



EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA

REVISTA TÉCNICA Y PROFESIONAL DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

Fundada en 1 de enero de 1854

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

«Boletín de Medicina» (1834-1854) - «Gaceta Médica» (1844-1854)

«Genio Médico-Quirúrgico» - «La Correspondencia Médica»
(1865)

«Revista de Sanidad Civil» - «Revista Clínica de Madrid»

1854 * AÑO NOVENTA Y DOS * 1946

Oficinas de Redacción y Administración:

MADRID, CALLE DE LOPEZ DE HOYOS, 11 - TELEFONO 63535

Precios de suscripción:

España, América y Portugal: 50 pesetas al semestre.

Para los demás países: 100 pesetas al semestre

Número corriente: 6 pesetas (del año en curso).

Número atrasado: De año distinto, 15 pesetas.

EDITOR RESPONSABLE:

Excmo. Sr. Dr. F. Javier Cortezo-Collantes

Propietario y Director de EL SIGLO MÉDICO.

Fundador de SEMANA MÉDICA ESPAÑOLA.

NÚMERO EXTRAORDINARIO

Madrid y sábado día 28 de septiembre de 1946

NÚMERO 4.719



PRODUCTOS OFTÁLMICOS



Las Pomadas Oftálmicas GEVE

y

Las Pomadas Doradas VERGÉS

son para el oftalmólogo:

Una perfección en el escipiente,
por ser neutro, isotónico, fácilmente fu-
sible y miscible con las lágrimas.

Una novedad en la presentación,
de gran utilidad práctica,
por ser el capuchón de materia plástica
y de color distinto, según la acción de
la pomada sobre la pupila.

Una garantía indispensable,
por su preparación aséptica y por la es-
terilización perfecta de envases y pro-
ductos.

Interesantes por la originalidad
de alguna de sus fórmulas,
Antineumocócicas (con y sin atropina).
Antiblefárica (aceto-plúmbica-hidrargí-
rica).

EUBORAL "GEVE" Para lavados oculares

EUBORAL es un tetraborato de sosa químicamente puro.

Va contenido en paquetes de 20 gramos y en cajas de seis paquetes.

Para disolver un paquete en un litro de agua.

**MUESTRAS Y LITERATURA DE TODOS LOS PRODUCTOS
A LOS SEÑORES OFTALMÓLOGOS**

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
Vergés & Oliveres, S. A.
TORTOSA

EL SIGLO MÉDICO

SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

REVISTA TECNICA Y PROFESIONAL DE CIENCIAS MEDICAS

Con la colaboración científica médica nacional y divulgación de la extranjera y de especialidades.

Programa científico:

PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

NUMERO EXTRAORDINARIO

dedicado a la

XXIV ASAMBLEA OFTALMOLOGICA HISPANO-AMERICANA

INTRODUCCION

LA SOCIEDAD OFTALMOLOGICA HISPANO-AMERICANA

La Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana acaba de celebrar, en la maravillosa isla de La Toja, su XXIV Asamblea.

Esta noticia, conocida ya por los médicos a través de la prensa diaria, nos mueve a hacer unos breves comentarios sobre lo que esta Sociedad representa como exponente de la labor desarrollada por los oftalmólogos españoles. Considerándola como un modelo en su clase, quizá llevados por el amor que en ella tenemos puesto, escribimos estas líneas con la esperanza de que su funcionamiento sirva de ejemplo a otras Sociedades similares.

Desde su fundación, en el año 1904, hasta la última reunión se han celebrado veinticuatro asambleas. Primero fueron éstas bianuales; durante el movimiento nacional, la Sociedad suspendió todas sus actividades, tanto en una como en otra zona, sin duda porque como una de las notas más características de esta Sociedad es la cordialidad y el afecto que todos los miembros nos profesamos, al no podernos reunir todos, por la división material y moral que entonces existía en España, preferimos no celebrar sesiones. Reorganizada la Sociedad al terminar la guerra, adquirió un impulso extraordinario. El volumen y calidad de los trabajos presentados a los primeros Congresos fué tan elevado, que se acordó celebrar reuniones anuales: un año en provincias, con el esplendor habitual, y otro en Madrid, con un carácter más

íntimo, sin ponencia oficial y sin el acompañamiento de festejos, tradicional en todos los Congresos.

También después de la guerra se tomó el acuerdo de publicar una Revista mensual, órgano de la Sociedad, que recogiera todos los trabajos publicados en las asambleas y aquellos otros de interés y originalidad producidos entre dos reuniones. Esta Revista, *Archivos de Oftalmología de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana*, puesta bajo el alto patronato del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, viene apareciendo con una puntualidad digna de elogio, y está constituida por folletos mensuales, aproximadamente de cien páginas, ilustradas con buen número de fotografías y tricomías; publicándose en cada volumen cinco o seis trabajos originales y numerosísimas referatas recientes, no más de dos meses de su publicación original y con la suficiente amplitud para que aquellos oftalmólogos que no reciben las revistas originales puedan estar al corriente de cuantas novedades aparecen en la prensa oftalmológica mundial.

La revista se reparte gratuitamente a todos los miembros, siendo costeada con el importe de la pequeña cuota anual de socio, con la que también se abonan los gastos de organización de los Congresos.

La labor científica de las Asambleas consta de una ponencia oficial, cuya designación, así como el nombre del ponente que ha de desarrollarla, se

realiza con dos años como mínimo de antelación por la Junta general, previamente asesorada por la Directiva. Esta ponencia se publica íntegra en la Revista uno o dos meses antes de la Asamblea para que todos los congresistas puedan conocerla y discutirla en la primera sesión del Congreso. Las restantes sesiones se dedican a la lectura y discusión de comunicaciones libres, concediéndose un tiempo de diez minutos para su

a su último presidente, el doctor Arruga, la Medalla Arruga, que se concederá cada cinco años como premio al mejor trabajo publicado en ese lapso de tiempo.

