

EL SIGLO MEDICO

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

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

REDACTORES:

| | | |
|---|--|--|
| Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ |
| J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios. | A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales. | G. RODRÍQUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. |
| J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa. | A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. | J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General. |
| L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. | F. GONZÁLEZ ASUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. | J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina. |
| J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos. | J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. | F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII |
| V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. | B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. | L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián). |
| L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid. | T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. | R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General. |
| A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. | F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. | |
| | Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES | |
| | Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina. | |

PROGRAMA CIENTÍFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Sobre el procedimiento de Tansini para la amputación de la mama en caso de cáncer, por el *Doctor G. Aperlé*.—Jaqueca oftalmoplégica seguida de oftalmoplegia sensorio-sensitivo-motriz del mismo lado, de atrofia óptica del contrario y de muerte, por el *Dr. Manuel Marín Amat*.—Tratamiento de la sífilis durante todos sus períodos por las inyecciones novarsenicales subcutáneas diarias, por el *Dr. J. Minet*.—Las etopsicopatías o locuras del carácter, por *D. Antonio Fernández Victorio y Cocin*.—**Periódicos médicos.**—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por *Decio Carlián*.—Ciencia y Bravura, por *J. Ortega Munilla*.—A propósito del Congreso de Protección á la Infancia, por *A. C. y C.*—Hospital de la Santa Cruz de Barcelona.—Universidad de París. Facultad de Medicina.—**Sección oficial.**—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

CLÍNICA QUIRÚRGICA DE LA REAL UNIVERSIDAD DE PAVIA

Dirigida por el profesor I. Tansini.

Sobre el procedimiento de Tansini para la amputación de la mama en caso de cáncer

POR EL

DR. G. APERLE

Primer asistente.

Podrá á alguien parecer superfluo ó quizás inútil volver á hablar de un procedimiento de técnica operatoria bien conocido y ya experimentado por diversos cirujanos italianos y extranjeros. Pero cuando se piensa que tal método no ha sido tan divulgado como realmente su bondad merecería, se podrá comprender y justificar plenamente mi empeño en llamar la atención de los cirujanos, sobre las grandes y verdaderas ventajas que el procedimiento ha demostrado poseer en comparación con todos los restantes, incluso aquellos considerados como los más radicales.

El profesor Tansini había notado que en el tratamiento del cáncer mamario, mediante la amputación del órgano con los métodos más radicalmente destructores, no se había tenido suficientemente en cuenta las recidivas cutáneas y no se indicaba con suficiente exactitud la necesidad de extirpar completamente toda la piel de la mama.

Que la piel de las regiones mamarias es asiento fre-

cuentemente de recidivas, especialmente sobre la cicatriz y en su vecindad inmediata, es una noción desde hace mucho tiempo bien conocida por los cirujanos. Ya el año 1880, Koeser (15) citaba 26 casos de recidiva en la cicatriz de un total de 43 recidivas; Riefel (19) ha observado 128, en 286 casos de amputación, y Cros (14), 294 veces en 496 casos.

Sin embargo, ningún operador había pensado, antes que Tansini (1895), en eliminar esta posibilidad de recidiva local cutánea. Es un hecho que aun con los procedimientos operatorios más destructores, la piel es más ó menos ampliamente extirpada si ha sido ya invadida por el proceso, y la dirección y forma de las incisiones débense á otras causas que no la de quitar el terreno, por así decir, de la recidiva cutánea; todas las incisiones, en efecto, admiten la reunión directa de los labios de la herida.

Débese, por consiguiente, á Tansini (21), el haber ideado desde el 1895 un nuevo procedimiento para la amputación completa de la mama, el cual, siguiendo la indicación de practicar la más amplia destrucción, dictaba reglas precisas también para la destrucción cutánea y proveía después á una pronta, regular y conveniente restauración de la amplia herida con una autoplastia. Esta autoplastia era una necesaria consecuencia de la extirpación total de la piel de las glándulas mamarias, que producía una herida tan grande que impedía absolutamente la reunión directa de sus bordes.

Con el colgajo autoplástico dorsal se obtienen también otros dos objetos: el de usar para la plastia una piel resistente, lo más posiblemente lejana de la región mamaria, y de evitar, mediante la misma autoplastia, la *retracción cicatricial* de la axila, recubriendo con una espesa capa muscular el paquete vasculonervioso axilar.

Con este mismo objeto, Ruth (20), ignorando el procedimiento de Tansini, comunicaba en el año 1913 (Congreso de la American Association of Obst. and Gynecology Providence) un procedimiento operatorio por él ideado y aplicado con el intento de crear un revestimiento muscular á los órganos de la axila. Este autor se sirve de los músculos pectorales mayor y menor, practicando una incisión insuficiente para permitir la ablación total de la piel de la mama y necesariamente conserva el pectoral mayor que, por el contrario y según opinión general, debe ser metódicamente destruido.

Con el procedimiento de Tansini el revestimiento de la cavidad axilar forma parte necesaria de la operación y son el gran dorsal y parte del redondo mayor las que desempeñan el papel confiado por Ruth al pectoral, el cual podría ser asiento de una recidiva.

El procedimiento operatorio ideado por Tansini consistía primitivamente en extirpar *in toto*, sin disección de los colgajos, la mama con toda la piel que la cubre y con el pectoral mayor y menor, dirigiéndose hacia la axila sin interrumpir la acción destructora comprendiendo todas las vías linfáticas juntamente con la mama y la masa ganglionar axilar. En esta forma disminúyense ante todo los peligros del injerto y la pérdida de sangre.

La incisión largamente oval, debe llegar hasta el último extremo axilar de modo que sólo en este punto corresponda el extremo más estrecho de la abertura, ó en otros términos, la conjunción de los extremos de la incisión.

De tal modo el largo pedúnculo del colgajo autoplástico llena la pérdida cutánea de la cavidad axilar con masa abundante, y las líneas cicatriciales corresponden una á la parte anterior y otra á la posterior de la axila; el centro de la cavidad es reconstruido con piel íntegra y continua.

El colgajo trazado sobre el dorso es llevado fácilmente hacia adelante sobre la herida pectoral, llena perfectamente la pérdida de substancia. La herida posterior ó dorsal se reúne en forma lineal.

Con el uso de un colgajo dorsal solamente cutáneo, este procedimiento dió en los primeros tiempos resultados no siempre satisfactorios, porque en algunos casos se verificaba la necrosis parcial del colgajo hasta alcanzar incluso el tercio de su totalidad, por lo que el mismo Tansini casi durante diez años no creyó oportuno poder recomendar su procedimiento; pero después de atentas observaciones, pudo establecer que la necrosis indicada debía atribuirse al hecho de que durante la disección del colgajo cutáneo en su base muchas veces se cortaban algunas ramas de la circunfleja escapular—rama de la subescapular— que haciéndose superficiales se disminuyen en la parte profunda de la piel.

Para asegurar la vitalidad del colgajo es necesario por consiguiente comprender en él al menos el músculo gran dorsal porque las indicadas ramas arteriales abriéndose camino entre el redondo mayor y menor llegan en parte al músculo gran dorsal y á la piel.

De este modo, al colgajo cutáneo ha sido aconsejado por Tansini desde el año 1906 sustituir un *colgajo músculo cutáneo* que resultará así de un notable espesor capaz de reparar todavía mejor la pérdida de substancia sustituyendo al músculo pectoral mayor por el músculo gran dorsal. Se debe además tener presente que el levantamiento del gran dorsal facilita la reunión lineal de la herida dorsal, la cual, practicándose el colgajo solamente cutáneo, era difícil reunir con la debida exactitud á causa del gran dorsal subyacente.

Por consiguiente, la técnica ulteriormente aconsejada por Tansini era la siguiente:

«El pedúnculo tendrá un ancho de casi 6 ó 7 centímetros, para comprender las ramificaciones arteriales más importantes, el centro de aquél deberá corresponder á un punto que se encuentre á 3 centímetros de la línea axilar posterior, á 5 centímetros de la espina de la escápula y á 10 centímetros del ángulo de ésta. El colgajo de forma oval alargada, proporcionado en sus dimensiones á la abertura que se debe reparar, estará dirigido de arriba á abajo, y algo oblicuamente hacia la línea media del dorso. El borde anterior del pedículo parte de la extremidad de la herida axilar, y viene después, cuando se transporta el colgajo, á reunirse con el borde anterior de la herida misma; el posterior cortado en la piel del dorso á casi 6 centímetros de distancia del primero, para comprender el punto de emergencia de las ramas arteriales indicadas, viene á reunirse con el borde posterior de la herida axilar.

Los resultados obtenidos con el procedimiento así modificado, han sido verdaderamente excelentes, sea en los casos operados por Tansini como en los tratados por otros cirujanos italianos y extranjeros, entre los cuales deben recordarse Ajelio (1), Albanese (2), Bindi (3), Campari (4), Cernezzi (5), Cignozzi (6, 7, 8), Crosti (9), D'Este (10), Guibe (13), Marzagallia (16), Thevenhard (27), Uffreduzzi (28).

Continuando en sus experiencias y tratando de evitar los más leves inconvenientes, Tansini ha creído oportuno precisar todavía mejor en varias publicaciones (24, 25, 26) algunos particulares de técnica con el fin que la ejecución pueda resultar lo más posiblemente perfecta, especialmente por lo que se refiere á las dimensiones del colgajo para poder fijar actualmente una técnica definitiva exacta, cuyas modificaciones son hijas de la experiencia de varias decenas de casos tratados por el ideador del procedimiento.

Las figuras que insertamos servirán para hacer comprender mejor la técnica de los diversos momentos de la operación.

La incisión cutánea (fig. 1.^a) circunda la mama y debe comprender el pectoral mayor (del cual se conserva ordinariamente tan solo un pequeño haz clavicular) y eventualmente también el pectoral menor. Se tendrá cuidado de no practicar separadamente la ablación del

pecho con los pectorales y después el vaciamiento de la cavidad axilar. La separación de la mama y de los músculos pectorales de la pared torácica, se continuará sin interrupción hasta la cavidad axilar en modo de

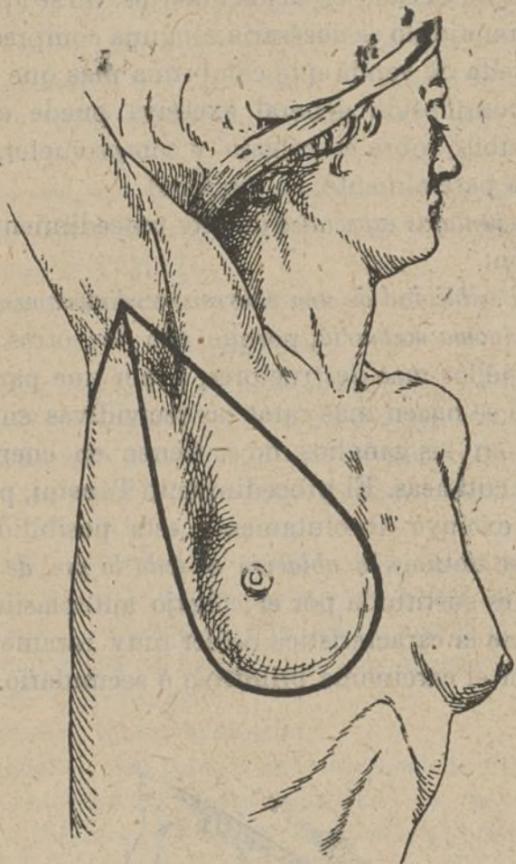


Fig. 1.ª

quitar también la vía linfática que va á la axila, haciéndose así un único bloque con la mama, los ganglios y el tejido graso.



Fig. 2.ª

Se pasa entonces á la confección del colgajo dorsal (fig. 2.ª) que debe comprender el gran dorsal y parte

del redondo mayor. No siendo siempre fácil la exactitud en las dimensiones de dicho colgajo, Tansini aconseja, después de ejecutada la ablación de la mama y el vaciamiento de la cavidad axilar y eventualmente subclavicular, tomar algunas medidas con una cinta y trazar—especialmente la primera vez que se ejecuta el procedimiento—el dibujo del colgajo mismo con una compresa empapada de tintura de iodo.

El error más frecuente es, en efecto, que el colgajo resulte corto; para evitar lo cual será conveniente medir la longitud con una cinta extendida desde el centro del pedúnculo del colgajo, sobre la escápula, pedúnculo que tendrá la anchura media de 6-7 centímetros pasando por la cavidad axilar hasta la extremidad externa de la herida. Se tendrá en cuenta la flexibilidad del borde de la herida misma que se debe en todo caso probar, para calcular la extensión y evitar que resulte



Fig. 3.ª

un colgajo demasiado largo. Menos fácil es cometer un error en la anchura del colgajo en el sentido de que pueda resultar estrecho; es necesario tener cuidado de no hacerlo inútilmente demasiado ancho como generalmente se tiene tendencia cuando se mide á ojo, en comparación con la anchura de la herida que se desea colmar, pues si el ancho del colgajo es excesivo, mientras no lo requiere la necesidad de la autoplastia, crea una dificultad innecesaria á la reunión de la herida dorsal.

El colgajo dorsal no debe ser tan largo como la herida dejada así resultante de la ablación de la mama; es necesario tener en cuenta que los bordes de dicha herida, por la elasticidad de la piel, pueden ser sensiblemente acercados, reduciéndose así notablemente su amplitud y sólo sobre esta dimensión se debe medir el ancho del colgajo dorsal. La elasticidad de la piel es

variada según los individuos, por esto no se puede dar una regla precisa y es necesario informarse caso por caso. Se acercarán, empujándolos con las manos aplicadas sobre la piel circundante, los bordes de la herida y se medirá su distancia, la cual indicará la anchura que tendrá que tener el colgajo dorsal.

En las incisiones se evitará toda disección cutánea y se procederá hasta el plano profundo, para comprender el tejido muscular. De este modo se asegura mucho más la vitalidad del colgajo incluso en las márgenes, se pierde menos sangre y se hará más pronto.

Despegado el colgajo dorsal, es transportado (fig. 3.^a) hacia la región mamaria; la lengüeta resultante de las incisiones anterior (por la ablación de la mama) y posterior (por la confección del colgajo) se llevará hacia el dorso.

Para evitar lo más que se pueda eventuales injertos cancerígenos, será buena regla la separación absoluta de los instrumentos que deben servir para la ablación de la mama, yaciamiento de la cavidad axilar y eventualmente de la región subclavicular de aquellos que se utilizan para la confección del colgajo dorsal.

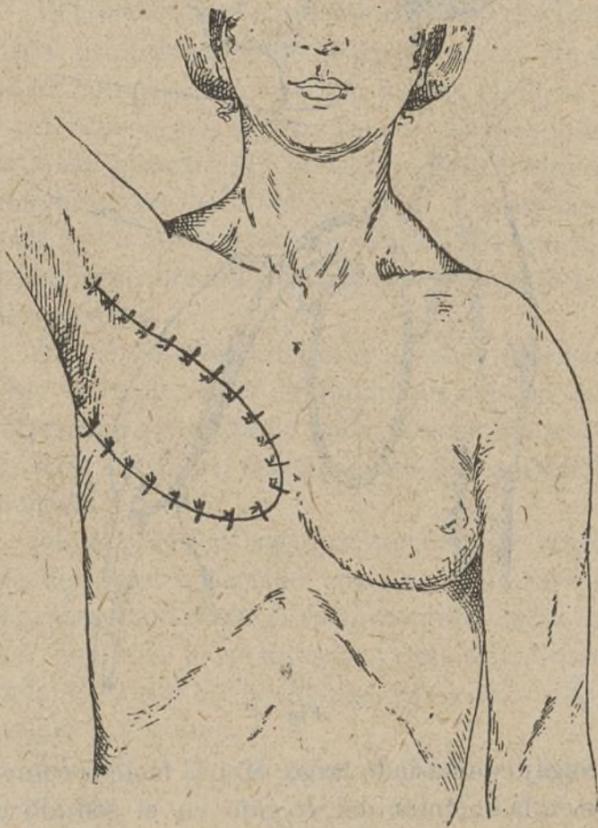


Fig. 4.ª

Suturada la herida (figs. 4.ª y 5.ª) se aplicará el vendaje con las precauciones especiales que sugiere la experiencia. Se debe tener cuidado de que esté bien practicado, que las vueltas de la venda ejerciten una compresión uniforme y que, en conjunto, el vendaje no sea muy ajustado como se tiene generalmente la tendencia á hacerlo cuando se aplica después de la amputación de la mama por el método antiguo, ó sea cuando se hayan disecado los colgajos de la piel mamaria y vaciado la axila con un único corte lineal. En este caso es bueno que el vendaje sea compresivo, pues, se ponga ó no el drenaje, existen siempre espacios muertos y cavidades que es conveniente abolir con la compresión;

faltando ésta, se pueden producir hematomas, frecuentes colecciones de líquido serohemático, perjudiciales para una rápida curación.

En la operación ejecutada con el procedimiento Tansini no existen espacios muertos, no se aplica nunca el drenaje, no es necesaria ninguna compresión, pero una vuelta de venda que comprima más que las otras, ó una compresión general excesiva puede engendrar un decúbito sobre el colgajo y comprometer, aunque sólo sea parcialmente, su vitalidad.

Las ventajas especiales de este procedimiento operatorio son:

a) Posibilidad de una exeresis verdaderamente radical del carcinoma mamario, porque con los otros métodos aun aquellos más destructores, si por una parte se impiden ó se hacen más raras las recidivas en los músculos y en los ganglios, no se tienen en cuenta las recidivas cutáneas. El procedimiento Tansini, por el contrario, excluye absolutamente esta posibilidad, pues con él se obtiene la ablación de toda la piel de la mama, la cual es sustituida por el colgajo autoplástico dorsal que tiene la característica de ser muy raramente invadido por el carcinoma primitivo ó secundario.

