho intentó dilatar el cuello colocando peso en la mano procidente, el Dr. Roe obró también desacertadamente, pues es bien sabido lo peligroso que es el pretender lograr una dilatación y extracción por las vías naturales en esta clase de distocias. No sólo procurar obtener la dilatación, sino que intentó realizar una versión. Repito que el Dr. Roe hizo mal.

## 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.



*Dr. Torre y Blanco.*—Insiste en su anterior punto de vista y lo hace porque se permite opinar que el caso presentado por el Dr. Roe no era una distocia de Boero.

*Dr. Bourkaib*—Opina con el Dr. Carreras que á la Academia no deben escamotearse los datos necesarios para juzgar debidamente un problema. Se muestra conforme con Torre y Blanco en que en el caso que se discute no se trataba de una distocia de Boero, y, finalmente, insiste en que debió practicarse la fetotomía.

*El Dr. Roe* en su rectificación insiste de nuevo en su punto de vista.

El secretario de actas, *Cospedal* (hijo).

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: Por Real orden de 7 de Julio de 1920 se anunció al turno de oposición libre entre doctores la provisión de las Cátedras de Higiene, con prácticas de Bacteriología sanitaria, vacantes en las Facultades de Medicina de las Universidades de Santiago, Sevilla y Valladolid, una de ellas, la de Valladolid, posterior al 21 de Mayo de 1919.

Por consecuencia de la distinta legislación acerca de la materia de formación de Tribunales de oposición, las de las cátedras de Santiago y Sevilla deberían ajustarse á las normas del Real decreto de 1.º de Diciembre de 1917, mientras que el de la cátedra de Valladolid había de formarse con arreglo á lo dispuesto en el Real decreto de 16 de Enero de 1920. Si esto se hiciera así, habría que nombrar dos Tribunales para las cátedras expresadas, lo que obligaría á los opositores que acudiesen á la convocatoria anunciada para la provisión de las tres cátedras, á someterse á dos ejercicios de oposición, cosa que redundaría en perjuicio de éstos. En vista de lo cual,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

Primero. Que el Tribunal que ha de juzgar la provisión de las cátedras de Higiene, con prácticas de Bacteriología sanitaria, vacantes en las Universidades de Santiago, Sevilla y Valladolid, se forme con arreglo á lo dispuesto en el Real decreto de 16 de Enero de 1920, ya que la cátedra de Valladolid vacó con posterioridad al 21 de Mayo de 1919, y supuesto que ya obra en poder de este Ministerio la propuesta de vocales formulada por la Universidad de Valladolid, y ser el espíritu que ha informado el Real decreto de 8 del actual el de respetar el derecho creado al amparo del Real decreto de 16 de Enero de 1920 para las cátedras que quedaron vacantes con posterioridad al 21 de Mayo de 1919.

Segundo. Que dicho Tribunal sea el que juzgue las oposiciones de las tres cátedras expresadas.

Tercero. El expresado Tribunal se constituirá del modo siguiente: presidente, D. José Francos Rodríguez, consejero de Instrucción pública; vocales: D. Rafael M. Forns, catedrático de la Universidad Central; D. Angel Abós Ferrer, catedrático de la de Zaragoza; D. Leopoldo López García, catedrático de la de Valladolid, y D. Misael Bafiuelos, catedrático de la de Valladolid; suplentes: D. Antonio Urtubey, catedrático de la Universidad de Sevilla (Cádiz); D. Isidro Segovia Corrales, catedrático de la de Salamanca; D. Mariano de Monserrate y D. Celestino R. Torremocha, catedráticos de la de Valladolid.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 25 de Mayo de 1921.—*Aparicio*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 30 de Mayo de 1921.)

## Gaceta de la salud pública.

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,1; ídem mínima, 703,2 temperatura máxima, 31°,0; ídem mínima, 10°,6; vientos dominantes, E. SE.

Los fuertes calores de estos días han influido en la presentación de numerosas congestiones de los centros nerviosos y hemorragias de los mismos; también se han observado muchas abundantes epistaxis y flujos hemorroidales.

En los niños empiezan á presentarse los catarros intestinales con diarreas debidas á descuidos de régimen, sobre todo en la época del destete. La mortalidad sigue decreciendo.