Este es el breve esquema del funcionamiento de nuestra Sociedad; pero esto sólo, con ser mucho, no representaría nada si toda la vida de la Sociedad no estuviese envuelta en un afecto, en una cordialidad tan extraordinaria, que hace desapare-



En esta «foto», obtenida por nuestro enviado especial a la Asamblea de Oftalmología de La Toja, aparece en primer término el doctor Arruga, presidente del Congreso, con el doctor Costi, a su derecha, y detrás los doctores Losada y López Enriquez, secretarios del Comité organizador y de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, respectivamente.

exposición y cinco para la intervención de cada uno de los que las discutan. Con el fin de evitar repeticiones, se engloban en una misma discusión todas aquellas comunicaciones similares. Los comunicantes tienen después otros diez minutos para rectificar. Tanto los objetantes como el comunicante han de entregar a la Secretaría, al finalizar cada sesión, el extracto de sus intervenciones, que se publica en la Revista a continuación del trabajo discutido.

Este año, la esplendidez y amor a la Sociedad de uno de sus más destacados miembros, cuyo nombre omito por deseo del interesado, ha concedido un premio anual de 5.000 pesetas para el trabajo de mayor interés científico publicado en la Revista durante el año por un oftalmólogo menor de cuarenta años. Este premio, que cada año llevará el nombre de uno de los maestros de la Oftalmología fallecidos, para enaltecer su memoria, será otorgado en la sesión inaugural del Congreso.

También la Sociedad ha creado, en homenaje

cer los intereses particulares en aras del bien general; ausentes los personalismos y las banderías de escuela, ausentes las pequeñas miserias que la rivalidad creada por el ejercicio en la misma localidad lleva anejas; allí, todos, desde el más grande al más pequeño, constituimos una verdadera hermandad, y, al llegar a los Congresos, olvidamos todas nuestras pequeñas cuestiones en bien del interés colectivo, dándose frecuentemente el caso de que aquellos compañeros que ejercen en la misma población sean los que más elogien las comunicaciones de su rival, si éstas son de mérito, y los que más suavemente las combaten en caso de disconformidad con ellas.

Decíamos al principio que considerábamos a la Sociedad Oftalmológica como un modelo en su clase. Como vemos, su estructura difiere poco de las similares, pero este espíritu de hermandad es el que quisiéramos ver en todas las demás, y al que nos referíamos al ponerla como ejemplo.

C. COSTI.

Secretario primero.

La XXIV Asamblea de la Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana

LA TOJA

(9 al 14 de septiembre de 1946)

CRONICA

por el

Doctor MARIO ESTEBAN

Bien ha escogido la Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana el lugar para celebrar su XXIV Asamblea.

Oculistas de toda España, de Portugal y de otros países se han dado cita en Galicia, que es tanto como decir en un edén. Por algo hay allí un pór-tico que le llaman de la Gloria.

El éxito del certamen científico ha sido inmen-so, y a ello ha contribuido poderosamente el en-canto y la sugestión irresistible que dimanan de esa tierra maravillosa. Más de trescientos congre-sistas han concurrido a La Toja. Se han presenta-do y discutido unas sesenta comunicaciones, que marcan el progreso incesante de la Oftalmología y su índice de la cultura de los oculistas españoles. Hay que admirar no sólo la cantidad, sino la cali-dad de los trabajos.

Nuestros colegas gallegos pueden estar satisfe-chos. Confeccionaron un programa fascinador, y nos le brindaron con esa simpatía y esa cordiali-dad peculiares en ellos. Gracias, queridos amigos.

Si ya no tuviérais ganado de antemano nuestro afecto, es tanto lo que habéis hecho por agasajar-nos y habéis puesto el corazón de tal modo en ello, que jamás podremos olvidarlo. Por donde quiera que vayáis os saldrán al encuentro compa-ñeros con los brazos abiertos, que, igual que vos-otros, hablarán de Galicia con amor y con nos-talgia.

La belleza de Galicia se ha adueñado de nues-tras voluntades. Galicia, con «sus viejas ciudades aromadas de recuerdos y de tradiciones, sus cam-pos de perenne verdor, sus rías de ensueño y sus montañas de suaves curvas»—tal como nos la des-cribían los compañeros organizadores, exteriori-zando su noble y legítimo orgullo por la tierra donde han nacido—; esta Galicia en que cada pai-saje es un monumento y cada monumento un pai-saje, ha pasado por nuestras retinas como si las acariciara y ha penetrado en nuestros corazones cadenciosamente, dejándose querer.

En La Toja, esa isla seductora arrullada por las



Ayuntamiento de Madrid

aguas del Océano, el pensamiento se hace más profundo y concentrado, mientras que el espíritu se eleva y se ensancha en sublimes inmensidades del cielo y del mar. Dijérase que los oculistas nos hemos reunido allí para pensar y sentir con grandeza de alma. Aislarnos para discurrir acerca de los problemas actuales de la Oftalmología. Y al mismo tiempo abrir el corazón a todo lo que es

tensión ocular, dando origen a las cifras en báscula.

c) El progreso de la etapa anterior llega a producir una éstasis circulatoria en los territorios venosos, principalmente.

d) En estas condiciones se presenta un aumento de la permeabilidad de los capilares, que trae como consecuencia la producción de exudados de



Grupo de concurrentes a la Asamblea celebrada en La Toja por la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, bajo la presidencia del doctor Arruga.