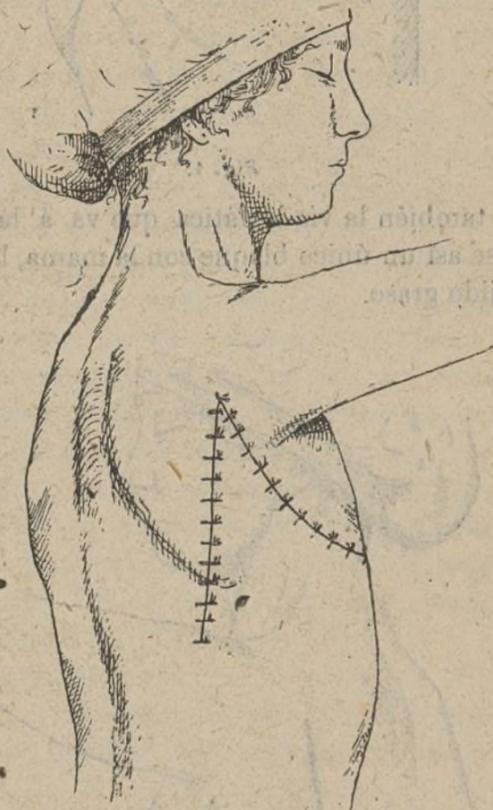


Fig. 5.ª

b) Curación operatoria pronta, por primera intención aun en los casos de extensas difusiones en comparación á inevitables cicatrizaciones de grandes llagas, de muy larga duración y con resultado de cicatriz poco resistente, adherente y que conduce muy á menudo al encurvamiento antelateral del tronco, si no tiene lugar ya la recidiva antes de que la herida se cierre completamente á pesar de los injertos cutáneos, como Tansini ha podido observar en alguna operada de parto, de un eminente cirujano extranjero.

c) Falta de retracción cicatricial, de adherencia con la vena, de consiguientes obstáculos circulatorios y de limita-

ción de los movimientos del brazo; sobre todo, por lo que se refiere á estos últimos, se puede asegurar que esos tienen lugar en modo perfectamente igual á aquellos del lado opuesto, y sólo con una mínima despreciable limitación, diversamente de cuanto suele á menudo acontecer con los otros procedimientos destructores.

Después de todo lo que hemos expuesto, creo que no se podrá poner en dudas la importancia de un procedimiento operativo tan técnicamente y terapéuticamente completo y al cual sin duda le pertenece el derecho de elección entre varios procedimientos operativos que poco á poco han sido escogitados para la cura radical del cáncer mamario (D'Este).

Pavía, Abril de 1921.

Bibliografía.

- (1) Ajello: «Sul processo Tansini per l'amputazione della mammella». Congreso Siciliano di med. é chir (Atti), 1910.
- (2) Albanese: «Sopra alcuni casi di amputazione della mammella per cancro col processo Tansini». *Gazzetta degli Ospedali é della Cliniche*, 1910.
- (3) Bindi: «Método Tansini nel carcinoma ulcerato della mammella». *Gazzetta degli Ospedali é delle Cliniche*, 1914.
- (4) Campari: «Contributo alla terapia operativa del cancro delle mammelle col método Tansini». *Gazzetta degli Ospedali é delle Cliniche*, 1910.
- (5) Cernezzì: Citato da Tansini.
- (6) Gignozzi: «La técnica dell'amputazione della mammella cura radicale del cancro mamario in rapporto alle sue vie di diffusione; contributo personale al método Tansini». *Archives internat. de Chir.*, 1907.
- (7) Gignozzi: «Sopra una nuova indicazione del processo Tansini per l'amputazione della mammella». *Riforma med.*, 1910.
- (8) Gignozzi: «Amputazione della mammella col método Tansini per tubercolosi». *Policlinico (sez. prat.)*, 1910.
- (9) Crosti: «Discussione alla seduta del 30 Giugno 1908 della Società Milanese di Med. é Biol.».
- (10) Della Torre: «Su l'amputazione della mammella col processo Tansini». *Pensiero médico*, 1912.
- (11) D'Este: «La técnica dell'amputazione della mammella col processo Tansini». *Il Morgagni (parte 1.ª)*, 1911.
- (12) D'Este: «La technique de l'amputation de la mamelle pour carcinome mammaire». *Revue de Chirurgie*, 1912.
- (13) Guibe: «L'amputation du sein cancéreux par le procédé Tansini». *Presse med.*, 1914.
- (14) Gross: Citato da Tansini.
- (15) Koeser: Thèse de Bale, 1880.
- (16) Marzagaglia: «Sulla terapia operativa del cancro della mammella». *Il Morgagni*, 1907.
- (17) Purpura: «Il processo Tansini per la cura del cancro mamario». *Corriere sanitario*, 1907.
- (18) Purpura: «Tansini-Method for the cure of cancer of the breast». *The Lancet*, 1907.
- (19) Rieffel: Citato da Tansini.
- (20) Ruth: Citato da Tansini.
- (21) Tansini: «Nuovo processo per l'amputazione della mammella per cancro». *Riforma médica*, 1896.
- (22) Tansini: «Sopra il mio nuovo processo di amputazione della mammella». *Riforma médica*, 1906.
- (23) Tansini: «Sul mio processo di amputazione della mammella per cancro». Comunicaz. con presentaz. di malate alla Società Milanese di Med. é Biol., 1908.
- (24) Tansini: «Sul mio processo di amputazione della mammella per cancro». *Riforma médica*, 1913.

(25) Tansini: «Quelques mots sur mon procédé d'amputation du sein cancéreux». *Presse médicale*, 1914.

(26) Tansini: «Sul mio processo di operazione radicale per il cancro della mammella». *Rendiconti del R. Ist. Lombardo di Scienze é Lettere*, 1915.

(27) Tansini: «Sul mio processo di amputazione della mammella per cancro». *Riforma médica*, 1918.

(28) Thevenhard: «Sur l'amputation par le procédé de Tansini du sein atteint de néoplasme». *Presse médicale*, 1913.

(29) Uffreduzzi: «Traduzione Italiana del «Cosso di operazione chirurgiche» di Schmieden». *Unione tipogra. edition Torinese*. 1913.

Jaqueca oftalmoplégica seguida de oftalmoplegia sensorio-sensitivo-motriz del mismo lado, de atrofia óptica del contrario y de muerte

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Oculista del Hospital provincial de Almería.

Entre las singulares afecciones del aparato de la visión, todavía desconocidas en su esencia íntima, ocupa un lugar preeminente la que es motivo de estas líneas; que no tienen, confesamos, la pretensión de hacer una descripción acabada y minuciosa de la misma, que además resultaría superfluo por encontrarse en todas las Enciclopedias de Oftalmología, y mucho menos de recopilar las observaciones hasta ahora publicadas, para lo que sería necesario estar en posesión de una surtida y variada biblioteca, ó en sitio donde poderla consultar, condiciones estas últimas que á nosotros nos faltan.

Sólo á título de contribuir al mejor conocimiento de esta rara afección, cuanto á la de enriquecer la Oftalmología patria, es por lo que damos á conocer ésta muy interesante observación clínica, permitiéndonos después hacer algunas reflexiones acerca de los puntos más salientes de la misma y quizá... hasta compararla con las pocas que hemos encontrado en la literatura á nuestro alcance.

Observación.—Antonia R. M., de veintinueve años, mujer del campo, de clase pobre, de regular constitución y de buena salud, casada y natural de Viatror (Almería) se presentó en nuestra consulta privada el día 21 de Agosto de 1914.

A nuestro interrogatorio nos manifestó que su padre falleció á consecuencia de una hemorragia cerebral, que su madre vive y goza de buena salud, como igualmente sus hermanos, y que no tiene noticias de que ninguna otra persona de su familia haya sufrido enfermedades nerviosas, ni del aparato de la visión.

En cuanto á ella misma, nos refiere que solamente ha padecido el tifus, sin precisar la fecha. Hace tres años, se casó y ha tenido un solo hijo, el cual lleva consigo, y que aún está en la lactancia, criándose saludable. Ella siempre ha estado, y en la actualidad lo está bien reglada.

La enfermedad actual comenzó hacia tres meses por un dolor, no muy intenso, que interesaba toda la mitad izquierda de la cabeza y el ojo del mismo lado y vómi-

tos; este dolor duró como media hora y desapareció sin dejar huellas para reaparecer en los días sucesivos á la misma hora (de nueve á diez de la mañana); si bien, aumentando progresivamente en intensidad y duración. Ultimamente le duraban casi todo el día y eran intensísimos.

Nueve días antes de acudir á nuestra consulta y después de pasar tres meses en estas condiciones, observó que veía muy nublado con el ojo izquierdo, al mismo tiempo que su familia le notó que la pupila de este ojo estaba más dilatada que la del derecho y que el párpado superior del mismo ojo izquierdo lo tenía caído.

He aquí su estado el día 22 de Agosto de 1914, á su presentación en nuestra consulta.

Parálisis total del nervio motor ocular común (III par) del ojo izquierdo, con su completo cortejo sintomático de oftalmoplegia extrínseca é intrínseca: ptosis, parálisis de los músculos rectos superior, interno, inferior y oblicuo menor, parálisis del esfínter de la pupila y de la acomodación, estrabismo divergente, diplopia cruzada y ligera exoftalmía.

El ptosis es completo presentándose el párpado superior flácido y en contacto con el inferior. Merced á contracciones enérgicas del músculo frontal, el párpado superior se eleva un poco, dejando una abertura palpebral de poco más de un milímetro de altura; elevación que queda sin efecto si se tiene cuidado de fijar la ceja del mismo lado. Como consecuencia del ptosis completo, la visión de este ojo no se verifica y, por tanto, no tiene lugar la diplopia muy molesta que la enferma observa cuando se le levanta el párpado superior. Al elevar este párpado se observa un estrabismo divergente del ojo izquierdo y al invitar á la paciente á verificar los movimientos hacia arriba, adentro y abajo, éstos quedan sin efecto permaneciendo el globo ocular en su sitio, sin haber siquiera la más pequeña sacudida nistagmiforme. La pupila está dilatada, aunque sin llegar al máximo y presenta todos los caracteres de la midriasis paralítica, aumentar por la atropina y cocaína, disminuir por la eserina y no reaccionar ni á la acción de la luz, de la acomodación, ni de la convergencia, así como tampoco á la consensual, si bien se conservan las vías centripetas del reflejo fotomotor: la iluminación de la pupila que no se contrae, en cambio, produce la contracción de la del ojo opuesto.

El fondo del ojo presenta una hiperemia de ambas retinas, si bien más acentuada la del ojo izquierdo, la agudeza visual del ojo derecho es de $\frac{1}{2}$ y la del izquierdo de $\frac{1}{4}$. Con el ojo derecho lee bien de cerca y, en cambio es imposible toda visión próxima con el ojo izquierdo, siendo necesario para tal objeto una lente de + 2 dioptrías.

El campo perimétrico de la visión del ojo derecho es sensiblemente normal y, en cambio, la del izquierdo presenta una reducción concéntrica regular de los colores.

Como fenómenos subjetivos la enferma se queja de fuertes dolores accesionales que ocupan toda la mitad izquierda de la cabeza y la órbita del mismo lado y que

se irradian al ojo, comenzando por la mañana de nueve á diez y desapareciendo de dos á tres de la tarde. Estos accesos son diarios y se acompañan de estado nauseoso y de vómitos.

Diagnóstico.—Al cuadro sintomático presentado por esta enferma, de parálisis completa del III par; de dolores hemicránicos en forma de jaqueca apareciendo por accesos y acompañados de vómitos; no tuvimos inconveniente en diagnosticarlo del síndrome que Charcot denominó *jaqueca oftalmoplégica*.

En averiguación de la etiología se le hizo una reacción Wassermann que fué negativa.

Tratamiento.—Le prescribimos solamente tres sellos medicamentosos al día conteniendo cada uno 20 centigramos de quinina y 10 de aspirina, medicación que tomó durante una semana.

El 1.º de Septiembre de 1914 volvió á la consulta y nos manifestó que el día que la vimos por primera vez, el dolor de la mitad izquierda de la cabeza había sido fuertísimo y que desde entonces y aun antes de empezar á tomar la medicación éstos no habían aparecido. Nos encontramos que el párpado superior lo levantaba un poco más, y que el ojo lo movía ligeramente hacia arriba y hacia abajo; si bien el estrabismo, la midriasis y la parálisis de la acomodación estaban en el mismo estado.

Día 14 de Septiembre.—3.ª presentación en la consulta. Los dolores no han reaparecido y los ligeros movimientos que se iniciaban en el párpado superior y en los rectos superior é inferior han desaparecido. A título de hacer algo y en espera de internarla en nuestra clínica del Hospital, le prescribimos yoduro potásico á la dosis de 60 centigramos por día.

Ya no volvimos á saber más de la enferma, impidiéndonos, por resultar incompletos, publicar los datos que anteceden y que cuidadosamente habíamos recogido; pero he aquí que el 16 de Marzo de 1918, cuatro años después, nos llama la atención una de las enfermas de la consulta pública del Hospital Provincial á nuestro cargo, que presentaba un ptosis del párpado superior izquierdo, la que al ser interrogada acerca de la fecha del mismo, nos recordó que era la paciente que en 1914 habíamos asistido de la misma afección y de dolores en la cabeza, reconociéndola en seguida porque su imagen no había desaparecido de nuestra memoria. Pero nuestra sorpresa fué inmensa al manifestarnos que se había quedado totalmente ciega.

El examen de la paciente nos suministró los siguientes datos: *ojo izquierdo*: ptosis total del párpado superior, que elevado con el dedo oculta un ojo completamente inmóvil en todas direcciones con ligera exoftalmía directa (paralítica), por parálisis de todos los músculos extrínsecos; totalmente insensible al dolor, al tacto y á la temperatura, tanto en la córnea como en la conjuntiva bulbar y palpebral y anestesia táctil en toda la zona cutánea del trigémino izquierdo y con pupila dilatada que no reacciona á la luz. *Ojo derecho*: midriasis completa y abolición del reflejo foto-motor; pero conservándose normales los movimientos extrínsecos del globo ocular, así como la sensibilidad. Por

oftalmoscopia se comprueba una atrofia blanca simple y total de ambas papilas ópticas (descendente ó cerebral). La ingresamos en nuestra Sala de Santa Lucía, para poder estudiar con detenimiento tan extraña afección.

Interrogado acerca de la marcha del padecimiento durante el tiempo transcurrido desde la aparición de su jaqueca oftalmoplégica, en el lado izquierdo, es decir, desde que dejó de asistir á nuestra consulta privada en Septiembre de 1914, nos refiere el marido que los dolores que padecía la enferma desaparecieron totalmente en aquella fecha, aunque quedó con el párpado superior caído, pero cuando se lo levantaba con la mano le observaba la pupila dilatada y la enferma seguía viendo con el ojo, y como no se quejaba de molestias, no volvieron á consultar, continuando en este estado hasta hacía cuatro meses, que le aparecieron de nuevo los fuertísimos dolores en el lado izquierdo de la cabeza, al mismo tiempo que poco á poco perdía la visión en ambos ojos, llegando á quedar totalmente ciega en dos meses; desapareciendo entonces, á la vez que la vista, los dolores, que no se han vuelto á presentar.

En los días sucesivos le practicamos cuantos reconocimientos complementarios creímos necesarios y he aquí el resumen: frecuentemente sufre contracciones generalizadas epileptiformes, comprobadas por el personal de la clínica. Está completamente desmemoriada y durante los cuatro últimos meses ha tenido tendencia á estar siempre durmiendo, la que se acentúa cada más. La reacción de Wassermann verificada de nuevo y el análisis de la orina son negativos. Existe una parálisis facial izquierda, con contractura y sin reacción de degeneración. Hay exaltación de reflejos, rutuliano, del tendón de Aquiles en ambos lados y Babinski, del radial, cubital, tríceps y bíceps del lado derecho. No hay temblor. La sensibilidad normal, excepción hecha de la zona del trigémino izquierdo. Tensión arterial máxima 14 y mínima 7.

Los síntomas cerebrales fueron empeorando y el 25 de Abril de 1918 le dimos de alta, á petición de la familia, suponiendo que no tardaría en sucumbir á los progresos de la enfermedad.

Posteriormente, al redactar estas notas hemos llamado al marido de esta enferma, quien nos refiere que su esposa desde su salida del hospital, continuó agravándose de tal modo que falleció el día 12 de Junio de 1919. Nos dijo que continuó totalmente desmemoriada y como imbecil y que los dolores le volvieron al poco tiempo, durándole cada acceso doloroso ocho ó diez horas, permaneciendo después completamente atontada varios días consecutivos; si bien estas crisis dolorosas las sufría dos ó tres veces por mes. Poco tiempo antes de su muerte, nos continúa diciendo el marido, se le hinchó el cuello por las partes laterales y se cansaba al menor esfuerzo; y por último, se le hincharon los pies y á poco todo el cuerpo, formándosele flictenas epidérmicas llenas de serosidad en diferentes sitios, incluso en el cuero cabelludo, muriendo en este estado.

Como se ve por la descripción que antecede, esta observación presenta la sintomatología típica, mas al-

gunas otras particularidades que la avaloran, de la afección dada á conocer por Gübler en 1860, con motivo de un caso personal; aceptada como entidad clínica independiente por Möbius en 1884, al presentar otro de su práctica y bautizada y descrita por Parinaud y Marie en 1885 que publicaron otra observación; así como por el gran Charcot (1890) que le imprime el sello de su elevada autoridad científica, dándole el nombre, que más se emplea.

Esta afección es actualmente conocida con nombres diferentes, según los países: *parálisis periódica ó recidivante del motor ocular común*, en Alemania; *parálisis recidivante dolorosa de los músculos oculares*, en Inglaterra; *neuralgia y parálisis ocular de retorno periódico* (Parinaud y Marie), y *jaqueca oftalmoplégica* (Charcot), en Francia. Esta última designación es la que más se emplea especialmente en las naciones latinas y americanas; pues reúne en sí la sencillez y la expresión.