### Crónicas.

**Protección á la infancia.**—En el II Congreso Internacional de Protección á la Infancia, que se celebrará en Bruselas el próximo mes de Julio, y que con tanto éxito ha sido acogido en España por el Consejo Superior y las Juntas de Protección á la Infancia, se tratarán los siguientes temas:

«La infancia moralmente abandonada y los Tribunales para niños.» «La infancia anormal.» «La higiene social de la infancia.» «Los huérfanos de la guerra.»

Igualmente se tratará de crear definitivamente la oficina internacional de Protección á la Infancia, proyecto que quedó interrumpido por la guerra, que servirá de lazo de unión entre las diferentes naciones que se preocupan de la infancia; se estudiarán todas las cuestiones de menores y se fomentará el progreso de las legislaciones sociales sobre el particular.

Por la Secretaría general del Consejo Superior de Protección á la Infancia se ha remitido á Bruselas una Memoria de la labor que realiza esta Corporación y todas las Juntas protectoras. Igualmente han enviado trabajos los Sres. Montero Ríos, Saldaña, Albó, Gómez Ferrer, Heredero, Cossío, y sabemos que otras personalidades y distintas Corporaciones, entre ellas el Ministerio del Trabajo, Instituto de Reformas Sociales y el Ayuntamiento de Madrid, además de adherirse al Congreso, remitirán importantes estudios.

El número de adhesiones de España pasa de 50, y son muchos los que se proponen asistir al Congreso.

En breve saldrá para Bélgica el delegado del Gobierno español, nuestro director honorario D. Angel Pulido, y los vocales del Comité nacional, designados por Real orden, Sres. Montero Ríos, García Molinas, Tolosa Latour (D. Rafael) y Gómez Cano (D. Miguel).

Es requisito indispensable para asistir á las secciones del Congreso y tomar parte en las discusiones presentar la tarjeta de adhesión ó la carta de delegado oficial.

**La entrada del alcohol en Francia.**—*París, 29.* Un decreto recientemente publicado establece que se deroguen las prohibiciones referentes á la entrada en Francia del alcohol y licores extranjeros.

Aprendan nuestros financieros para no servirse, en defensa de sus errores arancelarios, de la estólida razón de las represalias, que tiene mucho á veces de aquello que decía el centinela: *como se... fastidie el cabo no me releva.*

**Contra las mordeduras de las víboras.**—Leemos en *La Tribuna*:

«Méjico. El Laboratorio químico de la Dirección general de Agricultura ha descubierto un suero preventivo contra la mordedura de la víbora. Actualmente se está haciendo la preparación de dicho suero.

El único país del mundo donde se produce este suero es el Brasil, donde se obtiene según el método especial de los químicos del Instituto de Tamtas, que han aceptado ponerse al habla con sus colegas mejicanos.

El producto contra la mortal picadura se prepara con el propio veneno de las víboras, y se inyecta á los pacientes en dosis pequeñísimas, que se aumentan progresivamente hasta llegar á una dosis que asegura la inmunidad.»

# PEÑACASTILLO

Sanatorio para enfermos de aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.  
Cocina dietética.—10 hectáreas de jardín y parque.—Instalación de lujo á la vez que higiénica.

Director: **DR. MORALES.**—Santander.



**Enhorabuena.**—El Real Consejo de Sanidad ha concedido diploma de 1.ª clase al Dr. Menéndez Tejo, por su notable Memoria quincenal, referente al Balneario de Panticosa.

Es nuestro compañero uno de los más antiguos directores de establecimientos de baños, que ya en otras ocasiones ha recibido de dicho Real Consejo diplomas de 1.ª clase por sus memorias quincenales, de cuando estuvo al frente de los Balnearios de Ontaneda y de Caldas de Cantis.

Nuestra más cordial enhorabuena á tan ilustre hidrólogo, honra del Cuerpo á que pertenece.

**Congreso Médico de Cataluña.**—En el teatro Principal de Girona ha sido inaugurado el IV Congreso de médicos, al que concurren representaciones de los Colegios de médicos y farmacéuticos de Cataluña.

Fué nombrado presidente de honor el Dr. Cardenal, y se dió lectura á la Memoria redactada por nuestro amigo y colaborador Dr. Pascual, que es una exposición documentada de las enfermedades que han producido mayor número de defunciones, y de los medios que deben emplearse para disminuirlas.