(«Foto» Blanco.)

bueno y a todo lo que es hermoso. Anhelar que no haya ciegos, que no quede un solo hombre a quien no le sea dado contemplar las bellezas de los paisajes, de los monumentos y de las mujeres de Galicia.

PONENCIA: «ETIOPATOGENIA DEL GLUCOMA»

El doctor Moréu ha hecho un trabajo documentadísimo, magníficamente desarrollado, cuya importancia y extensión no permite un análisis en detalle.

El autor lo resume diciendo que en la patología del glaucoma existen las fases siguientes:

- a) Distonía neurovegetativa.
- b) Esta distonía da origen a una alteración circulatoria en los vasos uveales, alteración que tiene como consecuencia la producción de una circulación «a saltos», que repercute a su vez sobre la

tipo seroso albuminoso que obstruyen los desagües fisiológicos (venas vorticosas, fosas de Blésing y espacios supracoroideos). En este momento entra en funciones el canal de Schlemm, evacuando intermitentemente el exceso de acuoso debido a la mayor presión intraocular, y se presentan las primeras cifras de hipertensión.

e) Este trastorno circulatorio y, por tanto, nutritivo, trae como lógica consecuencia toda una serie de distrofias tisulares, con el trastorno metabólico correspondiente y con la incapacidad de los tejidos para dar origen a las hormonas de tipo vasodilatador y vasoconstrictor.

f) Alteraciones del ritmo tensional siempre y con gran frecuencia, hipertensión ocular.

g) Descompensaciones tensionales en algunos casos.

h) Déficit nutritivo del nervio óptico, que termina dando origen a la atrofia por excavación.



Sesión inaugural de la Asamblea de Oftalmología de La Toja.

(«Foto» Blanco.)

CONFERENCIA DEL PROFESOR ECHEVERRI EN LA UNIVERSIDAD COMPOSTELANA

Inicia su disertación el profesor Echeverri con un saludo a los congresistas de la Sociedad Hispano-Americana de Oftalmología.

Señala las características de su labor, atendiendo a las normas expuestas por el doctor Arruga, y

especialmente a la lucha que sostienen contra la enfermedad y la ceguera. Esa lucha que deja como recuerdo el dulce sabor del triunfo o la amargura de la derrota, pero siempre la seguridad de haber defendido ideales que por lo humano no los puede ofrecer al mundo mejores.

Agradece a los congresistas la delicadeza de su visita, máxime teniendo que dejar para realizarla



El decano de la Facultad de Medicina de Santiago, doctor Echeverri, dictando su conferencia a los congresistas.

Ayuntamiento de Madrid

aquel paisaje de ensueño que envuelve a La Toja. Venís a Santiago como peregrinos; a esta mansión de paz y estudio que ofrece dulce cobijo a la religión, al arte y a la ciencia, que son los lazos que deben unir a los hombres de buena voluntad.

Dedica un saludo especial a la representación portuguesa, de la que nosotros, los universitarios compostelanos, tenemos tan gratos y recientes recuerdos. Al fin y al cabo, la afinidad de paisajes y el que nos acarician los mismos mares, establecen, conjuntamente, en las páginas que hemos escrito para la Historia, lazos eternos e indisolubles.

Las últimas palabras son de recuerdo para los oftalmólogos americanos.

Entra en la parte científica de su conferencia exponiendo el desarrollo del globo ocular y dedicando especial atención a los modernos estudios de Embriología experimental y Embriología química, que tantos problemas han resuelto en la génesis del sentido de la visión y que actualmente ofrecen amplios horizontes a los investigadores. Realiza el estudio crítico de los trabajos de Vogt, Manchot,

Leplat, Brachet, Dalcq, Pasteels, Lehman, Beer y Rudall.

Se detiene en el desarrollo de la vesícula ocular, y sobre interesantes proyecciones describe su evolución ontogénica y su histogénesis, que discurren en parte paralelamente a la formación de cerebro. Hace un detenido estudio del complicado capítulo de la vascularización ocular.

Al hablar de la ontogenia del cristalino, indica cómo ha sido precisamente su formación, inducida por la vesícula óptica, la que condujo a Spemann al descubrimiento de la inducción embriogénica y de los centros organizadores. El desarrollo del cristalino, desde el punto de vista experimental, es descrito por el profesor Echeverri, manifestando cómo se forja en los diferentes tipos de animales, cómo evoluciona después de injertado y cómo las condiciones especiales de su vascularización nos expresan su crecimiento.

Se refiere al desarrollo del cuerpo vítreo y del iris, temas muy discutidos, realizando un estudio crítico de las teorías expuestas por los diferentes autores.

Termina su disertación recordando nuevamente que la Facultad de Medicina de Santiago dedica a los congresistas sus mejores afectos y haciendo votos para que los resultados de los trabajos de esta reunión superen, si es posible, a los obtenidos en reuniones anteriores, expresión cierta de que la Oftalmología constituye uno de los más importantes eslabones de la Medicina peninsular.

LABOR CIENTÍFICA DEL CONGRESO

Sería imposible hacer una reseña de los múltiples e interesantes trabajos presentados en esta Asamblea. Ni siquiera queremos mencionar los que más cautivaron la atención de los asambleístas, para no incurrir en omisiones. La Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana tiene sus *Archivos*, que se publican bajo el patrocinio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y en dicha revista se irán dando a conocer todas las comunicaciones y el extracto de las intervenciones.

Se han tratado temas de gran importancia práctica. Cuestiones como las referentes a vías lagrimales, catarata, tracoma, oftalmía simpática, etc., sin contar el glaucoma, que era objeto de la ponencia oficial, han despertado animadas discusiones, en que cada congresista podía y debía emitir su opinión, lo que demuestra que hasta en los asuntos más trillados siempre hay puntos de vista, detalles dignos de ser revisados, y que no se encuentra en Medicina nada que pueda considerarse definitivamente resuelto.