Después de estas primeras publicaciones, la casuística se enriquece con nuevas observaciones, si bien no tan numerosas como en otras afecciones que pasan por poco frecuentes; siendo el número de casos publicados hasta 1905, de 41, según Alex W. Stirling, y de 88 en 1907, según el notable trabajo del profesor Finlay, de la Habana, con motivo de uno personal y acompañado de la completa nota bibliográfica sobre el particular, en la que existen catorce nombres de autores americanos, entre ellos varios de habla castellana (Dimecheri, Isola y León, Pastor, Valdés, Anciano y Grande Rossi); á los que ya hay que añadir el suyo muy ilustre.

Nosotros, además de esta observación, y por una de esas extrañas coincidencias de la clínica, al redactar estas notas (día 6 de Septiembre de 1920), se nos presenta otro caso de esta rara afección, que será motivo después de otra publicación.

Seguramente, pocas observaciones se encontrarán tan completas en la literatura oftalmológica como la que hemos descrito y en la que hemos seguido el curso de la afección desde su comienzo hasta su terminación, lo que permite, á nuestro juicio, un estudio acabado de la misma.

Las descripciones clásicas consideran en la jaqueca oftalmoplégica cuatro periodos, con mayor ó menor predominio de los elementos, dolor y parálisis de los músculos oculares.

En la sintomatología estudian los siguientes periodos: primer período, dolor unilateral del cráneo y cara, cuyo máximo de intensidad corresponde á la órbita y sien, de marcha continua unas veces, evolucionando por accesos otras, acompañado de náuseas y hasta de vómitos; segundo período, disminución ó cesación temporal de la neuralgia facial y aparición de síntomas de paresia de los músculos oculares dependientes del motor ocular común predominando unas veces los de la musculatura intrínseca y otras la extrínseca; tercer período, mejoría aparente de las paresias oculares y reaparición de los dolores, y cuarto período, instalación definitiva de las parálisis moto-oculares (especialmente del III par), y presentación de muy tarde en tarde de algún acceso doloroso.

Los síntomas accesorios varían de unos casos á otros, y son: hipo ó hiperestesia del trigémino (Darkschewitsch, Kollaritz); estrechamiento del campo visual (Thomsenn); escotoma centelleante (Lapersonne); parálisis del VI par (Charcot), y del patético (Russell Lutzberger); afasia pasajera (Isola y León), ligera reacción fébril y tendencia al sueño (Finlay), etc.

El pronóstico que se asigna actualmente á esta afección está compendiado en la frase de Senator: *la enfermedad cesa de ser una parálisis periódica recidivante para transformarse en una enfermedad continua de exacerbaciones periódicas*; es decir, que la parálisis moto-ocular es definitiva, permanente; aunque se considera favorable *quad vitam*.

Haciendo ahora un estudio comparativo entre nuestro caso y las descripciones clásicas, en lo referente á síntomas, complicaciones y pronóstico, resulta:

Los accesos dolorosos del comienzo de la afección duraron en nuestra enferma cuatro meses; eran de presentación diaria y se acompañaban de náuseas y vómitos. Al finalizar el tercer mes apareció la parálisis total (intrínseca y extrínseca) del III par, que con alternativas de mejoría, se hizo definitiva y permanente al cuarto mes, después de la última crisis dolorosa de aquella época y de una terrible intensidad; quedando á la vez una *reducción concéntrica del campo visual*.

Después pasaron tres años, sin ningún dolor, aunque con su parálisis del III par izquierdo é integridad de la visión, al cabo de cuyo tiempo reaparecieron los dolores en el mismo lado de la cabeza, pero todavía más fuertes que en la primera etapa; al mismo tiempo que empezó á perder visión en ambos ojos, quedando totalmente ciega en dos meses, desapareciendo entonces por segunda vez y totalmente los dolores, con la pérdida de la vista y las parálisis múltiples del lado izquierdo y trastornos cerebrales.

Posteriormente ciega y con oftalmoplegia total sensitivomotriz del ojo izquierdo, tuvo un segundo período de calma de los dolores que reaparecieron por tercera vez, varios meses después y ya de un modo violentísimo, falleciendo entonces á los progresos de la enfermedad.

Es decir, que esta enferma ha presentado en el curso de cinco años tres períodos dolorosos, después de los cuales han quedado lesiones irreparables: así después del primer período quedó la parálisis total del III par, y la reducción concéntrica del campo visual del lado afecto; después del segundo período doloroso, quedó la *doble atrofia óptica* y la parálisis total del III, IV, V, VI y VII pares craneales del lado correspondiente, *contracciones generalizadas, pérdida de la memoria y tendencia al sueño*, y consecutivamente al tercer período doloroso aparecieron trastornos *circulatorios, lesiones cardíacas, anasarca y muerte*.

Como síntomas accesorios aparte de los esenciales, dolor y parálisis del III par, ha presentado una multitud de ellos, ya mencionados; tales son: *reducción periférica y concéntrica del campo visual, parálisis del II, IV, V, VI y VII pares craneales del lado izquierdo y parálisis del II del lado derecho; así como contracciones epilepti-*

formes, pérdida de la memoria, de la inteligencia y tendencia al sueño.

El pronóstico no ha podido ser más desastroso; y el estudio atento de este caso parece demostrar que esta afección tiene una marcha fatalmente progresiva, de mayor ó menor duración, pero de terminación fatal, como en la que motiva estas líneas, que á nuestro juicio pudiera servir de tipo de descripción.

Sólo nos resta decir cuatro palabras de los puntos más oscuros de esta afección. Me refiero á la etiología y á la patogenia.

Con respecto á la etiología nada se sabe hoy en concreto. Parece que predomina en el sexo femenino (nuestras dos observaciones recaen en mujeres); de pobre condición social (las nuestras eran gente de humilde posición), y con predominio en la juventud, siendo excepcional en la vejez (nuestra segunda observación se trata de una mujer de cincuenta y seis años).

La herencia nerviosa se encuentra en muchas observaciones, y en las dos nuestras, la que es objeto de este trabajo su padre murió de hemorragia cerebral, y la que tenemos en estudio el padre murió de igual afección y tiene un hermano loco.

La sífilis no parece motivar la afección, habiéndose inculcado alguna vez al traumatismo, á afecciones vasculares, á neoplasias y á afecciones.

Nada nuevo, pues, podemos aportar sobre este particular.

La patogenia es la parte más interesante de esta afección. Estamos hoy lejos de creer que una sola alteración funcional, sea de origen vaso-motor, como pensaba Charcot, sea de otra índole, pueda determinar lesiones anatómicas de tanta monta, como las que más arriba mencionamos. Sólo á título de prelude patológico pudiera admitirse, pero en modo alguno cuando la enfermedad ya está constituida, en su período de estado. Evidentemente que las lesiones deben ser de importancia, puesto que lo son las consecuencias que acarrea; surgiendo en seguida la pregunta del sitio donde radican y de su naturaleza.

Desde el punto de vista práctico tiene gran importancia el conocer las cualidades de las lesiones que motivan esta afección, para disponer una terapéutica en consonancia de las mismas; pero por hoy este ideal se nos escapa y sólo se satisface la curiosidad científica investigando su emplazamiento. El asunto no es tan fácil de resolver en los primeros tiempos del padecimiento, cuando existen paresias ó parálisis parcelarias más ó menos fugaces y erráticas; pero cuando las parálisis se instalan de una manera definitiva la decoración parece cambiar. El estudio razonado de cada síntoma nos pondrá en camino de la localización.

Lo primero que aparece es la neuralgia del trigémino, especialmente de sus ramas oftálmica y maxilar superior, y su intensidad es parecida á la que presenta el síndrome de Gradenigo, y como ella, la anatomía dice que la lesión debe radicar en la base del cráneo, sea antes en el ganglio de Gasser ó después de su división en las tres ramas, pero siempre antes de su paso por la hendidura esfenoidal, agujero redondo mayor y

agujero oval respectivamente; puesto que sería violento admitir una coincidencia patológica después de la salida del cráneo de estos nervios.

Antes del ganglio de Gasser, las lesiones del trigémino pueden ser nucleares, radicales y tronculares; no pudiendo aceptar ninguna de estas localizaciones por sencillas razones anatómicas que no se ocultarán; tales son: en el suelo del cuarto ventrículo (protuberancia y bulbo raquídeo), los núcleos escalonados del V par, están en relación inmediata con los de origen de los nervios bulbo-protuberanciales y las lesiones de una región tan limitada habían de trascender á ellos. Igualmente puede decirse del trayecto intra-protuberancial de dicho nervio, en cuyo caso existirían las conocidas parálisis alternas, especialmente la protuberancial inferior ó de Millard Gübler. Tampoco puede admitirse lesión en el corto trayecto desde la protuberancia al borde superior del peñasco, porque en dicho caso se interesa cuando existe alteración del líquido cefalorraquídeo, que se denuncia por otros síntomas diferentes.

Ahora bien, si se echa una ojeada sobre una buena lámina de anatomía, en la zona correspondiente á la inserción de las circunferencias de la tienda del cerebelo (por ejemplo la 416 del tomo 2.º de Testut, París, 1897), se observará, que á partir del borde superior del peñasco y limitando la parte interna de la fosa cerebral media, la duramadre se engruesa en forma de ligamentos que van á insertarse en las apófisis clinoides anterior y posterior (circunferencia menor y mayor, respectivamente, de la tienda del cerebelo), á la vez que se desdobra al traspasar el borde superior del peñasco, constituyendo la cavidad de Meckel, donde se aloja el ganglio de Gasser y que en esta limitada región se encuentran, además de este ganglio y sus tres ramas de origen, los nervios III y IV pares, así como el nervio óptico y la cintilla óptica correspondiente (el VI par camina más profundamente encima del vértice del peñasco, para atravesar en seguida la pared del seno cavernoso é introducirse en su interior, mientras que el motor ocular común y el patético quedan adosados á la pared del mismo).

Pues bien, en esta región que no debe haber dificultad en denominarla de la *jaqueca oftalmoplégica*, es donde deben radicar las lesiones, seguramente de naturaleza meníngea (hemorrágica, inflamatoria ó neoplásica), responsables de tan enigmática afección.

Por las mismas razones asignadas al V par, no deben admitirse para el III las localizaciones nucleares, radicales y funiculares posteriores á la fosa cerebral media; lugar donde hemos dicho encuentran explicación la sintomatología mencionada.

Es probable que las lesiones que debutaron en esta intrincada región de la base del cráneo, se propaguen más tarde á otros lugares, tanto meníngeos como encefálicos, lo que explique las parálisis del IV, VI, II y VII pares y las convulsiones como en este caso, y los trastornos mentales observados en algunos casos (el de los Dres. Isola y León, terminó por la locura, y el nuestro por la idiotéz), y hasta la terminación fatal de nuestra observación.

Con respecto á tratamiento que nada se ha dicho todavía en concreto, nosotros sólo podemos adelantar la noticia, de que actualmente estamos tratando el segundo caso, á que antes hemos hecho mención, con las inyecciones de leche, no á título de curativas (que bien pudieran serlo), sino de paliativas del elemento dolor, que tan favorablemente es influenciado por esta novísima medicación. Efectivamente, con la primera inyección el dolor desapareció totalmente y la paresia del elevador y del motor interno mejoró. Después al publicar dicho caso, insistiremos sobre el particular.

Almería, Septiembre de 1920.

Bibliografía.

Dr. Molou: «Jaqueca oftalmoplégica periódica». *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, 1905, pág. 650.

Dr. C. E. Finlay: «Consideraciones sobre un caso de parálisis recidivante del motor ocular común (Jaqueca oftalmoplégica)». *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, 1908, pág. 8.

Dr. Alex. W. Stirling: «Paralysie recidivante des muscles oculaires, accompagnée de douleurs». *Archives d'Ophthalmologie*, 1906, pág. 54.

Dr. Kostér: «Sur la paralysie recidivante, alternée de l'oculo-moteur». *Archives d'Ophthalmologie*, 1907, pág. 43.

Dr. Pascheff: «Sur une paralysie alterne particulier. Ophthalmoplégie sensitivo-motrice directe totale et hemiplegie motrice croisée d'origine traumatique». *Archive d'Ophthalmologie*, 1909, pág. 185.

Dr. Ch. Sauvinau: «De la migraine ophthalmoplégique». *Encyclopedie Française d'Ophthalmologie*, tomo 7.º, pág. 623.

Dres. A. Isola y J. León: «Jaqueca Oftalmoplégica». Sociedad de Medicina de Montevideo, sesión de 8 de Marzo, 1901. *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, mes de Diciembre de 1901, pág. 594.

Testut: «Anatomie Humaine». Tercera edición francesa, tomo 2.º, págs. 493 y 572.

TRATAMIENTO DE LA SIFILIS DURANTE TODOS SUS PERIODOS POR LAS INYECCIONES NGVARSENICALES SUBCUTANEAS DIARIAS

POR EL

DR. J. MINET

Catédrico de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Lille.

El título mismo de esta comunicación da á entender cuál es su objeto. Se trata de un modo de usar compuestos novarsenicales que, aun no siendo nuevo, no se emplea, sin embargo, corrientemente ni tampoco queda admitido por todos. Yo quiero hablar de mi método terapéutico por inyecciones subcutáneas y diarias. Pues bien, he buscado cuál podría ser el disolvente ideal que permitiese hacer inyecciones subcutáneas del medicamento, evitando completamente cualquier reacción local. Desde hace algunos meses yo uso un disolvente con glucosa y ácido fénico, el «dissolvarsan» que, esta vez, me ha dado entera satisfacción. Con éste, jamás me ocurrió tener induraciones persistentes ni tampoco dolor prolongado; he podido hacer series repetidas de inyecciones subcutáneas en un número considerable de enfermos sin ver levantarse la menor protesta.

El resultado global de esta terapéutica no ha dejado de sorprenderme á mí mismo, á los compañeros y á los discípulos quienes la han visto puesta en obra,

Sin embargo, haré mención, sin insistir, de sífilides ulcerosas graves y generalizadas, curadas en seis semanas, después de inyección de 6 gramos de novarsenobenzol; sífilíticos secundarios, de intensidad mediana, curados en algunos días; gomas del cuello, del maxilar inferior, de la tibia que, delante de nuestros ojos, han fundido. Dos males perforantes plantares, el uno curado con 2,50 gramos de novarsenobenzol, en quince días, y el otro casi cicatrizado con 4,75 gramos en dos series de 15 inyecciones; una sífilis gástrica curada con todos sus accidentes hemorrágicos y dispépticos, tanto más cuanto que el enfermo no ha querido continuar el tratamiento después de haber recibido 3,95 gramos en dos series; una aórtica crónica con soplo al primer ruido, curada igualmente (desaparición del soplo y de la dilatación a la pantalla radioscópica) con dos series de 15 inyecciones de 15 centímetros; un aneurisma de la aorta más grueso que el puño, disminuido a la mitad después de un tratamiento de tres meses (comprobación radioscópica); una tabes incipiente curada (desaparición de todas las señales dolorosas, reaparición de los reflejos, marcha vuelta a ser normal) con dos series de inyecciones, habiendo dado más ó menos 4 gramos de medicamento; una tabes antigua muy mejorada (disminución importante de los dolores, mejoramiento considerable de la marcha) con 2,40 gramos en veinte días; una tabes con gruesa artropatía de la rodilla notablemente mejorada por dos series de quince días a 15 centigramos por inyección, al punto de poder andar sin bastón, mientras que el enfermo necesitaba antes dos muletas, etc. Yo puedo dar por cierto que ninguna otra terapéutica me ha dado resultados semejantes a los que estoy consiguiendo actualmente. Se trata, pues, de un conjunto de ventajas tanto más importantes cuanto que he dejado fuera cualquier otro modo de tratamiento antisifilítico. Se hace la inyección en el tercio superior del muslo, cara externa, al contacto del «fascia lata» utilizando una ampolla de dissolvarsan. Con ayuda de la jeringa hay que echar fuera su contenido dentro de la ampolla de arsenobenzol, cualquiera que sea su marca: salvarsán, neosalvarsán, neoarsenobenzol, etc. Después se vuelve a llenar la jeringa con la disolución que se hace instantáneamente. Es preciso clavar la aguja profundamente bajo el cutis, enteramente al contacto de la aponeurosis, lo que es muy esencial puesto que al hacer una inyección superficialmente bajo el cutis hay riesgo de que dé fiebre, dolores y rubicundez. Con el fin de alejar dichos accidentes, basta, pues, hacer la inyección profundamente bajo el cutis.

He aquí mi modo de tratar la sífilis: Durante el primer período, hago series de 15 inyecciones subcutáneas de ampollas de cualquier arsenobenzol de 0,15 centigramos cada una con ayuda de las ampollas de dissolvarsan; dejo un intervalo de quince días entre cada serie durante seis meses.

Yo junto siempre el mercurio con el arsénico, lo que es indispensable. Las series de mercurio se hacen lo mismo que las de novarsenobenzol y sin el menor inconveniente. Doy la preferencia al biyoduro de mercurio.

Los seis meses siguientes al período secundario, series de 15 inyecciones con intervalos de un mes. El segundo año, series de quince días espaciados de dos meses. Tercero y cuarto año, plazo de tres meses. Hay que usar la reacción de Wassermann para vigilar la curación.

Siendo manejado con método y perseverancia, dicho tratamiento da resultados verdaderamente maravillosos contra la parálisis general, la tabes, las aortitis, los gomas óseos y cutáneos. Es práctico, puede ser utilizado fácilmente por todos los médicos y da a la vez resultados muy superiores a los de las inyecciones intravenosas, aun empleando dosis bastante fuertes. Se trata muy de veras del tratamiento ideal de la sífilis en el estado actual de nuestros conocimientos.

Por otra parte, yo he de insistir porfiadamente sobre el hecho que mis enfermos van sometidos simultáneamente a una cura mercurial; las series de mercurio se manejan exactamente lo mismo que las de novarsenobenzol. Jamás me ha ocurrido que uno de los medicamentos haya tenido alguna influencia sobre la absorción del otro.