El alcalde de la ciudad, Dr. Coll, dió la bienvenida á los congresistas y auguró que el resultado de estas reuniones será beneficioso para la clase.

Después se descubrió una lápida en honor del Dr. Planas y pronunció un discurso el presidente de la Diputación.

Íntil es que expresemos nuestro beneplácito por la celebración de estos Congresos regionales, cuya importancia y ventajas para la ciencia y salud pública á nadie se le pueden ocultar. Nuestro cariñoso saludo á los compañeros de Girona y en su representación al patriarca incansable don José Pascual.

**Nombramiento.**—Por Real orden, publicada en la *Gaceta* del 20 de Junio último, ha sido nombrado D. Moisés Calvo Redondo, profesor numerario de Patología quirúrgica, Operaciones, Anatomía topográfica y Obstetricia de la Escuela de Veterinaria de León, con el haber anual que actualmente disfruta; habiéndose dispuesto que la Cátedra de igual asignatura que, como consecuencia de este nombramiento, resulta vacante en la Escuela de Veterinaria de Santiago, se anuncie para su provisión al turno que corresponda.

**Sevilla sin agua.**—Leemos en el diario *El Liberal*:

«Hoy, 29, se encontró la población sin agua, á causa de la rotura de una cañería general en el sitio conocido por Cruz de la Vereda, que no pudo ser reparada á pesar de los trabajos realizados durante la noche.

Únicamente se contó con la escasísima agua que suministra el manantial de Santa Lucía.

El vecindario recorre las fuentes públicas provisto de toda clase de vasijas. Han ocurrido numerosos incidentes, menudeando las bofetadas y los cacharros rotos.

Las censuras son generales, tanto para la empresa como para las autoridades.

Muchos talleres y fábricas han tenido que cerrar por falta de agua, y lo propio han hecho las casas de baños y las barberías.

Muchos vecinos utilizan el agua de las norias, que no tienen condiciones de potabilidad, por lo que se teme que se produzca una grave epidemia.

También causa espanto el pensar lo que ocurriría si estallara un incendio.

La empresa ha dado explicaciones para hacer comprender que hasta la madrugada no podrá estar reparada la avería.

Dice también que confía en que mañana quedará normalizado el servicio.

Hasta aquí la noticia actual; pero ¿no es una verdadera vergüenza para la hermosa y simpática ciudad andaluza el que se encuentre en lucha constante con los dos problemas más elementales de la higiene: el alcantarillado y la dotación de aguas? Pues, estas son cosas que hablan más de la cultura de un pueblo, que las ostentaciones de exposiciones internacionales, los festejos de las ferias y las cofradías de Semana Santa.

**LIBROS** de medicina franceses, se mandan rápidamente á toda España. Ventas en francos. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse á la librería Internacional, Churruca, 6, San Sebastián.

**ROGAMOS** encarecidamente que la correspondencia nos sea dirigida al **Apartado 121**.

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

**QUINARFER:** Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio y Farmacia Americana (Carrera San Jerónimo, 1, Madrid), cuya lectura recomendamos.

**SULFOBARIUM** (marca registrada).—Sulfato de bario purísimo para Radioscopia. Cajita de 130 gr., 2,40 pesetas; de 150, en dos dosis, 3 pesetas; en forma emulsionable en frío; á granel, por kilos. Único preparador en España: DOCTOR GIRAL, catedrático y académico, Atocha, 35, Teléfono M. 33, Madrid, farmacia y laboratorio de análisis del doctor Giral.

**La llamada ENCEFALITIS LETARGICA**, por el Dr. E. Fernández Sanz. Quedan muy pocos ejemplares de esta monografía. Pedidos á la Administración de este periódico. Precio 2 pesetas.

## URGENTE

**IMPORTANTE FABRICA EXTRANJERA**  
de productos farmacéuticos medicinales

busca

para trabajos científicos de propaganda verbales y literarios

===== **persona de carrera médica** =====  
ó farmacéutica.

Oferta con fotografía y datos personales, especificando estudios realizados y conocimientos técnicos adquiridos, bajo n.º P. 1528 B. á **Apartado 228, Barcelona**.

## ANTICATARRAL García Suárez

Solución creosotada de Glicero-clorhidrofosfato de cal con Thiocol y Gomenol. Es la preparación más eficaz en las afecciones del aparato respiratorio.



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

## ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

# Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, 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 bursales, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

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

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.