Se han presentado asimismo observaciones que enriquecen la casuística de enfermedades oculares poco conocidas e insuficientemente interpretadas. Es de notar que muchas de estas afecciones han sido estudiadas no sólo en el aspecto local del ojo,

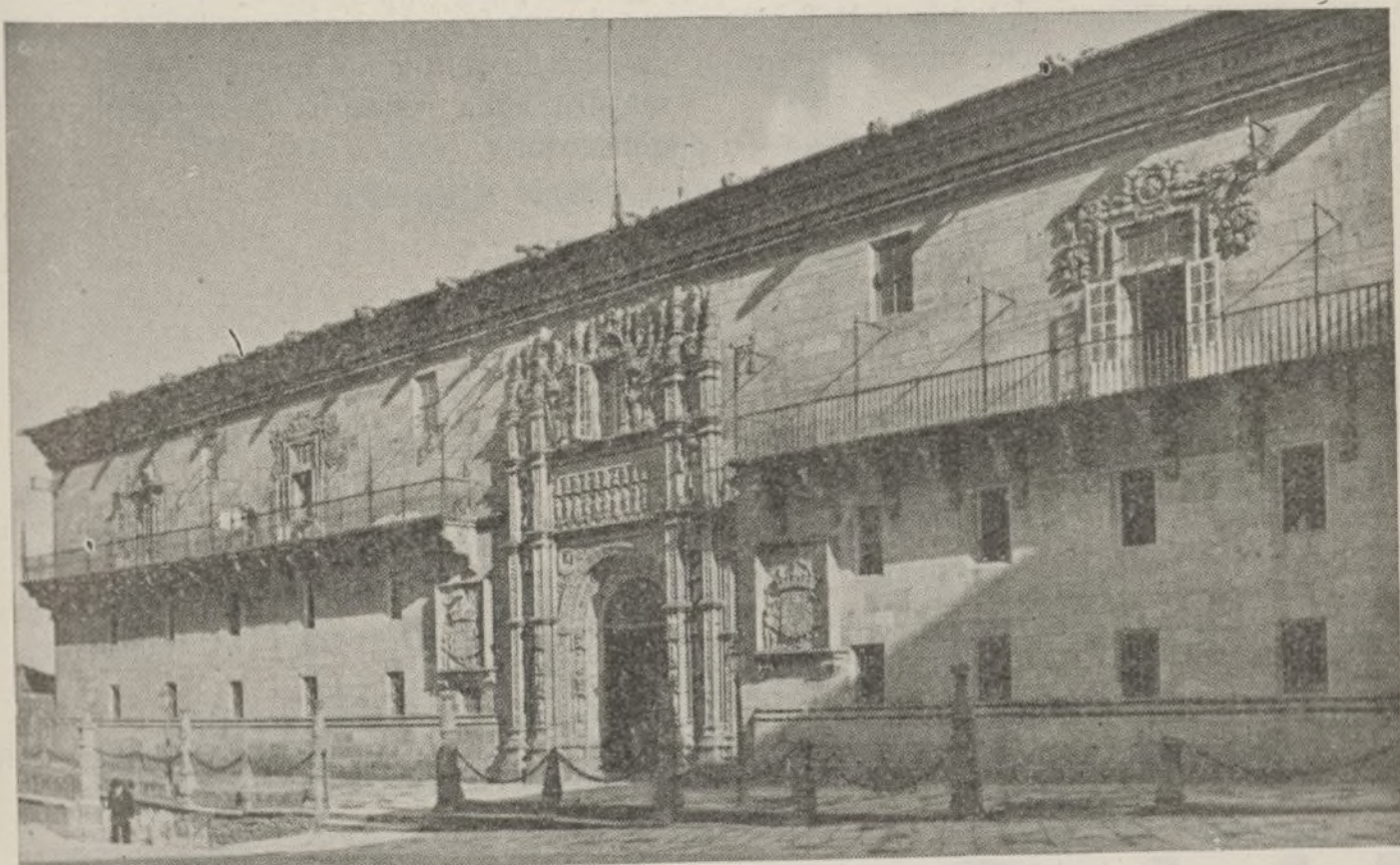


Un ángulo del bello patio del Colegio de Fonseca, Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, donde el decano, doctor Echeverri, explicó una magistral lección sobre embriología del ojo.

sino en relación con el estado general del órgano, lo que demuestra que el oculista tiene que estar al tanto de los avances en todos los campos de la Medicina. El oculista no puede contraerse al estudio y observación de lo que pasa en el ojo, como tampoco los internistas, los cirujanos, los neurólogos, los dermatólogos, los médicos en general, cualquiera que sea su especialidad, pueden desentenderse de los fenómenos oculares. En cualquier rama de la Patología habrá casos en que se necesita la colaboración del oftalmólogo, y éste, a su

a veces defectos que, inconscientemente, cada uno comete por falta de comparación con lo que hacen los demás; el servir de estímulo de trabajo; el constituir un medio de conocerse y continuar las relaciones profesionales y de amistad en beneficio de los enfermos y de la ciencia patria».

Una nota característica de nuestras reuniones es la cordialidad. Los temas son expuestos y examinados con espíritu de común colaboración. Las discusiones jamás sobrepasan los límites de la corrección más perfecta. Las opiniones se aúnan y



Maravillosa fachada del Hospital Real, de Santiago de Compostela, edificio que actualmente se encuentra en estado ruinoso.

vez, ha de requerir a menudo la de otros especialistas.

También se han suscitado temas nuevos y concepciones originales, algunas de las cuales inician un camino para que a los ciegos les sea dado interpretar la luz y los colores.