Las etopsicopatías ó locuras del carácter ⁽¹⁾

POR

D. ANTONIO FERNÁNDEZ-VICTORIO Y COCIÑA

Otra forma de las que venimos denominando etopsicopatías ó locuras del carácter es el *circularismo*, que mejor podría llamarse *cicloísmo*, término que deriva de *cíulos*, círculo, y *timos*, humor; significando, pues, humor circular. Los cicloímicos son tipos morbosos de muy frecuente observación, no por cierto en los Frenocomios, sino en el ambiente social. Todos conocemos, en efecto, a esos sujetos que el vulgo llama lunáticos, porque son desiguales de carácter manifestándose tan pronto expansivos y alegres en exceso como deprimidos, tristes y con tendencia al aislamiento. En ellos puede decirse que es raro el verdadero equilibrio; siempre predomina un más ó un menos, en lo que pudiéramos designar índice de la actividad psíquica. La desigualdad de su tono emotivo es bien palmaria, y si tratásemos de esquematizar esta perturbación de su carácter, no habría más que representarla por una curva ininterrumpida que sobrepasase hacia arriba y hacia abajo en ondulaciones incesantes la línea horizontal representativa de la anormalidad. Excitados ó deprimidos, puede decirse que nunca normales, locuaces y llenos de satisfacción y muy vivos de reacciones unas veces, y retraídos y con gran desaliento y excesivamente quietos otras, como en realidad no son perjudiciales para sus convivientes, no se les considera enfermos, sino poco equilibrados. Más y cual se comprende, son perturbados, por no conservar la debida ponderación sus distintas modalidades de actividad psíquica, y, sobre todo, por constituir tales anomalías el fondo de la locura maniaco depresiva, pues tan pronto obra sobre ellos una causa adecuada, de orden emocional muy singularmente,

(1) Véase el número anterior.

se acentúan aquellos rasgos morbosos ya indicados, surgiendo de modo más ostensible la locura.

El *paranoísmo* tiene una fisonomía peculiar, que se exterioriza por tres notas afectivas de marcado relieve: el orgullo, la desconfianza y el egoísmo ó autofilia. Son en gran número los ejemplos de esos sujetos de carácter imperativo, irascible, difíciles de convencer por los más persuasivos razonamientos, que no admiten la menor controversia con respecto á lo que ellos piensan, á su especial modo de ver, y que tienen, por lo tanto, y sin darse de ello la debida cuenta, un elevado concepto de sí mismos.

Tales individuos que, por ser, como se comprende, sumamente irritables y dominantes, ponen á prueba en gran número de ocasiones la paciencia de aquellos con quienes conviven, son, además de orgullosos y exaltados, egoístas, no preocupándose en realidad sino cuanto á ellos mismos se refiere, tendiendo siempre á satisfacer á toda costa sus deseos, que no suelen encerrarse en la esfera de lo razonable. Si se añade que desconfían fácilmente de las personas de su familia, de su amistad y aun de las que no tienen con ellos tales vínculos, creyendo que se trata siempre de zaherírseles, de perjudicárseles por los mil medios que crea su imaginación morbosa, tendremos constituido á grandes rasgos el tipo del paranoico latente. Sobre esta base del carácter anormal, constituido por el orgullo, la desconfianza y el egoísmo, intensos, desproporcionados, si puede decirse así, patológicos, en fin, una causa á propósito, una emoción intensa, hacen explotar el mal, y aun á veces aparece éste sin motivo apreciable, por el mismo curso más ó menos progresivo de la enfermedad, que llega un tiempo en que sale del período de latencia para hacer su aparición de modo más manifiesto. Y no es ciertamente difícil explicar el por qué de esta evolución, dada la índole misma de las citadas notas afectivas; más aún: es en cierto modo lógico que el mal se intensifique un día entrando de lleno en los límites de la locura plenamente ostensible. En estos individuos, en efecto, en unos casos la vanidad, el orgullo, les hace creer que se les admira, se sienten envidiados en fuerza de su valer, por cuantos les rodean; en otras ocasiones, la susceptibilidad, la desconfianza, hace nacer en ellos primero una inquietud hacia el ambiente, que empiezan á considerar adverso para sí mismos, después una verdadera hostilidad. Un paso más en la evolución del proceso, y el vanidoso será un delirante de grandezas, y el desconfiado ó susceptible, un perseguido. Tanto más interesante es este estudio; cuanto que se trata de los enfermos más peligrosos que caen bajo la esfera de acción de la clínica mental.

Por último, los rasgos permanentes del carácter sobre los cuales se desenvuelven los distintos síndromes constitutivos de la degeneración mental, merecen el nombre de *constitucionalismo*, y pueden sintetizarse, como lo hace Fuhrmann, en unilaterabilidad incorregible del pensamiento y ausencia de la noción del propio estado morbo; ó hallarse constituidos, en opinión de Regis, por los denominados estigmas psíquicos de los degenerados: insuficiencia del desarrollo intelectual ó

moral, desequilibrio, inestabilidad, inafectividad, amoralidad, insociabilidad é impulsividad. Si estos signos ó estigmas coexisten con los físicos significativos de viciosa ó anormal configuración morfológica ó de funcionalismo anormal y permanente también, se tendrá el tipo degenerativo total.

Estos rasgos psicológicos son patrimonio del degenerado en sus distintas modalidades clínicas, y como permanentes hacen posible el diagnóstico del fondo nosológico en las muchas ocasiones en que la degeneración se manifiesta por un síndrome que, como la manía, la melancolía, el delirio de persecuciones, etc., etc., es común á otras distintas enfermedades mentales; pues demostrando la exploración en estos casos la existencia de los tan repetidos signos del carácter degenerativo, del constitucionalismo, claro es que se podrá adjetivar el substantivo, dar apellido, denominación nosológica al síndrome.

Un ligero esfuerzo de imaginación nos bastará para que, acentuando uno ó varios de los tan repetidos rasgos del carácter de los degenerados, tengamos constituidos los tipos clínicos más esenciales del grupo. En efecto, el signo ó estigma del constitucionalismo, insuficiencia del desarrollo intelectual intensificado, predominando, sobre todo otro síntoma, sirviendo de eje sobre el cual giran las demás manifestaciones morbosas, se presenta en el degenerado inferior, el imbécil, que es el tipo medio entre la idiocia y la debilidad mental, que con la imbecilidad forman el grupo de las frenas-tenias. El imbécil es corto de inteligencia, escaso ó perturbado de sentimientos y voluntad; mas dicha insuficiencia ó déficit de desarrollo intelectual es lo más intenso, lo permanente, lo que motiva la escasez ó alteración de sentimientos y de voliciones, puesto que como la psicología nos enseña, al conocerse el estímulo verificándose así la sensación, aparece la nota afectiva correspondiente á la índole de la sensación misma, y al mismo tiempo que el yo conozco y el yo siento, surge el yo quiero, es decir, una tendencia ó dirección que representa en germen la voluntad.

Cuando es la insuficiencia del desarrollo moral la que predomina, se caracteriza un tipo clínico de muy frecuente observación y que ha dado y da motivos á grandes discusiones, que es el *imbécil moral*, forma de alienación que no es admitida generalmente por los juristas, quienes se avienen mal á dar por buena la afirmación de la clínica psiquiátrica de que pueda haber alienados de los sentimientos y de los actos, locos de los instintos, sin perturbación bien manifiesta de la inteligencia. Llámense á éstos deficientes afectivos, imbeciles ó locos morales, que, en suma, aunque el imbécil ha sido siempre pobre y el loco un perturbado también del funcionalismo, pero que en él quizá alcanzó antes de alterarse, los límites fisiológicos, en terreno práctico existen entre ambos tipos clínicos muchos puntos de contacto.

Si la desarmonía entre las distintas funciones psíquicas es la nota de mayor relieve, y se presenta con carácter de permanencia, la degeneración tiene entonces un nombre bien conocido, que es el de desequilibrio men-

tal. El desequilibrado, si no tiene otra tara psicopsíquica que marque más profundamente los rasgos de su defectuoso desarrollo, es solo un desarmónico, no existe en él la debida ponderación de actividades psicológicas, sobresale, v. gr., lo intelectual, en detrimento de lo afectivo y de la voluntad. Y por eso al lado de una buena inteligencia, predominando, por ejemplo, la memoria para el cálculo ó extraordinarias aptitudes para la oratoria, la música, la pintura, etc., se observan en estos individuos, que pueden denominarse *talentos unilateralizados*, trastornos en su vida afectiva, perturbaciones de su eticismo, y, al propio tiempo, otras volitivas, como actos anormales y tendencia á las impulsiones, de orden sexual, con gran frecuencia.

Esquemática así la descripción de las formas psicomorbosas, que hemos denominado locuras latentes y que también podrían llamarse locuras del carácter, sólo nos resta insistir de nuevo en la importancia de su estudio, puesto que el diagnóstico de las mismas asegura el de la enfermedad mental, más aparente, que sobre tal fondo se desenvuelve; y aun en los casos en que no nos sea posible, por la índole de la afección, afirmar de plano su existencia, interrogando al carácter del enfermo, á su modo de ser permanente, podremos siempre llegar al conocimiento de aquélla. No hay que repetir una vez más el gran alcance que el asunto tiene, tratándose de dolencias que cual la epilepsia, la histeria, la degeneración, por manifestarse a veces sólo en forma accesional ó episódica y poder el enfermo durante estos episodios morbosos cometer actos que caen de lleno bajo la sanción del Código, quedando después en estado de relativa ó aparente higidez, se definen ó diagnostican, en la mayoría de los casos, sin dificultades, por la existencia de los citados trastornos del carácter, que forman, en suma, el sello permanente de la personalidad de tales enfermos.

De cuanto queda expuesto se deducen las siguientes conclusiones:

1.^a El carácter, nota psicofisiológica fundamental y permanente de nuestra afectividad, pero á la vez modo de exteriorización de la síntesis más elevada y compleja personalidad, en la cual se resumen las ideas, los sentimientos y las voliciones, presenta en determinados casos rasgos ó particularidades que traspassando los límites de la higidez, entran más ó menos ostensiblemente en la esfera patológica y constituyen formas morbosas que etimológicamente deben denominarse *etopsicopatías* (de *etos*: carácter), y por su característica clínica de representar en germen diversas modalidades de alienación mental, *locuras latentes ó del carácter*.

2.^a Este grupo de perturbaciones del carácter, cuya realidad ó existencia demuestra la clínica, si bien no tenga la debida autonomía nosológica, puesto que se halla constituido por enfermedades mentales en germen, ó, por mejor decir, en estado ó fase de latencia; dada su peculiar característica de presentar un mismo origen psicohigiológico, en cuanto que asientan todas sus formas morbosas en idéntica modalidad funcional, en la síntesis psicológica representada por el carácter, pueden figurar en la taxonomía psiquiátrica, como grupo

preliminar, pudiendo así modificarse nuestra clasificación clínicoetiología consignada en nuestra obra *La psiquiatría del medio práctico*, y que nos sirve de guía para la descripción de las psicopatías: *Etopsicopatías ó locuras del carácter* (locuras latentes): *psiconeurosis ó locuras neurósicas*; *psicodisgenesias ó defectos mentales y locuras degenerativas*; *paratimias ó locuras afectivas*; *paranoias ó locuras sistematizadas*; *toxicofrenias ó locuras tóxicas é infecciosas*, y *demencias ó procesos de invalidez mental progresiva y permanente*.

3.^a La nueva agrupación de *etopsicopatías* tiene hasta el momento actual perfecta y demostrable realidad en la epilepsia, histeria, locura maníacomelancólica, paranoia y psicodisgenesias, siendo más que probable que un estudio detenido de otras entidades morbosas, como la psicastenia, esquizofrenia, etc., etc., pudiera definir también en ellas su peculiar modalidad del carácter morbo fundamental, su *etopsicopatía ó forma latente*.

4.^a Las perturbaciones permanentes del carácter y constitutivas del grupo *etopsicopatías* deben denominarse, como se dice en el curso de este estudio, *epileptoidismo*, *histeroidismo*, *circularismo ó ciclotimia*, *paranoismo* y *constitucionalismo*. El epileptoidismo, constituido, según De Sanctis, por inestabilidad ideoaffectiva, irritabilidad, impulsividad, sugestibilidad y periodicidad. El histeroidismo, por movilidad de ideas y sentimientos, fantasía imaginativa, emocionabilidad extrema, autofilia, egoísmo, gran sugestionabilidad y viveza y brusquedad reaccional. El circularismo, caracterizado por transiciones más ó menos súbitas y exageradas del humor ó tono emotivo, que pasa inmotivada y fácilmente de la mayor alegría ó expansión á la tristeza ó desaliento más profundos. El paranoismo, significándose por orgullo, autofilia y desconfianza. Y, en fin, el constitucionalismo, por el denominado por Fuhrmann pensamiento unilateral y por la inconsciencia del propio estado morbo; ó por los estigmas psíquicos, así sintetizados por Regis: insuficiencia del desarrollo intelectual y moral, desequilibrio, inafectividad, inestabilidad, amoralidad, insociabilidad é impulsividad.

5.^a La importancia del estudio de las *etopsicopatías*, no sólo desde el punto de vista clínico, sino también en sus aplicaciones medicolegales, se encarece por sí misma. Un ejemplo citado á vuela pluma bastará para demostrarlo. El epiléptico que padece equivalentes psíquicos de forma impulsiva, acomete, v. gr., súbita y brutalmente al primero que halla á su alcance, sin conciencia alguna del acto que realiza y sin el menor recuerdo del mismo una vez efectuado. La minuciosa exploración psíquica del enfermo pondrá de relieve las notas fundamentales y permanentes de la morbosidad de su carácter: inestabilidad ideoaffectiva, irritabilidad, impulsividad y periodicidad. Sólo la comprobación de estos trastornos hará posible en muchos casos definir como morbo el acto calificado de punible, y como irresponsable, en consecuencia, al pobre enfermo que lo ejecutó. Transcurrió rápidamente el hecho patológico sobrevenido de modo brusco y con falta absoluta de motivos que lo determinaran; se hizo la calma

en aquel psiquismo, y si las lesiones ocasionadas en éste por los progresos del mal no son aún intensas, nada quedaría que nos revelara al paciente, si no fuera la comprobación de aquellos rasgos morbosos del carácter de todo epiléptico, constitutivos del epileptoidismo, y que representarán siempre, por su permanencia, la huella indeleble de un proceso intensamente patológico, la latencia de la enfermedad comicial. Otro tanto pudiera decirse, y según la índole en cada caso, de la enfermedad respectiva que representan en estado latente, de las demás formas de etopsicopatías, que pueden denominarse locuras del carácter, y también, por las razones indicadas, locuras latentes, terminología con que nos hemos permitido designar tan importantes perturbaciones psicológicas, y que nos ha servido de tema para el desarrollo del estudio que queda bosquejado en las precedentes líneas.

Periódicos médicos.

APARATO DIGESTIVO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las repercusiones nerviosas de las dispepsias y el papel del neumogástrico, por MM. Loeper, M. Debray y J. Forestier.**—Si es indiscutible la existencia de las dispepsias nerviosas, existen también seguramente trastornos nerviosos cuyo origen reside en un estado dispéptico. Aunque estos trastornos sean en gran parte reflejos, los hay también mecánicos y tóxicos; mecánicos, porque la tracción sobre el estómago ó su distensión por los gases, provoca estiramientos y compresiones; tóxicos también, porque el estómago, aun en estado sano, es un reservorio de sustancias extrañas que son ó llegarán á ser sustancias tóxicas. Además de las sustancias albuminoideas alimenticias, se conocen venenos mejores definidos, susceptibles de impresionar el organismo y el sistema nervioso. Se está de acuerdo en admitir que la circulación general es la vía que siguen con más frecuencia estas sustancias; pero los autores quieren mostrar que este camino no es el único y que la penetración se hace á menudo por el sistema nervioso.

Es la semiología clásica de las dispepsias más banales se describen taquicardias, extrasístoles, desigualdad de pulso y hasta bradicardias; también se cita el dolor respiratorio, la disnea, la angustia, palidez y congestión faciales, el temblor y los vértigos. Y entre los accidentes más brutales, se ven sobrevenir después de ciertas comidas, en ciertos enfermos, la náusea, los vómitos bruscos, las lipotimias y hasta los síncope, las evacuaciones imperiosas y la diarrea. Estos síntomas, son síntomas nerviosos y síntomas tóxicos. El simpático tiene en ellos su parte, pero el neumogástrico y el bulbo juegan un papel más importante, y á su impregnación directa más ó menos intensa, ó más ó menos brutal, se debe á menudo la aparición. Los filetes del neumogástrico penetran en el músculo y se esparcen bajo la mucosa, entre las células y los fondos de saco glandulares; la protección del epitelio y del moco es muy frágil; la imbibición de los filetes nerviosos resulta, pues, fácil al menor descuido, y como el vago es un nervio á la vez gástrico, pulmonar y cardíaco, no es extraño que las reacciones respiratorias y circulatorias estén, después de los espasmos y los vómitos, en el primer plano de las repercusiones digestivas. Para demostrar la penetración en el pneumogástrico de sustancias tóxicas, los autores, después de una irritación ligera de la mucosa

gástrica de un perro, han inyectado en la cavidad estomacal, previamente obturada, un veneno, como la antitoxina tetánica ó el formol, encontrando después en el tronco del vago el formol por los reactivos químicos y la toxina tetánica por la inoculación al cobaya. Esta reabsorción de las sustancias por el vago, evidentemente no pueden producirse con una mucosa intacta y normal; pero basta que la mucosa esté irritada, ó ulcerada, y hasta quizá que se defienda menos ó esté menos protegida, para que tenga lugar la penetración y puedan aparecer los accidentes. Los productos tóxicos que van á lo largo del vago, no se detienen en esta primera etapa; pueden ir más lejos y llegar al bulbo. Al lado de las sustancias tóxicas, por el neumogástrico se pueden absorber también otras sustancias más normales y menos perjudiciales, como el agua, la sal y la pepsina, llegando igualmente al bulbo, como los autores han demostrado experimentalmente; la pepsina queda en el bulbo, mas no se conoce lo que allí puede hacer, porque su acción sobre el sistema nervioso es muy difícil de precisar; se puede suponer que sea un regulador del vago y que su exceso ó su insuficiencia pueden crear desórdenes y trastornos en el tono y en el equilibrio del nervio. Parece esta la primera vez que se comprueba en el nervio de un órgano, el producto de secreción de este órgano. Se puede pensar que se comporten igualmente otros órganos y que su sistema nervioso se impregne de la secreción glandular, como el vago se impregna de pepsina gástrica. Valdría la pena de hacer análoga investigación para el tiroideo y sus filetes nerviosos, para la suprarrenal y para el simpático. Se ha objetado, que estos diversos productos de reabsorción no estaban en el nervio, sino en los linfáticos que le rodean; es probable que por ahí penetren los productos, pero ¿quién puede dudar que por su contacto tan directo con los hacecillos y los filetes nerviosos, no puedan obrar sobre los nervios? ¿Y quién puede dudar que se fijen en ellos, puesto que llegan hasta el bulbo y allí se los encuentra?