La Exposición aneja al Congreso merece ser comentada, por lo que representa de progreso en la industria farmacéutica y óptica. Satisface contemplar la perfección con que en España se elaboran colirios y pomadas. Y es halagador ver cristales de contacto, oftalmoscopios eléctricos, oftalmómetros, frontofocómetros, etc., en que tanto la parte óptica como la parte mecánica son de fabricación nacional.

LA CORDIALIDAD DE LOS OFTALMÓLOGOS

Los Congresos Oftalmológicos, según frase del doctor Arruga, tienen como efecto «el comunicarse los congresistas los frutos de su experiencia personal, para ilustrarse mutuamente, corrigiendo

se controlan, sin que la diversidad de criterios se manifieste en encono ni dé lugar a rivalidades mal entendidas. Entre los oculistas no hay personalismos. La pasión cede el puesto a la razón, y el amor propio se nos hace amor a la Ciencia y a la Verdad.

Los que sin ser oculistas asisten a las sesiones científicas, se admiran de la sinceridad, del respeto mutuo y del afecto verdadero que reina entre éstos, que pudiera servir de ejemplo a otras Academias. Dijérase que los oculistas constituyen una familia en que los pensamientos y los sentimientos de todos se armonizan. Buena prueba de ello fué la memorable sesión de clausura, plena de emotividad, en que la oración del doctor Arruga tenía el valor de un testamento científico.

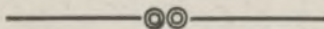
El doctor Arruga, maestro de maestros, que tan alta ha puesto la Oftalmología española, se despedía como un padre y nos legaba su espíritu de investigación, de estudio y de trabajo. Instituye un premio cuantioso, y que aún vale más por el honor que brinda en él a los oculistas de las nuevas generaciones. Y nos deja un libro, un li-

bro magnífico y maravilloso, orgullo para nuestra patria. Esta *Cirugía ocular*, que acaba de salir a la luz, encierra algo más que los frutos de una mente privilegiada: en cada página hay latidos de su corazón. Le ha hecho pensando en nosotros —decía—, aspirando a merecer el favor en que los oculistas le tenemos, cuando en realidad somos nosotros los que hemos de esforzarnos en ser merecedores de tal obra.

Al doctor Arruga le sucede en la presidencia de la Sociedad el profesor Díaz Caneja, digno continuador de aquél, y también su discurso, en que no sabíamos qué admirar más, si el fondo o la forma brillante de su oratoria, nos hizo vibrar de emoción.

Era impresionante ver reflejada esta emoción en

el rostro de todos los asambleístas. Quien no presenciara el acto le costaría trabajo creer que unos hombres que se han reunido para hablar fríamente de ciencia, acaben por fundir sus sentimientos y lloren. Mas así fué. Los asistentes al acto trataban de disimularlo; pero todos tenían húmedos y brillantes los ojos, y quién más, quién menos, enjugaban con el pañuelo una lágrima furtiva. No nos avergoncemos de ello. El hombre de ciencia, si es médico, tiene que tener corazón. Por eso Arruga es como es; por eso Díaz Caneja daba a su voz aquellas inflexiones que exaltaban el lirismo de sus frases, y por eso los que escuchábamos en silencio sentíamos fuertes latidos en el pecho y nuestra alma rebosaba de sentimientos nobles y generosos.



ULLOA-ÓPTICO

PRODUCTOR NACIONAL

FABRICANTE de APARATOS para OFTALMOLOGIA



CASA CENTRAL:

CARMEN, 12 y 14 - MADRID - Av. JOSÉ ANTONIO, 16

SUCURSALES:

BARCELONA: Fontanella, 17.



SEVILLA: Av. José Antonio, 23.

ZARAGOZA: Coso, 75.



SAN SEBASTIAN: Alameda, 25.



PAMPLONA: S. Ignacio, 12.



SONOTONE UN BUEN APARATO PARA OIR

Divulgaciones oftalmológicas

GLAUCOMA Y SISTEMA VEGETATIVO ⁽¹⁾

por el

Profesor D. DIEZ DOMINGUEZ

y el

Doctor D. M. DE TORRES LUCENA

ADAMUECK fué el primero que trató de las relaciones del simpático con el glaucoma primitivo, ya que, después de la excitación nerviosa, creyó encontrar un aumento de la tensión intraocular que puso en relación con la hipertensión arterial producida. Algo más tarde, ABADIE consideró que el glaucoma era debido a la excitación del simpático, y por ello preconizó la extirpación del ganglio cervical superior como tratamiento del mismo.

Pero los resultados de esta operación fueron muy discutibles, y la experimentación en el animal no contribuyó como de costumbre a aclarar el asunto ante los resultados contradictorios de los diversos autores. Al introducirse, por EPPINGER y HESS, los conceptos de vagotonía y simpaticotonía, la mayoría de los oftalmólogos que se ocuparon de esta cuestión clasificaron a los glaucomatosos entre los simpaticotónicos, quizá con la única excepción de HAMBURGER, quien creyó que en estos pacientes el tono del simpático estaba debilitado, preconizando el tratamiento con adrenalina, la cual, dándole un latigazo al simpático, haría descender la tensión ocular.

THIEL, por el contrario, dijo que existía en los glaucomatosos una elevación del tono simpático que determinaba un aumento de la permeabilidad de las paredes de los vasos intraoculares, constituyendo uno de los factores determinantes de la hipertensión ocular, para combatir la cual empleó el gynergeno, utilizado con anterioridad por ROEMER y KREBS; este fármaco es, respecto al simpático, lo que la atropina al parasimpático; de ahí que ROTHLIN lo denominara *atropina del simpático*.