De estas investigaciones y de este estudio, resultan evidentemente conclusiones patogénicas y además conclusiones prácticas. Las reabsorciones tóxicas jugarían un papel importante en la génesis de ciertos trastornos y hasta de enfermedades del sistema nervioso central. En cuanto á las segundas, es preciso ser sobrios en los individuos sospechosos de lesiones gástricas, con las sustancias tóxicas que pueden tener una afinidad para el sistema nervioso; alcoholes, éteres, productos volátiles de todo orden, cuya experimentación permita entrever la reabsorción posible. Es preciso desinfectar los estómagos enfermos para evitar las reabsorciones microbianas ó tóxicas y las lesiones inmediatas ó tardías que puedan ser su consecuencia. Es preciso acrecentar la potencia digestiva para transformar los productos alimenticios y neutralizarlos. Es preciso, finalmente, cesar de considerar la pepsina únicamente como un producto de acción gástrica, únicamente como un fermento. Su papel es más general y su acción sobre el sistema nervioso podrá ser utilizado sin duda en el porvenir en un cierto número de reacciones anormales ó patológicas de la digestión. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 26, 28 de Junio de 1921).—LUENGO.

APARATO URINARIO

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Carcinoma de la vejiga.**—El Dr. W. W. Coppedge refiere el siguiente caso clínico:

Historia.—Mrs. M. M. T., de sesenta años de edad, blanca, viuda desde hacía cinco años, que nos envió el Dr. Merle T. Adkins, el 30 de Noviembre de 1919, se quejó principalmente de micción frecuente y dolorosa, durante un año. Su

padre murió á la edad de ochenta y dos años, de «vejez», la madre murió á la edad de setenta y tres años, de causa desconocida. Tenía un hijo de veintiséis años; no había habido más embarazos. En los últimos tres meses había evacuado alguna sangre en dos ocasiones. La orina era turbia y había contenido un sedimento pesado, desde hacía nueve meses.

Cuando la ví por primera vez, la orina era turbia; leucocitos, +++; eritrocitos, +. El examen sanguíneo reveló: leucocitos, 8 por 100; linfocitos, 20 por 100; mononucleares grandes, 10 por 100; eosinófilos, 3 por 100; basiófilos, 1 por 100; hemoglobina, 80 por 100; eritrocitos, 4,200,000; la reacción de Wassermann, negativa.

Exploración física.—La paciente no parecía emaciada. El corazón y los pulmones fueron negativos; el abdomen era simétrico; no se pudieron palpar el hígado, bazo, ni riñones, la exploración vaginal fué en aquel entonces negativa.

La cistoscopia, practicada el 30 de Noviembre con un cistoscopio de Brown-Buerger, reveló que la capacidad de la vejiga era de 3 ó 4 onzas (90 á 120 gramos). Había una cistitis pronunciada y algunas ulceraciones del lado derecho. Se hizo el cateterismo de ambos uréteres, y la orina de los dos lados resultó clara. La fenolsulfoneftaleína, administrada por vía intravenosa, apareció en cada lado á los tres minutos y parecía que la excreción era igual en ambos lados. La pequeña capacidad de la vejiga no permitió hacer un examen satisfactorio de las ulceraciones del lado derecho.

Se hizo el diagnóstico de cistitis aguda, con ulceraciones probablemente malignas, del lado derecho de la vejiga.

Se aconsejó practicar algunas otras observaciones, pero después de esto, la paciente abandonó el hospital por algún tiempo y rehusó someterse á más observaciones.

Regresó en Noviembre de 1920. Los hallazgos urinarios fueron iguales que los anteriores. Al hacer la exploración vaginal, se halló á la derecha un pequeño tumor. La cistoscopia reveló entonces muchos tumores papilares, y se hizo el diagnóstico de carcinoma. Debido á la escasa capacidad de la vejiga y á la gran irregularidad con que se llenaba, se hizo un cistograma con el objeto de delinear el contorno con más exactitud. Se consideró en aquella fecha que la placa indicaba invasión. La laparotomía exploradora reveló extensa invasión del intestino del lado derecho.

Creemos que este método para estudiar los tumores vesiculares es de gran importancia en muchos casos sospechosos de carcinoma, cuando no se puede hacer un diagnóstico claro. También es de utilidad para determinar si hay ó no invasión de los órganos circundantes. (*The Journal A. M. A.*, 1 de Julio de 1921.)

PEDIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La naturaleza del reflejo plantar en la primera edad y las causas de sus variaciones, por W. M. Feldman.**—El autor ha examinado el reflejo plantar en unos 500 niños no mayores de siete años, la mayor parte menores de cuatro. Sus conclusiones, son: 1.ª, el reflejo plantar más corriente en la primera edad, es la flexión plantar del dedo gordo del pie, aunque cuando tiene lugar la dorso-flexión, no tiene la misma significación que la misma respuesta en el adulto; 2.ª, el haz piramidal está suficientemente desarrollado en el nacimiento (en los casos nacidos á término completo), para dar un tipo normal adulto de reflejo plantar, hasta *in utero*; pero debido á la facilidad de producción de trastornos circulatorios en la primera edad, los consiguientes cambios en la circulación de la región de la medula son suficientes para comprimir los haces piramidales incompletamente mielinizados y ocasionar el fenómeno de Babinski, ya

sea uni ó bilateral; 3.ª, en los niños prematuros, la respuesta es casi siempre del tipo Babinski, hasta las cinco ó seis semanas después del nacimiento, á causa de la ausencia casi total de mielina en los haces piramidales; 4.ª, la mala nutrición, juzgada por un peso defectuoso y el crecimiento atrasado, no es por sí misma suficiente para dar el signo de Babinski, pero como la prematuridad y el peso y crecimiento defectuoso van casi unidos durante más de cinco ó seis semanas, cuando se observa el fenómeno de Babinski en niños mal desarrollados hasta esa edad, se debe á la prematuridad más bien que á la mala nutrición; 5.ª, la flexión plantar bilateral es en todas las edades tan común en los niños como en las niñas, pero la dorsoflexión bilateral es en todos los períodos de la infancia, más común en las niñas que en los niños; 6.ª, la lactancia durante las primeras semanas de la vida tiende probablemente á disminuir la existencia de un fenómeno de Babinski bilateral; esto puede ser debido á la mayor proporción de lecitina y lactosa en la leche humana, que ayuda á la mielinización más rápida de los haces piramidales. Después del primer mes, la lactancia materna no tiene ventaja, en este sentido, sobre el biberón; 7.ª, las influencias tóxicas, sean del intestino, ó de otras causas, no afectan la conductibilidad de los impulsos á lo largo de las fibras del haz piramidal; 8.ª, la dorsoflexión bilateral de los dedos del pie, es más común en los casos con una temperatura subnormal, porque probablemente en tales casos existe una mayor congestión de la medula espinal, como resultado de: a) la palidez de la piel, por lo cual va á los órganos internos (incluyendo la medula) una cantidad de sangre relativamente mucho mayor que en los adultos, porque el área superficial de la piel es relativamente mayor en el niño; b) la intervención de la acción del diafragma y de la acción de bomba del corazón, hecho demostrado en casos de graves trastornos de la nutrición, que son frecuentes el ir acompañados de temperaturas subnormales; 9.ª, la dorsoflexión bilateral es ligeramente más frecuente en los niños dolicocefálos que en los braquicefalos, posiblemente, porque el centro inhibitorio es menos poderoso en los primeros que en los últimos; 10, el raquitismo no favorece la existencia del fenómeno de Babinski; 11, la edad en la que el signo de Babinski desaparece, no tiene relación con la edad en la que el niño comienza á andar. En la mayoría de los casos de niños muy pequeños que no pueden ni aun sentarse, falta el signo de Babinski, y, en cambio, en un gran número de casos que pueden andar y «tienen las piernas fuertes» (en algunos, durante el tercer y cuarto año), existe el signo de Babinski; 12 como los nervios periféricos están imperfectamente mielinizados en el nacimiento, una explicación posible del fenómeno de Babinski en ciertos niños, es el desarrollo más imperfecto de la neurona inferior motora que rige los flexores de los dedos del pie, y en cambio, el mejor desarrollo de la neurona de los extensores. En tales casos, como es natural, la extensión es el único movimiento posible; 13, la naturaleza inconstante del reflejo en ciertos niños, en los que durante un mismo examen se puede obtener con un estímulo una flexión plantar y con otro estímulo, ya sea del mismo área cutánea, ó de otra diferente, una dorsoflexión, puede ser debido á la fácil fatiga lo mismo que al fácil restablecimiento de la fatiga del músculo en la primera edad, de tal modo, que después de obtener una cierta respuesta, los músculos que la producen, no pueden contraerse más tan fácilmente como los grupos opuestos de músculos y la respuesta se produce por los grupos menos fatigados; 14, la zona estimulable para el reflejo es muy difusa en la primera infancia, y algunas veces se puede obtener un reflejo plantar (flexor ó extensor), estimulando un área cutánea distinta de la

ordinaria, cuando en ésta no se logra obtener el reflejo. (*The British Journ. of Children's Diseases*, números 205 207. Marzo de 1921.)—LUENGO.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de la jaqueca por las inyecciones intravenosas de carbonato de sosa, por J. A. Sicard, J. Paraf y J. Forestier.**—Habiendo tenido ocasión los autores de tratar por inyecciones intraventriculares de carbonato de sosa, ciertos individuos afectados á la vez de várices de los miembros inferiores y de accesos de jaqueca legítima, han observado la desaparición de los accesos en estos enfermos. En vista de ello, han aplicado sistemáticamente este tratamiento á los individuos con crisis de jaqueca grandes, acompañadas de náuseas y con necesidad de acostarse, aislarse y de colocarse en la obscuridad, habiendo podido apreciar los resultados más favorables. Las inyecciones se hacen en cualquier vena del brazo, de dosis de 1,50 á 2 gramos de carbonato de sosa en 80 á 100 c. c. de suero artificial. Se repiten cada dos ó tres días y de la tercera á la quinta inyección es cuando comienza la mejoría. En el intervalo de las inyecciones y después de éstas, aconsejan los autores que se tomen 2 á 3 gramos de bicarbonato sódico en un poco de agua algunos minutos antes de cada una de las tres comidas. El carbonato de sosa es una substancia desprovista en absoluto de toxicidad. Los autores han probado que es una sal con propiedades antihemoclásicas y ciertas jaquecas sólo son manifestaciones de orden hemoclásico. La jaqueca menstrual, de la cual publican los autores dos observaciones, entre otras varias de distinta naturaleza, ha sido también modificada favorablemente por el tratamiento. (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôpitaux*, núm. 26, 28 de Julio de 1921.)—LUENGO.

2. **A propósito del asma y de su tratamiento, por Ch. Montalier.**—El asma esencial no existe ya, por decirlo así. No solamente un examen completo del enfermo permite á menudo descubrir las causas que hacen perder á esta afección su carácter idiopático, sino además, los trabajos modernos, extendiendo hasta ella la noción de la anafilaxia, han aclarado desde luego su patogenia y después han impuesto al tratamiento de este estado disnéico una orientación nueva. El autor refiere una observación interesante en este sentido. Trátase de una mujer de cincuenta y dos años, que tuvo una pleuresía seca que duró dos meses, apareciendo entonces la disnea característica del asma; en la misma época se estableció en la enferma la menopausia, y á partir de ese momento las crisis de asma aumentaron en número y duración. El tratamiento clásico del asma no dió resultado. La observación de Montalier es interesante, porque en los antecedentes de la enferma se encuentran jaquecas y urticaria. Con frecuencia, en la historia de los asmáticos se encuentran urticarias, alternando á veces con la disnea, y la urticaria, lo mismo que la jaqueca, se consideran hoy como manifestaciones de origen anafiláctico. La enferma había padecido también reuma de los henos. Pudiera tratarse en este caso de un organismo en potencia de anafilaxia, sensibilizado; el gran choque anafiláctico dió lugar al asma, pues entonces desaparecieron todos los síntomas ó accidentes de pequeña anafilaxia que venía padeciendo la enferma. En ella el asma típico se instaló á consecuencia de una pleuresía, confirmando aquí que el asma sería la resultante de una lesión de pulmón y, por lo tanto, las lesiones pulmonares no son, como se enseña clásicamente, la continuación del asma, sino al contrario; le precederían. En el caso de Montalier, la anafilaxia se lo calizó en el pulmón, consecutiva-

mente á la pleuresía, pulmón que se convirtió, empleando una expresión consagrada, en una *espina irritativa*.

Conviene señalar también que hacia la misma época se estableció la menopausia, que dió lugar á un recrudecimiento de las crisis. En estas condiciones, el autor instituyó un tratamiento ante todo de urgencia, es decir, de la crisis, y después tratamiento causal, puesto que al asma sólo se le considera ya como un síndrome. Para Laënnec, el asma proviene de una contracción patológica de los músculos lisos de los bronquios y esta teoría explica la terapéutica clásica y en particular los antiespasmódicos; pero en el caso que referimos, como en otros muchos, el efecto esperado no tuvo lugar. Se admite, que la disminución del calibre bronquial está bajo la dependencia del neumogástrico, nervio vasoconstrictor de los bronquios, y el simpático, en cambio, produciría la vasodilatación. Por tanto, toda medicación que ejerza una excitación del simpático contrabalanceará la vagotonía, que tiene bajo su dependencia el espasmo bronquico, es decir, el asma. Montalier dispuso á la enferma la adrenalina, en forma de suero de Haeckel, calmándose la crisis en cinco minutos, pero sin lograr sensación de bienestar completo. Teniendo presente la opinión del mismo Haeckel, para el cual el asma es un trastorno del sistema vago-simpático, y por tanto, no depende solamente del vago, empleó después el autor la asociación de la adrenalina (que obra sobre el espasmo), y el extracto hipofisario (que obra sobre los fenómenos de vasodilatación concomitantes). El resultado ha sido sorprendente, desapareciendo en un minuto como *máximum* totalmente la crisis; además es notable que no se produce acostumbamiento. Se tiene, pues, en esta asociación opoterápica, el medicamento de urgencia, pero las crisis vuelven al cabo de un cierto tiempo, más ó menos largo. Teniendo en cuenta la etiología anafiláctica del asma, Montalier ha buscado la causa anafilactizante; pensando si el tubo digestivo sería responsable de la introducción de la albúmina extraña, sometió á la enferma al tratamiento por la peptona en sellos de 50 centigramos dos veces al día, tres cuartos de hora antes de las dos comidas principales. Conviene no preparar más que dos sellos á la vez, porque preparados en cierta cantidad, la peptona no se conservaría. Las crisis desaparecieron, aunque el mismo autor no se atreve á asegurar que puedan reaparecer. (*Gaz. Hebd. des Scienc. Med. de Bordeaux*, núm. 21, 22 de Mayo de 1921.)—LUENGO.

3. **Los efectos perniciosos del tratamiento por el bromuro en las enfermedades del sistema nervioso, por E. Livingston Hunt.**—El autor estudia los efectos, á veces desastrosos, que el bromuro produce en ciertas enfermedades del sistema nervioso, entre ellas, la epilepsia, las intoxicaciones, las afecciones mentales, las afecciones traumáticas y arteriales, los casos que necesitan un empleo prolongado del medicamento, los casos de alcoholismo, aquellos en que existe una idiosincrasia, y, por último, los casos cardíacos.

Los síntomas del bromismo son de dos clases: síntomas físicos, como las erupciones, las modificaciones de la lengua, fetidez del aliento, estrefimiento, caquexia, debilidad, sialorrea excesiva, y si el estado se agrava, pérdida de los reflejos patelares, ataxia y síntomas mentales, como el insomnio, depresión y más tarde excitabilidad, confusión y alucinaciones. Concluye el autor, que los bromuros distan mucho de ser inofensivos; que su administración prolongada dará lugar á síntomas físicos y mentales, y, finalmente, á un estado próximo á la paroxia, que tienden á agravar la irritabilidad y la deterioración mental, cuando se emplean durante mucho tiempo en la epilepsia; que las intoxicaciones se hacen más

rápidas con la administración del bromuro; que las afecciones circulatorias, traumáticas y arteriales, del sistema nervioso son muy susceptibles á su administración; que el bromuro puede enmascarar los síntomas de afecciones mentales, lo mismo que sucede con el opio en afecciones quirúrgicas; y, finalmente, que los casos mentales y alcohólicos son muy especialmente susceptibles á los efectos perniciosos del bromuro. (*Medical Record*, vol. 100, núm. 3, 16 de Julio de 1921.)—LUENGO.

4. El surfarsenol en clínica médica, por E. Duhot.—

El surfarsenol es una sal nueva; la sal sódica del mono-metil-sulfonato de la base del salvarsán. Se compone de la base del 606 de una parte, y de una molécula de sulfito ácido de sosa por otro, unidos entre sí por el glicol más sencillo, el metano-diol, del cual un hidroxilo ha substituído á un amidógeno de la base del 606, y el otro ha sido substituído por el resto sulfuroso. Contiene cerca del 21 por 100 de arsénico, en lugar del 19 por 100 que contiene el 914. La solubilidad del sulfarsenol es muy grande, y la estabilidad de su solución es notable. La toxicidad experimental, según varios autores es muy inferior á la del resto de los compuestos arsenicales análogos; siendo próximamente igual la cantidad de arsénico, la dosis tolerada por los animales es por lo menos dos veces la del neosalvarsán. Las observaciones del autor basadas en 180 inyecciones en 20 enfermos, le han demostrado que la tolerancia inmediata por vía intravenosa es muy buena; dos enfermos acusaron un gusto metálico durante la inyección y no se produjo nunca una crisis nitritoides. También se tolera bien el surfarsenol cuando se administra por la vía intramuscular, lo cual permite esperar evitar la aparición de los accidentes inmediatos y de elegir toda vía de introducción según las diferentes indicaciones; es un medicamento claramente eficaz en los accidentes cutáneos, viscerales y nerviosos. (*L'Echo Med. du Nord*, núm. 9, 5 de Marzo de 1921.)—LUENGO.

CIRUGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Consejos ortopédicos para el médico práctico, por el Dr. F. Loeffler.—*La tarsalgia*.—El diagnóstico es difícil y á veces solo posible por medio de los rayos X ó por el resultado de determinadas medidas terapéuticas. Hay que distinguir el dolor cuya causa se encuentra en el calcáneo y aquel cuya causa está en las partes blandas inmediatas. En caso de que sea el calcáneo, lo que generalmente se denomina calcaneodinia, puede ocurrir que la lesión afecte al cuerpo del hueso (fracturas, tuberculosis, osteomielitis, goma y tumores), lo cual suele ser fácil de determinar por la posición superficial del hueso y la facilidad con que se palpa; pero otras veces se trata de lesiones de la superficie que se pueden confundir con las de las partes blandas inmediatas. Los dolores pueden asentar a) en la superficie de sustentación ó sea en la planta del pie; b) en la superficie de inserción del tendón de Aquiles; c) algo por encima del talón.

a) Si el dolor se percibe en la planta del pie puede suceder que sea circunscrito ó que sea difuso, siendo circunscrito si duele sólo una zona limitada á una presión no muy fuerte mientras que el resto de la planta es indolora aun á la presión enérgica, puede asegurarse casi con seguridad que se trata de espuelas del calcáneo. Unas veces son puntiagudas, otras abotonadas, los síntomas clínicos son los mismos: los dolores. Muchos individuos las padecen sin dar síntomas, pero cuando por ser muy desarrolladas ó por sufrir el pie una alteración de su forma (producción de pie plano), llegan á encontrarse en la superficie de sustentación, cuando el en-

fermo se apoya sobre ellas, entonces ocasionan las molestias. No es raro que se forme sobre la espuela una bolsa serosa que aumenta los dolores. El tratamiento de la espuela del calcáneo es ante todo conservador. Basta con plantillas de fieltro ó goma agujereadas en la parte que corresponde á la espuela y si acaso de forma conveniente para levantar la bóveda plantar, para que desaparezca el dolor. Si no fuese suficiente se recurre á la intervención para quitar la espuela. En los casos en que el dolor es difuso se examinará detenidamente si no se trata de un comienzo de pie plano; en caso negativo se investigará la existencia de una inflamación de la bolsa serosa subcalcánea. La gonorrea, el traumatismo, la tuberculosis, la gota, y en general, todas las causas de infección pueden originar una inflamación de esta serosa. Si la lesión es bilateral se pensará en la lues. En las formas monolaterales el diagnóstico se fundará en la anamnesis ó en los resultados de la terapéutica. El tratamiento se dirigirá ante todo á combatir la enfermedad fundamental y además se aconsejará el reposo y el calor seco. Cuando el enfermo se levante por primera vez se le aplicará un apósito de esparadrapo para limitar en lo posible los movimientos de las articulaciones de los pies. Muy rara vez los dolores de la planta del pie dependen de una inflamación del tejido conjuntivo y adiposo que se encuentra entre el hueso y la piel. Conviene también á estos casos el reposo y el calor seco. Por fin se encuentran casos de esclerosis y engrosamiento de la aponeurosis plantar que sólo se puede tratar quirúrgicamente.

b) Los dolores que asientan en el punto de inserción del tendón de Aquiles dependen en muchos casos de una inflamación de la bolsa serosa que se encuentra entre dicho tendón y el hueso. Como factor etiológico tiene una gran importancia la gonorrea, pero todas las demás causas de infección pueden intervenir también. La enfermedad se caracteriza por una tumoración muy dura, dureza que es típica de este proceso. El tratamiento es conservador; se dirigirá contra el mal fundamental y se ayudará por el reposo y el calor seco. Merece citarse un trastorno que se presenta en personas jóvenes, de once á quince años y que les ocasiona grandes trastornos para andar. Ataca la línea de crecimiento en la superficie posterior del calcáneo. Clínicamente se manifiesta por hinchazón, dolor á lo largo de la línea de crecimiento, á los rayos X gran ensanchamiento de dicha línea que en el lado sano suele haber desaparecido. La epífisis se encuentra dividida en varias partes. Este proceso llamado por el autor epifisitis del calcáneo no tiene etiología conocida. Suele desaparecer espontáneamente con la osificación; se alivia con embrocaciones con yodo, reposo y buen calzado.

c) Cuando el dolor se encuentra inmediatamente por encima del talón, depende de un trastorno del tendón de Aquiles en el que se encuentra un abultamiento en forma de huso. Muchos de estos enfermos acusan un traumatismo ó un esfuerzo continuado como causa de su dolencia; para algunos médicos, sin embargo, se trataría de fenómenos inflamatorios que se verían á menudo en casos de reumatismo y gota. El tratamiento consiste en reposo, relajación del tendón de Aquiles y la aplicación de una tira de esparadrapo que desde las cabezas de los metatarsianos, pasando por el talón llegue á la pantorrilla. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 23 de Julio 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.

Crisis total y crisis de procedimientos.

Otra vez la *crisis*. Esta palabra que pudiéramos calificar de fatídica, tomada por todas las lenguas é idiomas al del tecnicismo médico, significa hoy en la vida pública de nuestro país lo contrario de lo que originariamente significara, pues es la expresión de un acontecimiento, casi habitual y diario, que perturba sin resolver, *no que juzga y sentencia para dar solución definitiva á las cosas*.

La ansiosa expectación determinada con la esperanza de cambios en la dolorosa situación aguda á que nos han llevado los acontecimientos de Marruecos, se ha significado principalmente en la resolución de la crisis ministerial, que todos han creído necesaria y que ha tenido por resultado la formación de un Ministerio de heterogéneo carácter político, presidido por el Sr. D. Antonio Maura. En este Gabinete y para desempeñar la cartera de Gracia y Justicia ha sido designado nuestro buen amigo y compañero de Redacción D. José Francos Rodríguez, de quien, cualquiera que sea la extrañeza que se quiera manifestar por su adaptación á esta cartera, nosotros esperamos mucho como españoles, como amantes del progreso y como médicos.

Llegado á verse en la ocasión de demostrar sus capacidades en el desempeño de un cargo público, el primer cuidado de un político español, y muchas veces su más sostenido empeño, consiste en hacer olvidar su procedencia; es decir, lo que pudiera llamarse la lógica y razón de su nombramiento. Si se trata de un conservador de historia, desvívese el llamado por no merecer el dictado de tal conservador, y nada le halaga tanto como el oír á algún adversario decirle: *«si usted es verdaderamente un liberal»*, y si se trata de un liberal ó revolucionario, nada le complace tanto como el escuchar que de él se dice *«en el fondo, es un hombre de orden, es un conservador»*. Esto, que en cualquiera esfera de la vida se llamaría *estafar al público*, en la esfera política es la cosa más corriente y habitual. Y lo que sucede con las tendencias de doctrina, sucede también con las procedencias de capacidad profesional; abogados hay que se desvelan por que se diga que no dan demasiado sentido jurídico á sus actos y decisiones, y médicos hemos conocido que ponían un exquisito cuidado *en que no se les conociera que eran tales médicos, y se esponjaban y enorgu-*

llecían, cuando algún mentecato creía (y acertaba) halagarles diciendo: *«nadie puede decir que es usted médico»*.

Conocemos sobradamente al Sr. Francos para no abrigar respecto á él el menor recelo de que pueda caer en semejantes vulgaridades, siquiera las circunstancias de momento y la cartera que se le ha adjudicado, disculparían en cierto modo el que se dejara arrastrar por la corruptela que señalamos. No lo creemos, y no lo creemos por dos razones; es la primera, porque el Departamento que está llamado á dirigir, tiene sobradas relaciones con las ciencias fundamentales y con las médicas, para ocupar con fruto una actividad ilustrada en el cultivo de tales ciencias, aun suponiendo que la de nuestro compañero se hubiese adiestrado exclusivamente en tales estudios; y la segunda razón, es la de que el Sr. Francos desde su primera juventud mostró atención muy preferente al estudio de las cuestiones de Criminología, y á las nuevas orientaciones del Derecho penal, tan escasamente reflejadas todavía en nuestros Códigos.

Aparte de todo esto, ocasión se presenta á nuestro buen amigo para remediar deficiencias y corregir defectos en todo lo que se refiere al ejercicio de la Medicina forense, tan olvidada por sus predecesores y que esperamos que por él no lo sea.

Además, ¿quién puede hoy afirmar que el problema de la *reforma penitenciaria* sea un asunto especial y aun exclusivamente jurídico y no una amplia cuestión en que los elementos aportados por las ciencias biológicas hablan con tanto derecho como los de las ciencias morales ó políticas?

Y si de estas consideraciones descendemos á las de conveniencia política y sentido ético, no se nos negará que del Sr. Francos no podrá decirse como de tantos abogados en ejercicio se ha dicho (*no sabemos ni queremos saber si con razón*), que anhelan el desempeño de la cartera en cuestión, para modificar á su sabor los Tribunales.

De la provisión de las demás carteras, no tenemos para qué ocuparnos. El Ministerio en general, es un enigma, es un huevo que, incubado, no sabemos si nos dará una paloma, una víbora ó un escarabajo.

Considerado desde el punto de vista *químico político*, el nuevo Ministerio, es más bien el producto de una genialidad *de alquimista* que la combinación estudiada de un *químico*. ¿Quién sabe si mez-

clando *contrarios*, tratando de neutralizar intransigencias de ácidos y de bases, revolviendo asperezas para que mutuamente se desgasten, se llegará á obtener *la piedra filosofal*?; pero á nadie puede ocultarse que estas manipulaciones empíricas y geniales lo mismo pueden llevar á la obtención de un producto aprovechable que al estallido de la retorta.

DECIO CARLAN.

CIENCIA Y BRAVURA

Acompañado de muy cariñosa carta, y cuando nos disponíamos á reproducirle, recibimos, invitándonos á hacerlo, el siguiente artículo debido á la brillante é incomparable pluma del maestro del periodismo español D. José Ortega Munilla.

Entusiasmados le leímos, le recibimos agradecidos y obligados y gustosos le hacemos nuestro, reservándonos, para cuando los datos puedan ser completos y seguros, el secundar la justa y generosa iniciativa del señor Ortega Munilla en honor de nuestros compañeros de la Sanidad militar, que en este trance triste de Marruecos han sido los de siempre: los que en Cuba y Filipinas dejaron el cuerdo ejemplar de lealtad, patriotismo y denodado esfuerzo.

«El jefe de Sanidad Militar de Melilla, un gran escritor y esclarecido periodista en otros tiempos, don Francisco Triviño, ha dado recientemente una orden laudatoria para los médicos que han asistido con riesgo y sacrificio de sus vidas, á los duros terribles combates de Beni-Ulichek, y especialmente á la trágica retirada de las tropas. Es un documento memorable, que debe llenar de admiración á los ciudadanos, y de alegre y noble orgullo á cuantos ejercen la santa profesión de la Medicina. Seguro estoy de que todos ellos, así los triunfantes maestros que en espléndido automóvil recorren las grandes villas, como los humildes prácticos que van de aldea en aldea confortando con su ciencia la salud lugareña, y á los que yo llamé un día «los médicos de á caballo», sentirán pasar por sus almas una corriente de amor y de satisfacción al verse tan maravillosamente representados en el lugar de los magnos riesgos.

Los nombres de D'Hancourt, Bercial Esteban, Ruber, García Martínez, Gómez Moreno, Fernández Lozano, González de Miranda, García Gutiérrez, López Galache, Salarrullana y otros médicos militares, que se han conducido como héroes, y algunos de ellos como mártires, merecen quedar consignados donde nunca se olviden.

Encuentro el relato de estos admirables hechos en el notable periódico de Melilla *El Telegrama del Rif*, que dirige el excelente compañero D. Cándido Lobera, uno de los más esclarecidos y probados cronistas de las campañas de Africa.

Para que esta consignación tuviera alguna eficacia en el recuerdo de tan meritorios esfuerzos, yo me permitiría invocar una pluma insigne: la del académico de

la Española y director de la de Medicina, Dr. Cortezo, quien con su alto espíritu y su autorizada voz sabrá convertir mis pobres palabras en un homenaje digno de los que así se han portado.»

J. ORTEGA MUNILLA.

A propósito del Congreso de Protección á la Infancia

El porvenir de la infancia de hoy, después del período de guerra que ha conmovido al mundo entero, preocupa á los países todos.

La representación de treinta y siete naciones con un conjunto de mil doscientos delegados en el Congreso internacional de Protección á la Infancia celebrado en Bruselas en la segunda mitad del mes de Julio, lo prueba claramente.

No en balde la propaganda sanitaria de hace tres años llevada á cabo por unos cuantos médicos españoles, realizó su esfuerzo.

España ha tenido en el Congreso de que hablamos una lucida y numerosa representación. Era hora de que nuestra patria empezase por los principios á reconstituir su población que no se desmedró en luchas internacionales, y sin embargo, había llegado á inspirar á los espíritus serenos ese temor de la hecatombe remediable con poco esfuerzo y que no se evita por desidia.

Cuando el secretario de la Asamblea leyó en la sesión de apertura celebrada el 18 de Julio, á la cabeza de las adhesiones la de nuestro país, que formaba un conjunto de 21 Juntas provinciales de Protección á la Infancia, la del Municipio madrileño, el único que allí tenía representación aparte de 23 Municipios belgas y la de 80 congresistas, además de la delegación oficial del Gobierno español, presidida por nuestro director honorario D. Angel Pulido, el Congreso, con una calorosa ovación, premió el esfuerzo de España por el celo que pone desde hace tiempo en el estudio de los problemas relacionados con la infancia.

La falta de atención por parte de nuestros políticos actuantes, á todo problema relacionado con el desarrollo físico de nuestra raza, ha limitado el esfuerzo de los compatriotas que aprecian la trascendencia de estos problemas, á la esfera especulativa. En España se escriben muchos libros y se dictan muchas leyes sobre las más modernas orientaciones sanitarias, libros y leyes que sólo tienen vida en las bibliotecas y en las colecciones legislativas. Aisladamente muchos generosos hombres de ciencia trabajan, viajan, adquieren conocimientos y los divulgan. Se crean Consejos, juntas, ligas y hasta se celebran congresos, pero si la filantropía particular no acudiese á iniciar el movimiento positivo de realización, todo permanecería en el estado de propósito.

Para los ferrocarriles, para la agricultura, para la industria, para muchas producciones que no existen en nuestro país más que como fantasmas imaginados, hay protección en España. Para la defensa del niño, para la lucha contra las enfermedades evitables, para la higienización del pueblo tiene siempre que recurrirse al desprendimiento particular en forma de impuesto voluntario.

Nuestros representantes en el Congreso de Bruselas han oído hablar de todo género de procedimientos ideados y practicados en otros países para la defensa de la infancia contra tantísimo enemigo como la acosa, y ellos mismos en concienzudos é inspirados trabajos se han hecho escuchar como hombres de entendimiento é iniciativas. Es más, todos los congresistas han podido apreciar lo que se adelanta principalmente en Bélgica á este respecto.

La visita á las Escuelas-jardín maternas que posee Bruselas, costeadas por el Ayuntamiento, de las cuales posee en la demarcación de la capital de Bélgica 17 instituciones y otra de carácter particular que se llama «Nuestro Albergue» en las que se ampara, se protege el desarrollo y educa al niño desde que nace hasta que se consigue el propósito para que fueron creadas, ha producido en nuestros delegados un efecto de emulación que desespera ante la impotencia real de poder hacer desfilas ante los ojos de nuestros políticos la serie de ventajas que instituciones de este género reportan al bienestar de la patria.

En la Escuela maternal jardín entran los niños después de la lactancia y en ellos se fomenta el desarrollo físico de los acogidos enseñándoles á andar, á hacer gimnasia de movimientos al mismo tiempo que las jóvenes de quince á diez y ocho años que frecuentan el establecimiento se dedican á los cuidados de sus ahijados ensayándose en los conocimientos de madre bajo la vigilancia de las profesoras de la institución.

Estas escuelas están dotadas de jardines sanos y sin peligros en los que se desarrolla la mayor parte de la vida de los niños al aire libre.

Algo parecido á esto bullía en el cerebro equilibrado y en el corazón bondadoso de Tolosa Latour cuando le sorprendió la muerte hace dos años, y su iniciativa en la mayor parte de los casos quedaba sin efecto por falta del apoyo oficial. No se podía pedir más á aquel hombre bueno; lo que tenía lo invirtió en beneficio de los niños á pesar de que no fué padre.

Con motivo de la muerte de este apóstol de la infancia, Francos Rodríguez publicó un artículo en *Blanco y Negro*, del cual son los siguientes párrafos que corroboran nuestra opinión y que tienen el valor de estar escritos por un médico y político ilustre:

«Lejos de pompas ridículas y de vanidades estériles, cuanto fué Tolosa Latour lo consagró al bien de los niños y á la enseñanza de las madres. El Sanatorio de Chipiona pregonaba los santos amores que tuvo siempre por la infancia; sus artículos, sus discursos, sus libros, sus propagandas, sus trabajos oficiales, sus iniciativas de carácter social, testimonian el fervor con que Tolosa defendía la causa que en España requiere más esfuerzos y más diligencia en la hora actual.