Meses más tarde que THIEL, BAILLIART, en una interesante ponencia a la Sociedad Francesa de Oftalmología, concluía diciendo que en el glaucoma crónico, lo mismo que en el agudo, existía un estado de hipersimpaticotonía.

En 1930, PASSOW, como conclusión de un extenso trabajo, afirma que, en la mayoría de los glaucomatosos, se encuentran, tanto síntomas como desviaciones humorales que hablan en favor de la existencia de una simpaticotonía en los mismos, así como una hiperfunción del tiroides (más bien que de una tireotoxicosis, se trata de trastornos pluriglandulares).

Sin nuevos trabajos de importancia sobre esta materia, se admite casi unánimemente que en el glaucoma existe un marcado predominio del sistema simpático frente al parasimpático, cuyo tono estaría disminuido.

Nosotros hemos estudiado el tono vegetativo general de sesenta glaucomatosos, partiendo de las concepciones existentes en la actualidad sobre el más propiamente llamado sistema neurovegetativo (DANIELOPOLU, v. BERGMANN), practicando para ello la prueba del ortostatismo-atropina de DANIELOPOLU, completando nuestro estudio otra serie de pruebas locales (de tono y excitabilidad vegetativa), siguiendo una sistemática hasta ahora no realizada en ningún otro Servicio oftalmológico, con la que creemos verificar un completo estudio del estado general y local del vegetativo en los glaucomatosos (TORRES LUCENA). Encontramos en nuestros resultados que un 65,51 por 100 de los glaucomas inflamatorios son *anfotónicos generales*; en los glaucomas simples siempre hemos hallado distonías de tipo mixto, y en ningún caso anfotonías. En lo que respecta al tono y excitabilidad local, hemos encontrado distonías sin tipo preferente y constante aumento de la excitabilidad simpática local.

Todo esto nos explica claramente la inconstante acción de los fármacos de acción vegetativa; la diferencia de acción según la vía de aporte (en el trabajo antes mencionado citamos extensamente los resultados encontrados con derivados alilalquilamínicos empleando la vía parenteral en opuesta contradicción con los obtenidos por THIEL en instilación), diferencia según la dosis, duplicidad de

(1) Comunicación a la IV Reunión de las Jornadas Médicas Españolas.

acción (recordamos a este respecto las dos fases provocadas por la adrenalina en instilación), etcétera.

Al estudiar la actividad de los fármacos vegetativos introducidos por vía parenteral sobre la tensión ocular de los glaucomatosos, nos encontramos con un hecho desconcertante a primera vista. Tanto los simpáticos como los parasimpáto-miméticos pueden ir acompañados de reacciones hipertensivas oculares a veces considerables; sin embargo, la Clínica nos enseña la existencia de ciertos matices diferenciales, tanto en lo que respecta a la intensidad de la hipertensión ocular como a la duración de la misma. Así vemos, por ejemplo, que la acetilcolina administrada, prescindiendo de miósicos aplicados localmente, puede provocar una hipertensión ocular considerable, mientras que en otros casos llega a normalizar la tensión, si bien en nuestros enfermos nunca hemos comprobado este hecho; la pilocarpina inyectada por vía subcutánea provoca también una elevación tensional discreta; por el contrario, la eserina en algunos enfermos consigue normalizar una tensión elevada. Respecto a la acción de los simpaticomiméticos utilizados por vía general, hemos visto una marcadísima respuesta hipertensiva a las inyecciones de betafenilisopropilamina, tanto, que nos obligó a suspender su empleo.

Como interpretación, pudiéramos aducir que la acetilcolina, rapidísimamente destruída, ejercería indirectamente una acción estimulante de la producción de adrenalina, y ésta, en realidad, es la verdadera culpable de la hipertensión; la eserina produciría una inhibición del proceso destructor de la acetilcolina y los simpaticomiméticos actuarían excitando los centros y terminaciones nerviosas del simpático, inhibiendo la acción de la aminoxidasa, etc.

Si nos referimos a la acción de los fármacos utilizados en instilación, sabemos cuán clásico era mantener la creencia de una íntima repercusión de la miosis sobre la baja de la tensión ocular, estableciéndose un esquema antagonista miósi-cohipotensores frente a los midriásico-hipertensores. Pero esto es demasiado simplista, y ya nadie lo admite en términos tan absolutos, pues si bien es verdad que la mayoría de los hipotensores son miósicos, también recordamos el descubrimiento o, mejor dicho, redescubrimiento de la acción hipotensora adrenalínica en inyección subconjuntival, establecido como medio terapéutico del glauco-

ma por HAMBURGER, no obstante la midriasis máxima que provoca; poco después v. HOFFE emplea el cloruro de bario, obteniendo todo lo opuesto, esto es, miosis intensa e hipertensión ocular. Sin negar que la miosis puede coadyuvar en determinados casos su actividad hipotensora, la mayoría de las veces es independiente de la acción pupilar, como lo prueban los casos de aniridia mencionados por BRÜCKNER, el de un tabético con pupila puntiforme y glaucoma (TERIEN) y en el que la pilocarpina normalizaba la tensión; nosotros hemos visto dos casos muy elocuentes: uno, con miosis marcada, y sin variar la tensión ocular por la acción de ningún miósico, y otro, con atrofia parcial del iris, cuyo diámetro pupilar no respondía a la pilocarpina, pero sí producía baja de la tensión del ojo; por instilación de atropina en estos sujetos hace tiempo que lo demostró DÍAZ DOMÍNGUEZ, y en nuestras pruebas de acción local por inyección intravenosa de atropina hemos llegado a idénticos resultados (TORRES LUCENA), encontrando muchos casos con baja de tensión y midriasis marcada.