No se olvide que en nuestro país se malogra casi, ó sin casi, la mitad de los niños que nacen. Mueren muchos que debieran vivir, y unos de hambre, otros por descuido, cuales como víctimas de la ignorancia, y todos porque en esta bendita tierra los hombres empujados en presidencias, ministerios, altos cargos, grandes influjos y supremas publicaciones, no suelen

ser más que vacíos palabreros, altisonantes recitadores de generalidades, huyen los angelitos al cielo cuando debieran quedar en la tierra, si para la nuestra hubiese hora de piedad que arrasase fanatismos, pedanterías, soberbias, apasionamientos, sembrando en la tierra saneada ideas fecundas, procedimientos prácticos, lo que salva y engrandece á los pueblos intensamente cultos.

¡Cuántas veces se lamentó Tolosa Latour de los infortunios que acosan á la infancia española! ¡Cuánto hizo, cuánto propuso para remediarlo! ¡Con qué afán acercábase á las esferas oficiales y pedía para los niños lo que casi siempre era negado por las artes infernales de la rutina, del mangoneo oficial, de la hinchada suficiencia del balduque...!»

Y ahora, decimos nosotros, cuando vuelva nuestra lucida representación en el Congreso de Bruselas henchida de ideas nuevas, de propósitos nobles y de conocimientos útiles; cuando digan al Gobierno oficialmente y á la opinión en conferencias y memorias lo que han visto y oído, ¿permanecerá el estado oficial en la misma inacción? ¡Somos tan poco previsores que no procuramos siquiera el aumento del número de contribuyentes que puedan cubrir esos gastos con que se excusa el amparo a la protección á la infancia!

A. C. y C.

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ DE BARCELONA

AMPLIACIÓN DE ESTUDIOS.—AÑO 1921

Curso de Patología digestiva organizado por el Dr. F. Gallart y Monés, profesor del Hospital, en colaboración con los doctores J. Bartrina, profesor de Patología Quirúrgica; L. Celis, profesor A. de la Facultad de Medicina; F. Coma, doctor en Farmacia; E. Comas y A. Prió, radiólogos de la Facultad de Medicina y Hospitales; M. Corachán, profesor de Cirugía del Hospital; J. Coróminas, interno del Hospital; F. Esquerdo Rodoreda, profesor de Medicina del Hospital y profesor A. de la Facultad de Medicina; F. Ferrer Solervicens, profesor A. de la Facultad de Medicina; P. Martínez García, interno del Hospital; A. Pujol y Brull, profesor de Cirugía del Hospital; E. Ribas y Ribas, profesor de Cirugía del Hospital; L. Suñé y Medán, profesor libre de Otorrinolaringología; J. Tarruella, profesor libre de Patología digestiva; L. Urrutia, profesor libre de Patología digestiva, cirujano de la Clínica San Ignacio (San Sebastián).

Este curso durará aproximadamente dos meses. Empezará el 15 de Octubre y terminará antes de Navidad. Será eminentemente práctico. Las lecciones del programa se ilustrarán con fotografías, proyecciones, piezas patológicas, preparaciones histológicas, etc., etc., alternando con prácticas radioscópicas, esofagoscópicas, rectoscópicas, coprológicas (de atención preferente) y demostraciones clínicas y operatorias. Serán diarias y empezarán á las diez de la mañana, y algunas continuarán por la tarde. Todos los días, de nueve á diez, presentación de casos clínicos y discusión sobre los mismos.

Precio de la inscripción, 100 pesetas.

Para la inscripción, dirigirse á la Administración del Hospital de la Santa Cruz, Depositaria.—Barcelona.

PROGRAMA

I. — EXPLORACIÓN.

Lección 1.^a Historia clínica de un enfermo de aparato

digestivo. Exploración clínica del abdomen. Valor semiológico de la lengua en patología digestiva.—Dr. Gallart, 15 Octubre, 10 m.

Lección 2.^a Métodos de palpación del hígado. Su valor clínico en los dispépticos. Investigación y valor del clapoteo gástrico. Puntos dolorosos abdominales; su valor, su estudio en el vivo y en el cadáver.—Dr. Gallart, 17 Octubre, 10 m.

Lección 3.^a Exploración del esófago. Esofagoscopia; su técnica, indicaciones y contraindicaciones. Imágenes esofagoscópicas. Manejo y elección del instrumental.—Dr. Suñé y Medán, 18 Octubre, 10 m.

Lección 4.^a Examen del contenido gástrico. Comida de prueba racional. Sondaje, su técnica. Métodos de análisis de la secreción y de la motilidad. Investigación cualitativa del CLH libre y combinado, ácidos de fermentación (láctico, butírico y acético), pepsina y lap.—Dres. Coma y Corominas, 19 Octubre, 10 m.

Lección 5.^a La secreción gástrica; viciaciones del quimismo. Acidez, su dosificación. Dosaje del CLH libre y combinado por los métodos volumétrico y clorométrico de Hayem y Winter.—Dres. Coma y Corominas, 20 Octubre, 10 m.

Lección 6.^a Variaciones de la concentración del jugo gástrico. Métodos para medir el volumen total del contenido gástrico. Examen microscópico del contenido gástrico en ayunas. Investigación de la sangre.—Dres. Coma y Corominas, 21 Octubre, 10 m. y 6 t.

Lección 7.^a Exploración del duodeno, su cateterismo. Estudio químico del contenido duodenal, su importancia.—Dr. Gallart, 22 Octubre, 10 m.

Lección 8.^a Fisiología de la digestión intestinal.—Doctor Gallart, 24 Octubre, 10 m.

Lección 9.^a Examen funcional del intestino. Régimen de prueba. Examen de las materias fecales: macroscópico y microscópico.—Dr. Gallart, 25 Octubre, 10 m.

Lección 10. Examen de las materias fecales, químico y bacteriológico.—Dr. Gallart, 26 Octubre, 10 m.

Lección 11. Métodos complementarios para el examen funcional del intestino; prueba de los núcleos de Schmidt; investigación y dosificación de la amilasa fecal y de la tripsina.—Dr. Gallart, 27 Octubre, 10 m.

Lección 12. Aplicación de la coprología a la clínica. Los grandes síndromes coprológicos.—Dr. Gallart, 28 Octubre, 10 m. y 6 t.

Lección 13. Endoscopia rectosigmoidea; su técnica, indicaciones, elección del instrumental, sus aplicaciones diagnósticas y terapéuticas.—Dr. Gallart, 29 Octubre, 10 m.

Lección 14. Exploración radiológica del estómago e intestinos; técnica e interpretación de las imágenes al estado normal y patológico.—Dres. Coma y Prió, 31 Octubre, 10 m. y 6 t.

II.—SÍNTOMAS.

Lección 15. Dolores abdominales. Vómitos. Aerofagia. Sialorrea. Los círculos viciosos en patología gastrointestinal.—Dr. Esquerdo Rodoreda, 2 Noviembre, 10 m.

Lección 16. Modificaciones del apetito, sus variedades.—Dr. Gallart, 3 Noviembre, 10 m.

Lección 17. Indigestiones, sus causas. Indigestiones de repetición, su interpretación.—Dr. Gallart, 4 Noviembre, 10 m.

Lección 18. Estenosis pilórica; sus variedades clínicas.—Dr. F. Ferrer Solervicens, 5 Noviembre, 10 m.

Lección 19. Perforaciones gastrointestinales. Peritonitis generalizada y circunscrita. Abscesos supra e infrahepáticos y retrogástricos; su evolución y diagnóstico.—Dr. Corachán, 7 Noviembre, 10 m.

Lección 20. Hemorragias gastrointestinales; sus formas, diagnóstico etiológico y topográfico.—Dr. F. Ferrer Solervicens, 8 Noviembre, 10 m.

Lección 21. Constipación; sus variedades clínicas. Estudio especial de la constipación ceco-ascendente.—Dr. Gallart, 9 Noviembre, 10 m.

Lección 22. Diarrea; su estudio fisiopatológico. Variedades.—Dr. Gallart, 10 Noviembre, 10 m.

Lección 23. Oclusión intestinal; diagnóstico precoz.—Dr. Gallart, 11 Noviembre, 10 m.

Lección 24. El hígado y el páncreas en patología digestiva. Influencia de las afecciones hepatopancreáticas sobre el tubo digestivo y viceversa.—Dr. Gallart, 11 Noviembre, 7 t.

Lección 25. Ictericias. Diagnóstico entre las ictericias por retención y las ictericias hemolíticas.—Dr. Gallart, 12 Noviembre, 10 m.

Lección 26. Diagnóstico anatomopatológico de las lesiones del aparato digestivo con presentación de preparaciones histológicas.—Dr. Celis, 14 Noviembre, 10 m. y 7 t.

III.—ENFERMEDADES.

Lección 27. Cáncer y afecciones no cancerosas del esófago.—Dr. Suñé y Medán, 15 Noviembre, 10 m.

Lección 28. Síndromes solares. Crisis gastrointestinales. Vagotonía y simpaticotonía en las afecciones del aparato digestivo.—Dr. Martínez, 16 Noviembre, 10 m.

Lección 29. Ptosis abdominales.—Dr. Torruella, 17 Noviembre, 10 m.

Lección 30. Ulcus gástrico; su patogenia.—Dr. Gallart, 18 Noviembre, 10 m.

Lección 31. Síntomas comunes y formas clínicas del ulcus gástrico y duodenal.—Dr. Gallart, 19 Noviembre, 10 m.

Lección 32. Síndrome de Reichmann. Su interpretación.—Dr. Gallart, 21 Noviembre, 10 m.

Lección 33. Biloculación gástrica. Su estudio radioscópico y clínico.—Dr. Gallart, 22 Noviembre, 10 m.

Lección 34. Cáncer del estómago. Datos anatomopatológicos de interés clínico.—Dr. Gallart, 24 Noviembre, 10 m.

Lección 35. Cáncer del estómago; formas clínicas.—Doctor Gallart, 26 Noviembre, 10 m.

Lección 36. Ulcus-cáncer. Sífilis gástrica.—Dr. Gallart, 28 Noviembre, 10 m.

Lección 37. Dispepsias intestinales. Su estudio clínico y coprológico.—Dr. Gallart, 30 Noviembre, 10 m.

Lección 38. Enterocolitis aguda y crónica.—Dr. Gallart, 1.º Diciembre, 10 m.

Lección 39. Colitis disenteriformes. Diferenciación de las disenterías bacilar y amibiana. Colitis hemorrágicas. Otras colitis parasitarias.—Dr. Gallart, 2 Diciembre, 7 t.

Lección 40. Colitis mucosa. Rectosigmoiditis; megacolon.—Dr. Gallart, 3 Diciembre, 10 m.

Lección 41. Tuberculosis gastrointestinal.—Dr. Gallart, 5 Diciembre, 10 m.

PAPELES YHOMAR

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

Lección 42. Formas clínicas del cáncer del intestino grueso y del recto.—Dr. Gallart, 7 Diciembre, 10 m.

Lección 43. Apendicitis aguda y crónica.—Dr. Pujol y Brull, 9 Diciembre, 10 m.

Lección 44. Litiasis biliar; diagnóstico.—Dr. Gallart, 10 Diciembre, 10 m.

IV.—TERAPÉUTICA.

Lección 45. Regímenes en las enfermedades del estómago y del intestino.—Dr. Gallart, 12 Diciembre, 10 m.

Lección 46. Terapéutica general del ulcus gástrico.—Dr. Gallart, 13 Diciembre, 10 m.

Lección 47. Medicaciones contra los dolores gastrointestinales.—Dr. Gallart, 14 Diciembre, 10 m.

Lección 48. Terapéutica quirúrgica gástrica; indicaciones y cuidados pre y post operatorios.—Dr. Urrutia, 15 Diciembre, 10 m y 7 t.

Lección 49. Terapéutica quirúrgica intestinal, exceptuando la éxtasis intestinal crónica; indicaciones y cuidados pre y post operatorios.—Dr. Urrutia, 16 Diciembre, 10 m.

Lección 50. Tratamiento quirúrgico de la éxtasis intestinal crónica.—Dr. Bartrina, 17 Diciembre, 10 m.

Lección 51. La anatomía patológica como base de indicación en la litiasis biliar.—Dr. E. Ribas y Ribas, 19 Diciembre, 10 m.

Lección 52. Terapéutica quirúrgica de la litiasis biliar y sus complicaciones.—Dr. E. Ribas y Ribas, 20 Diciembre, 10 m. y 7 t.

Lección 53. Terapéutica hidromineral.—Dr. Gallart, 21 Diciembre, 10 m.

Universidad de París. Facultad de Medicina.

AÑO ESCOLAR 1920 1921

Curso de vacaciones de revisión y de perfeccionamiento.—

Esta enseñanza de Vacaciones, de orden esencialmente práctico, comenzará el lunes 12 de Septiembre, á las nueve, en la Clínica Médica de l'Hôtel-Dieu (anfiteatro Trousseau), bajo la dirección del profesor agregado M. Maurice Villaret, médico de los hospitales, y con la colaboración de MM. Lardennois, profesor agregado, cirujano de los hospitales; Herscher, médico de los hospitales; Guilleminot, profesor agregado; Lippmann, Chabrol, antiguos jefes de clínica; Leven, François Moutier, antiguos internos de los hospitales; Henri Bernard, Saint Girons, Dufourmentel y Coury, jefes de clínica; Paul Descomps, Dumont y Deval, jefes de los laboratorios de anatomía patológica, de bacteriología y de química; Durey, Dausset, Lagarenne y Gerard, jefes y ayudantes del laboratorio de los agentes físicos de la Clínica Médica de l'Hôtel-Dieu.

Tendrá lugar, regularmente, por la mañana á las nueve, y por la tarde á las dos y media.

Comprenderá el curso 30 lecciones y se terminará en dos semanas; estará ilustrado con láminas y proyecciones y acompañado de presentaciones de enfermos, de instrumentos, piezas y preparaciones microscópicas. Reaerá principalmente sobre el examen clínico en el lecho del enfermo y sobre los procedimientos recientes de terapéutica médica, quirúrgica, fisioterapia é hidromineral.

Los alumnos se ejercitarán individualmente en el examen de los enfermos presentados, en las maniobras terapéuticas, en el manejo de los aparatos, en las investigaciones de laboratorio aplicadas á la clínica corriente, y podrán conservar las preparaciones hechas por ellos.

Se distribuirán resúmenes detallados de cada lección á cada alumno.

Se organizará un viaje de estudio de tres días, el 23, 24 y 25 de Septiembre, á Vichy y á Chatel-Guyon.

Los alumnos del curso que deseen tomar parte en él, se inscribirán con anticipación en la Clínica Médica de l'Hôtel-Dieu, dirigiéndose á M. Deval, el cual les dará á conocer el programa detallado y las condiciones del viaje.

El número de inscripciones es limitado.

Al terminar el curso se entregará á los alumnos un certificado.

Los derechos de laboratorio que hay que abonar son 150 francos.

Serán admitidos los doctores franceses y extranjeros, así como los estudiantes no matriculados en la Facultad, presentando el recibo de haber pagado los derechos. Los recibos de pago relativos á este curso, se entregarán en la Secretaría de la Facultad (ventanilla núm. 3), los jueves y sábados de 12 á 3.

I.—LA EXPLORACIÓN.

1. Examen clínico del abdomen. Interrogatorio y observación de un gastroenterópata.—MM. Maurice Villaret, lunes 12 Septiembre 9 m.

2. Quimismo gástrico. Sondaje; comida de prueba. Investigación del ácido clorhídrico libre y combinado, de los ácidos de la fermentación, de los fermentos, de la sangre, de los productos de la digestión, de los albuminoides y de las sustancias amiláceas.—Deval, lunes 12 Septiembre á las 2 y 30.

3. Coprología práctica. Examen microscópico de las heces. Quimismo intestinal. Comida de prueba. Investigación de la sangre, de la albúmina, de la estercobilina. Dosificación de las grasas. Diarreas de fermentación y de putrefacción. Examen bacteriológico de las heces. Nociones de parasitología intestinal.—Deval, lunes 12 Septiembre á las 4 y 30.

4. Esofagoscopia. Técnica; diagnóstico; maniobras terapéuticas.—Dufourmentel, martes 13 Septiembre á las 9.

5. Rectoscopia. Técnica; diagnóstico; maniobras terapéuticas.—François Moutier, martes 13 Septiembre á las 2 y 30.

6. Radiología gastrointestinal. Técnica y aspectos normales.—Guilleminot y Lagarenne, martes 13 Septiembre á las 4 y 30.

II.—LOS SÍNTOMAS.

7. La aerofagia. Las viciaciones del hambre. El psiquismo del gastroenterópata.—Leven, miércoles 14 Septiembre á las 9.

8. Hemorragias gastrointestinales. Vómitos.—Paul Descomps, miércoles 14 Septiembre á las 10 y 30.

9. Estreñimientos. Diarreas.—Saint Girons, miércoles 14 Septiembre á las 4 y 30.

10. Dilatación y ptosis gástrica. Síndromes del plexo solar; crisis gastrointestinales.—Leven, jueves 15 Septiembre á las 9.

TOLUDEN

Pelrid's C.º, New-York.

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

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

11. La parte del hígado en semiología digestiva. Influencia de los procesos morbosos hepáticos sobre el tubo digestivo. Influencia de las alteraciones del tramo gastrointestinal sobre las reacciones hepáticas. — Maurice Villaret, jueves 15 Septiembre á las 2 y 30.

III.—LAS ENFERMEDADES.

12. Las afecciones del esófago. Cáncer del esófago. Estudio clínico y terapéutico.—Covry, jueves 15 Septiembre á las 4 y 30.

13. Las gastritis, La sífilis estomacal. Estudio clínico y terapéutico.—Herscher, viernes 16 Septiembre á las 9.

14. La úlcera gástrica. Úlceras de la curvatura menor; síntomas, diagnóstico y complicaciones.—Maurice Villaret, viernes 16 Septiembre á las 10 y 30.

15. La úlcera de la región pilórica. Síndrome pilórico. Las úlceras del duodeno; síntomas, diagnóstico y complicaciones.—Maurice Villaret, sábado 17 Septiembre á las 9.

16. La terapéutica médica de las úlceras del estómago.—Maurice Villaret, sábado 17 Septiembre á las 2 y 30.

17. El cáncer del estómago; sus complicaciones.—Herscher, lunes 19 Septiembre á las 9.

18. La terapéutica quirúrgica de las úlceras gástrica y duodenal y del cáncer del estómago. Indicaciones. Cuidados pre y postoperatorios. Resultados.—Herscher, lunes 19 Septiembre á las 2 y 30.

19. Las apendicitis agudas. La apendicitis crónica. Estudio clínico y terapéutico.—Paul Descomps, martes 20 Septiembre á las 9.

20. Las disenterías. La helmintiasis. Estudio clínico y terapéutico.—Dumont, martes 20 Septiembre, á las 2 y 30.

21. La tuberculosis intestinal.—Estudio clínico y terapéutico.—Maurice Villaret, martes 20 Septiembre á las 4 y 30.

22. El éstasis intestinal crónico. Bridas. Pericolitis. Dolico-colons. Megacolon. Estudio clínico é indicaciones terapéuticas.—Lardennois, miércoles 21 Septiembre á las 9.

23. Las oclusiones intestinales agudas. Estudio clínico y terapéutico.—Henri Bernard, miércoles 21 Septiembre á las 2 y 30.

24. Los cánceres de los colons. Síntomas y diagnóstico.—Lardennois, miércoles 21 Septiembre á las 4 y 30.

25. Las afecciones del recto. Los cánceres del recto. Estudio clínico.—Lardennois, jueves 22 Septiembre á las 9.

26. El tratamiento de los cánceres del colon y del recto. Cuidados pre y postoperatorios. Resultados.—Lardennois, jueves 22 Septiembre á las 10 y 30.

27. Las colitis. Estudio clínico y terapéutico.—Chabrol, jueves 22 Septiembre á las 2 y 30.

IV.—LOS TRATAMIENTOS GENERALES.

28. Terapéutica gastrointestinal por los agentes físicos: radio y radiumterapias, electroterapia, kinesiterapia, hidroterapia.—Guilleminot, Durey, Dausset y Gerard, jueves 22 Septiembre á las 4 y 30.

29. Nociones generales de terapéutica médica gastrointestinal y sobre todo de dietética.—Lippmann, viernes 23 Septiembre á las 9.

30. Nociones de terapéutica gastrointestinal hidromineral.—Lippmann, viernes 23 Septiembre á las 10 y 30.

NOTA.—Durante las vacaciones del año escolar 1920-1921 tienen lugar en la Clínica médica de l'Hôtel-Dieu, en las mismas condiciones, y bajo la dirección del profesor agregado Maurice Villaret, médico de los hospitales:

1.º Dos cursos de perfeccionamiento:

a) Uno, sobre las enfermedades del hígado y del páncreas (vacaciones de Pascuas);

b) Otro, sobre las enfermedades del tubo digestivo (vacaciones del verano: Septiembre).

2.º Un curso de revisión: sobre las Nociones recientes de clínica práctica y de aplicación de los métodos de laboratorio al diagnóstico (vacaciones del verano: Julio).

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Subsecretaría.

En cumplimiento de lo prevenido en el art. 3.º del Real decreto de 14 de Abril de 1916 y Real orden de esta fecha, esta Subsecretaría ha dispuesto que se anuncie para su provisión en propiedad, al turno de oposición libre, la plaza de profesor numerario de Patología quirúrgica, Operaciones, Anatomía topográfica y Obstetricia, vacante en la Escuela de Veterinaria de Santiago, dotada con el haber anual de 4.000 pesetas.

Para ser admitido á estas oposiciones se requieren las condiciones siguientes, exigidas en el art. 6.º del Real decreto de 8 de Abril de 1910:

1.ª Ser español, á no estar dispensado de este requisito con arreglo á lo dispuesto en el art. 167 de la ley de Instrucción pública de 9 de Septiembre de 1857.

2.ª No hallarse el aspirante incapacitado para ejercer cargo público.

3.ª Haber cumplido veintiún años de edad.

4.ª Tener el título de veterinario ó certificado de aprobación de todas las asignaturas de la carrera; pero entendiéndose que el opositor que obtuviere la plaza no podrá tomar posesión de ella sin la presentación del referido título académico, cuyas condiciones habrán de acreditarse antes de terminar el plazo de la convocatoria.

La apreciación de estas condiciones corresponde exclusivamente al Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes en este Ministerio en el improrrogable plazo de dos meses, á contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*, acompañadas de los documentos que justifiquen su capacidad legal, pudiendo también acreditar los méritos y servicios á que se refiere el art. 7.º del Reglamento de 8 de Abril de 1910.

A los aspirantes que residan fuera de Madrid les bastará acreditar, mediante recibo, haber entregado, dentro del plazo de la convocatoria, en una Administración de Correos el pliego certificado que contenga su instancia y los expresados documentos y trabajos.

El día que los aspirantes deban presentarse al Tribunal para dar comienzo á los ejercicios, entregarán al presidente un trabajo de investigación ó doctrinal propio y el programa

FIRMUGENOL

(Nombre registrado.)

ESPECÍFICO DEL ESCROFULISMO

Compuesto de yoduro ferroso estable, arsénico orgánico y principios vegetales tónicos de la nutrición y depurativos, en forma de JARABE.

Literatura y muestras á su autor: PEDRO DE LA ROSA, Farmacéutico, Pola de Gordón (León).

de la asignatura, requisitos sin los cuales no podrán ser admitidos á tomar parte en las oposiciones.

Este anuncio deberá publicarse en los *Boletines Oficiales* de las provincias y en los tabloneros de anuncios de los Establecimientos docentes, lo cual se advierte para que las autoridades respectivas dispongan desde luego que así se verifique, sin más que este aviso.

Madrid, 26 de Julio de 1921.—El subsecretario, *Romero*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,3; ídem mínima, 707,7; temperatura máxima, 30°,2; ídem mínima, 14°,1; vientos dominantes, NNE. ONO. O

El brusco descenso de la temperatura observado en los primeros días de la semana ha dado lugar á la aparición de muchos catarros bronquiales y laringobronquiales, anginas catarrales y reumatismos musculares. Los demás afectos intestinales agudos, continúan como en las semanas anteriores y en la misma proporción la mortalidad infantil.

Crónicas.

A los médicos de la provincia.—Copiamos de un periódico de Badajoz:

«Nuestro presidente ha muerto. Una bronconeumonía aguda, al sexto día de enfermedad, ha privado de la vida el 31 de Julio de 1921 al hombre bueno, médico ilustrado, competente y celoso inspector provincial de Sanidad, organizador y alma entera de nuestro Colegio, Dr. D. Mario González de Segovia.

Agobiados por la inmensa desgracia que sufrimos, embarga nuestro corazón tan honda tristeza y amarga pena que, al comunicar á los compañeros de la provincia la irreparable pérdida, nuestro pensamiento sólo tiene ánimos por el momento para pedir una oración por su descanso eterno, al mismo tiempo que, obsesionado por la fatalidad del hecho consumado, repite dolorido: «Nuestro presidente ha muerto.»

La comisión permanente: Fernando Pinna, Cayetano Barriga, Augusto Vázquez y Juan Bautista Silvestre González.»

Mario González Segovia era en Madrid uno de los jóvenes de mayores y más fundadas esperanzas de los que terminaron su carrera por los años del 75 al 80. Inteligente, simpático, bien educado, culto, mostraba aficiones á la literatura y al periodismo político, siendo redactor muy principal del famoso *Solfeo*, que por aquél entonces dirigía Sánchez Pérez y que vino á suplir al *Gil Blas*, de Palacio, Rivera, Robert y Balart.

Publicó trabajos científicos en los periódicos de Simancas y Ulecia, y motivos de índole absolutamente particular le llevaron á dejar la Corte para establecerse en Badajoz donde era estimado y querido, pero donde no ha podido (si no mienten nuestros informes) hacer una fortuna que consienta á su familia vivir con alguna holgura.

Facultad de Medicina de París. Clínica de Dermatología y Sifilografía. Hospital Saint Louis.—Cursos de perfeccionamiento de Dermatología y enfermedades venéreas, bajo la dirección del profesor Jeanselme con la colaboración del profesor Sebilean y de los señores Thibierge, Darier, Hudelo, Milian, médicos del Hospital Saint Louis; Souste, Sián, Darré, Tixier, de Fong, Sezary, médicos de los hospitales; señores Gongerot, profesor agregado, Contela, oftalmólogo de los hospitales; Hantaut, otorrinolaringólogo de los hospitales; Sabourand, jefe del Laboratorio Municipal del Hospital Saint Louis; Levaditi, del Instituto Pasteur, Touraine, P. Chevallier, Burnier, Marcel Bloch, jefes de clínica y de laboratorio de la Facultad; Pomaret, Girandea, jefe de trabajos químicos y físicos; Marcel Sée, Bizard, médicos de Saint-Lazare; Noiré, Civatte, Ferrand,

jefes de Laboratorio en el hospital Saint Louis; Carrón de la Corriére, Barbé, médicos de los Asilos; Rubens Duval, ex-jefe de Laboratorio.

Dos series de cursos tendrán lugar cada año en Octubre, Noviembre y Diciembre, y en Abril, Mayo y Junio.

Cada serie comprenderá: 1.º, un curso completo de Dermatología; 2.º, un curso completo de Venereología.

El derecho de inscripción para cada curso es de 150 francos.

Los cursos empezarán el segundo lunes de Octubre y el segundo lunes de Abril de cada año. A los alumnos se les distribuirá un programa detallado.

Los cursos tendrán lugar en el Museo del Hospital Saint Louis y en el anfiteatro de la clínica (Sala Enrique IV), 40, Rue Bichat, París, 10º.

Se completarán con exámenes de enfermos, demostraciones de laboratorio (treponema, reacción de Wassermann, bacteriología, etc.), de fisioterapia (electricidad, rayos X, alta frecuencia, etc.), Terapéutica (escarificación, farmacología), etcétera.

El museo está abierto de nueve á doce y de dos á cinco.

Los cursos tendrán lugar todas las tardes de una y media á cuatro, y las mañanas se dedicarán á la Policlínica, visitas de sala, consultas externas, abiertas en todos sus servicios á los alumnos.

Al final del curso se entregará á cada alumno un certificado de asistencia.

Se inscribe en la secretaría de la Facultad de Medicina, rue de l'Eche de Medicine (Ventanilla, 3).

Para todo informe, dirigirse á Marcel Bloch, jefe de Laboratorio en la Facultad, 40, rue Bichat (10º), Hospital Saint Louis.

La vacuna antitífica.—El presidente de la Academia de Higiene de Cataluña ha teleografiado al ministerio de la Guerra con el ruego de que, teniendo en cuenta las prácticas profilácticas que durante la guerra europea ha producido la vacuna antitífica, se someta á ella á los soldados que van á Africa, con objeto de inmunizarlos contra el tifus que pueda desarrollarse por la calidad de las aguas.

Cruz de Beneficencia.—Por su meritoria, desinteresada y altruista labor llevada á cabo para el bien estar de la humanidad y en pro de los pobres enfermos y desvalidos de Alicante, donde ejerce su profesión como médico, nuestro buen amigo D. José Gadea Pro, le ha sido concedida la Cruz de Beneficencia.

Le enviamos nuestra más cordial enhorabuena.

La situación de Rusia.—Desde hace algunos números nos venimos ocupando de la situación tristísima de Rusia en el orden sanitario. De todos nuestros lectores son conocidos los estragos que el cólera y el hambre hacen en la población rusa. Hoy se conocen datos numéricos que reflejan la disminución de población y la alarma producida por la mortalidad infantil.

Según la estadística oficial de los Soviets, la población de Rusia, al terminar el año 1920 constaba de 138.000.000 de almas lo cual constituye una disminución de 12.000.000 respecto del censo de 1914.

En 1917 la población de Moscú ascendía á 2.543.000 habitantes, y en 1920 había descendido un 1.050.011.

Una cuarta parte de los actuales habitantes de Moscú corresponde á los funcionarios del Gobierno, que son más que el total de funcionarios del resto de Rusia.

Antes de la guerra el promedio de defunciones era de 23 por 1.000; en 1919, de 50 por 1.000, y en 1920, de 45.

El número de matrimonios es actualmente cuatro veces mayor que antes de la guerra.

Aumenta el número de niños que mueren diariamente en la Rusia de los Soviets. El Soviet central ha votado un crédito de 2.000 millones de rublos para aprovisionarlos.

Se ha formado una sección especial de asistencia á los niños que forma parte del Comité central de socorro.

Aun con estos 2.000 millones de rublos para los niños, resulta imposible encontrar en Rusia los elementos necesa-

LA DIABETES 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.

Y SUS COMPLICACIONES

De venta en todas las farmacias y droguerías. Literatura y muestras, Laboratorio Pesqui, Prim, 25, San Sebastián.

rios, y será preciso pedirlos á las repúblicas que forman la Federación soviética. Pero estas repúblicas no poseen víveres en cantidad suficiente para poder exportar. El único medio de salvar á centenares de miles de niños es pedir ayuda al extranjero.

Conferencia internacional sobre tuberculosis.—En Londres se inauguraron el día 26 de Julio los trabajos de esta Asamblea, cuya importancia se comprende por el número de delegados asistentes que pasaba de 500.

Representaban al Gobierno inglés lord Curzon y sir Alfred Mond, que saludaron y correspondieron á la felicitación que en cuarenta discursos pronunciados en diversas lenguas extranjeras, los delegados de otros países se dirigían al Gobierno británico.

Se leyó un mensaje del Rey, en el cual dice su majestad:

«El éxito creciente que se manifiesta ya por esta labor combinada en beneficio de la salud, me hace esperar confiadamente que pronto los esfuerzos del actual Congreso se verán coronados por el éxito.»

No han llegado á nuestro conocimiento las conclusiones de esta Asamblea, que daremos á conocer á nuestros lectores tan pronto como nos sea posible.

Huelga en los manicomios de Austria.—Comunican de Viena que los médicos, los ayudantes, los enfermeros y enfermeras de los manicomios y asilos de Caridad de la Baja Austria, se han declarado en huelga, con objeto de obligar al Gobierno á que les otorgue los mismos sueldos que á los servidores del Estado.

Todos ellos han convenido en abandonar asilos y manicomios y poner en libertad á los dementes, si no se accede á sus peticiones.

Tema interesante.—En el programa de concursos para adjudicación de premios publicado por la Academia de Ciencias Morales y Políticas, figura el siguiente tema que puede interesar á nuestros lectores:

«Estudio de alguna ó varias de las instituciones de asistencia humana en cualquiera de sus aspectos ó aplicaciones á la mendicidad y la vagancia, á la enseñanza ó a la Beneficencia pública ó privada.»

El autor ó autores de la Memoria que resulte premiada obtendrán 4.000 pesetas en efectivo, un diploma y la cuarta parte de los ejemplares que de ella se impriman.

Las monografías que se presenten no podrán exceder de la extensión equivalente á un libro de 250 páginas, impresas en planas de 37 líneas de 22 cículos, letra del cuerpo 10 en el texto y del 8 en las notas.

Las obras han de ser inéditas y presentarse escritas en castellano, á máquina y señaladas con un lema é indicando al concurso á que se refieren. Se dirigirán al secretario de la Academia, debiendo quedar en su poder antes de las doce del día 30 de Septiembre de 1922, acompañadas de un pliego cerrado, rotulado con el mismo lema de la Memoria y que dentro contenga la firma del autor y las señas de su residencia.

La Academia se halla establecida en la Casa de los Lujanes, plaza de la Villa, núm. 2, Madrid, en donde se facilitan gratis ejemplares del programa á quien los pida de palabra ó por escrito.

La población de Escocia.—El total de la población de Escocia es de 4.887.187, que comparado con 4.760.904 en 1911, representan un aumento de 121.263, ó sea, el 2 ½ por 100.

Este es el menor aumento total y el menor tanto por ciento desde el Censo de 1851.

El aumento de varones es de 30.457, y el de hembras de 81.796, y esto es, evidentemente, efecto de la guerra.

La ciudad industrial de Glasgow es la más populosa, pues sus habitantes han aumentado de 1.008.437 en 1911, á 1.334.069, mientras que de la capital de Escocia, ó sea Edimburgo, hubo una disminución de 424.046 á 420.267 durante diez años.

Los católicos y el Congreso de la Natalidad.—Comunican de París que la Congregación del Santo Oficio examinó el día 27 de Julio pasado los documentos remitidos al cardenal Gasparri, referentes á la participación de los católicos franceses en el Congreso de la Natalidad.

La Congregación ha contestado afirmativamente, si bien con la reserva de que los católicos franceses observen las siguientes condiciones:

Primera. Los católicos tratarán de los remedios de in-

dole moral ó religiosa por separado y en comisiones distintas en absoluto de las comisiones no católicas.

Para los remedios de carácter económico se les deja en absoluta libertad.

Segunda. Los remedios de índole moral ó religiosa que surgieran de las comisiones católicas tendrán que ser en un todo y sin restricción alguna los propuestos por la Iglesia católica, sobre todo en lo concerniente al matrimonio y al divorcio y á la enseñanza y educación de la juventud.

Tercera. La enumeración y exposición de esos remedios correrán á cargo de eclesiásticos adecuados y aprobados.

La contestación de la Congregación del Santo Oficio ha sido aprobada por el Papa.

Banquete del curso de 1915.—Se ruega á todos los compañeros que terminaron sus estudios en Madrid el curso de 1915 envíen su dirección á su condiscípulo el Dr. Barrio de Medina, Augusto Figuerola, 11 y 13, Madrid, para comunicarles detalles de la organización de un banquete de dicha promoción, al que se desea asistan la mayor parte posible.

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

LABORATORIO DE ANÁLISIS DEL DR. GIRAL

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

Tratamiento Curativo del Estreñimiento habitual con **PETROSINA A García Suárez.**

No es purgante, es un hidrocarburo líquido no asimilable, de efectos siempre seguros, lo mismo en niños que en adultos.

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.

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

Quininfantina Delgado Ronco.

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades bunsuntivas, 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.