Consecuencia de todo lo bosquejado por escasez de espacio, es decir, cuatro palabras sobre la terapéutica a seguir, tanto local como general, pues en nuestro concepto patogénico la coexistencia de los dos factores constituyen lo esencial del mecanismo funcional del glaucoma, perturbaciones a la larga más o menos irreversibles por las alteraciones anatómicas producidas que modifican la función de los mecanismos reguladores de la tensión ocular.

De los intentos realizados por DÍAZ DOMÍNGUEZ, en sentido de tratamiento general, ha conseguido buenos resultados con una mezcla de ergotamina, atropina y luminal, y mejores aún con un compuesto de luminal, pacyl y alcaloides totales del cornezuelo de centeno (pan-sedon), confirmando con ello la participación ineludible del tono general vegetativo. De cuarenta y dos casos de glaucomas primitivos tratados con la medicación últimamente mencionada, ha obtenido treinta y dos casos favorables y sólo los casos agudos han seguido rebeldes al tratamiento.

Sin embargo, desgraciadamente, sobreviene a la larga una habituación, con la consiguiente reaparición de los síntomas en igual forma que ocurre con el tratamiento local; con bellergal también hemos obtenido buenos resultados, pero con idénticas características que las mencionadas.

En sentido de irradiación del simpático, siguien-

do la técnica propuesta por CASANOVA y ROSSI, no hemos conseguido resultados favorables.

No podemos olvidar el tratamiento local de imprescindible necesidad si queremos asegurar una eficiente terapéutica del glaucoma, aun cuando sea lamentable reconocer en bastantes casos la escasa duración de los buenos resultados.

Como complemento del tratamiento médico, citaremos la necesidad de mantener ciertas condiciones higiénicodietéticas, evitación de traumas psíquicos, etcétera, pues sabemos por nuestras pruebas de excitabilidad la enorme repercusión que tiene la función cortical y diencéfalohipofisaria en la producción de accesos hipertensivos oculares.

Nos estimula lo citado a continuar nuestra investigación en la búsqueda de un tratamiento cuyo fundamento etiológico hemos sucintamente expuesto en el resultado de las pruebas realizadas.

Concluimos diciendo que, mientras el glaucoma

permanezca en fase de neurosis, un tratamiento general puede regularizar el tono vegetativo general y local, consiguiendo la curación clínica del mismo; pero para ello tendremos que diagnosticarlo en los estadios más precoces, cuando aún no se han originado alteraciones locales. Si, por el contrario, éstas han tenido lugar, de la importancia de las mismas dependerá el grado de descompensación tensional del ojo y la mayor o menor posibilidad de conseguir una normalización, todo lo cual habremos de valorar al decidir el tratamiento a seguir, médico o quirúrgico. No olvidemos la necesidad de seguir en este último caso el tratamiento general propugnado, pues los factores patogénicos generales persisten; de ahí el que hayamos conseguido en estos casos buenos resultados empleando el bellergal, y por ello, posiblemente, los resultados obtenidos por CASANOVA y ROSSI han sido más favorables como tratamiento postoperatorio.



Ca + VITAMINAS



Calcioterapia activa por vía oral

**RECALCIFICADOR ROBERT
VITAMINADO (GRANULADO)**

Tres sales de cal:

Carbonato, Fosfato y
Glicerofosfato cálcico

Tres compuestos vitamínicos:

Vitaminas D, C y complejo B

LABORATORIOS ROBERT

Maldonado, 9. - MADRID

Valencia, 314. - BARCELONA



FILARIA OCULI⁽¹⁾

por el

Doctor MARIO ESTEBAN

Director del Hospital Central del Ejército del Aire.

Entre los parásitos animales que muestran predilección por el ojo y regiones vecinas figura la filaria Loa. Sus preferencias por el aparato ocular se evidencian con sólo recordar diversas denominaciones dadas a este nematelminto: *F. oculi* (GERVAIS, VAN BENEDEN), *F. lacrimalis* (DUJARDIN, DUBINI), *Dracunculus oculi* (DIESSING), *F. subconjuntivalis* (GUYON), etc.

La filaria Loa es conocida en todo el Congo y se extiende desde la costa occidental de Africa, la Costa de Oro y el País de los Achantis hasta las costas de Angola; abunda sobre todo en el Gabón, donde casi cada indígena estaría afecto de ella, al decir de GUIART. A nosotros los españoles nos interesa especialmente la cuestión por lo que atañe a nuestras posesiones de Guinea, que dan un contingente muy notable de individuos parasitados, tanto indígenas como europeos.

Y, sin embargo, pese a lo extendida que está la filaria y a lo corrientes que son sus manifestaciones oculares, escasean entre nosotros las observaciones de esta enfermedad parasitaria. Unicamente, para no extenderme en citas, recordaré el caso presentado por el doctor PÉREZ BUFILL en la XIX Asamblea de la Sociedad de Oftalmología Hispano-Americana (Madrid, 1941) y los que, como comentario al mismo, refirieron el doctor PALOMAR DE LA TORRE y el doctor PÉREZ GONZÁLEZ.

Recientemente hemos tenido ocasión de observar y extraer una filaria, y creyendo que el caso puede ofrecer interés por llamar la atención hacia una afección que raramente nos es dado encontrar en Europa, y que siempre despierta la curiosidad científica, nos permitimos comentar.

Se trata de una señorita, A. S. A., de dieciocho años, que residió en Fernando Poo y en la Guinea continental española, accidentalmente, desde septiembre de 1936 hasta mayo de 1938, pasando parte del tiempo en Santa Isabel y temporadas en una finca próxima a Bata. En dicha finca adquirió paludismo, y cree que también fué allí donde contrajo la filaria. Cruza aquellos parajes un río, cuyo nombre no recuerda, al que iba a menudo a bañarse. Comenta la enferma que no se privaba de beber agua, a pesar de las advertencias de los indígenas de que bebiendo de aquel río le daría la filaria. Ello denota cuán extendida está la enfermedad entre aquellas gentes y la intuición del vulgo achacando al río la causa del mal, si bien sea errónea la creencia de que la filaria Loa se propaga por vía diges-

tiva. Sin duda desconocen el papel transmisor de las moscas del Mangle, y lo cierto es que en las riberas del referido río hallan condiciones óptimas para su desarrollo toda clase de insectos, siendo numerosísimos en cantidad y en variedad los muscudos que allí pululan. Por otra parte, es posible que la filaria allí más conocida sea la de MEDINA, la cual sí que pasa al hombre con el agua de bebida, transmitida por pequeños crustáceos (cíclopes).

Nuestra enferma no sospechaba siquiera que pudiese padecer filaria hasta que nosotros confirmamos la presencia del parásito en los primeros días de julio de 1945. Habían transcurrido poco menos de nueve años que fué a Guinea y poco más de siete que regresó a España. Nunca había tenido otra enfermedad que las fiebres palúdicas (tercias), que se trató cuidadosamente, ni otras molestias que urticarias repetidas, generalmente localizadas en los muslos, que la obligaban a rascarse hasta hacerse sangre; urticarias que hay que atribuir a la presencia en el organismo del gusano, y así se explica que las pruebas verificadas con diversos alérgenos no dieran resultado concluyente y que los diversos tratamientos empleados fracasaran.

El día 4 de julio tiene la primera manifestación de la filaria: advierte en párpado inferior izquierdo sensaciones de picotazos y que se agita «algo» bajo la piel; al espejo constata que en la región prelagrimal se constituye como un pequeño pelotón, que luego se distiende, serpea, cambia de forma y de situación, corriéndose hacia afuera, contorneando el párpado inferior y el ángulo externo del ojo, hasta situarse bajo el párpado superior. Se encuentra desazonada durante todo el día, pero llega la noche y acaba por dormirse. Al día siguiente tiene iguales sensaciones en la garganta, en faringe, más fugaces y pasajeras. Y amanece el día 6, en que despierta con impresión de un pellizco en el párpado superior derecho; se levanta y observa ante el espejo que, en efecto, ahora en este lado, como dos días antes en el opuesto, se dibuja una fina prominencia lineal que serpea bajo la piel. Entonces consulta por teléfono con el doctor MARCOS, quien, conocedor de su antigua permanencia en Guinea, sin siquiera ver a la enferma, sospecha que se trate de una filaria, y nos la envía sin pérdida de tiempo. Llega a nosotros, y, en efecto, observamos en el párpado superior derecho un uoco por encima del pliegue palpebral, algo así como el relieve flexuoso de una pequeña vena (figura 1); pero móvil, serpeante, cuyas sinuosidades varían de forma y de posición a cada momen-

(1) Archivos de la Soc. Oft. Hisp.-Americana, tomo V, número 12.

to. A veces tiende a desplazarse hacia la parte externa; otras empuja la piel hacia el exterior, formando un pequeño cono. La enferma, que no puede disimular un estado de nervosismo muy explicable, manifiesta sensaciones molestas de cosquilleo, de picotazos, de dolor, y refiere con exactitud cuándo el parásito se agita, o se escurre reptando, o «se pone de punta».

Decidimos operar en seguida, antes de que el parásito emigre. Inyección de novocaína un poco profunda y escasa cantidad para que el relieve del gusano no se borre. Incisión transversal de un centímetro al nivel del pliegue palpebral, es decir, un poco más abajo y algo apartados del parásito para no correr el riesgo de seccionarle. A través de este ojal pasamos un gancho romo de estrabismo de abajo arriba, apoyando en lo profundo, y le basculamos resbalando bajo la piel del párpado. Es seguro que el gancho abraza al parásito, y al exteriorizarle vemos aparecer inmediatamente un



Figura 1.—Un aspecto de la filaria en el tejido subcutáneo del párpado.

asa filiforme, como de un fino alambre blanquecino, traslúcido, que sobresale y se arquea por sí mismo, y que no dudamos es el cuerpo de una filaria. Le cogemos rápido con una pinza sin dientes, haciendo una mínima presión para no dislacerarle, y con otra pinza vamos tirando alternativamente de un lado y de otro del gusano, con tracciones suaves para que no se rompa, hasta lograr la extracción completa del mismo íntegro. Microscópicamente, sus caracteres corresponden a un ejemplar hembra de filaria Loa de seis centímetros de longitud por 0,5 miligramos de grueso. Depositado en una caja de Petri con suero fisiológico, es curioso observar la agilidad con que se agita y las formas variadas que adopta sin cesar, serpeando, enroscándose, revolviéndose, retorciéndose en tirabuzón, etc. (figura 2), que merecería haberse cinematografiado. La operación se acabó con tres puntos de sutura intradérmicos, que fueron retirados a las cuarenta y ocho horas, sin que la presencia y liberación del parásito diera lugar a reacción local alguna.

A todo esto fuimos a la operación sin entrete-

nernos en formular historia clínica ni hacer investigaciones previas de laboratorio. Lo urgente era apresar la filaria antes de que emigrara, pues es sabido que ésta es capaz de desplazarse con una velocidad de un centímetro por minuto. Una vez lograda la extracción, tranquilizada ya la enferma, pudimos recoger los datos que anteceden y verificar el examen de la sangre, así como el estudio del parásito, con la colaboración del doctor E. LUENGO, quien nos informa:

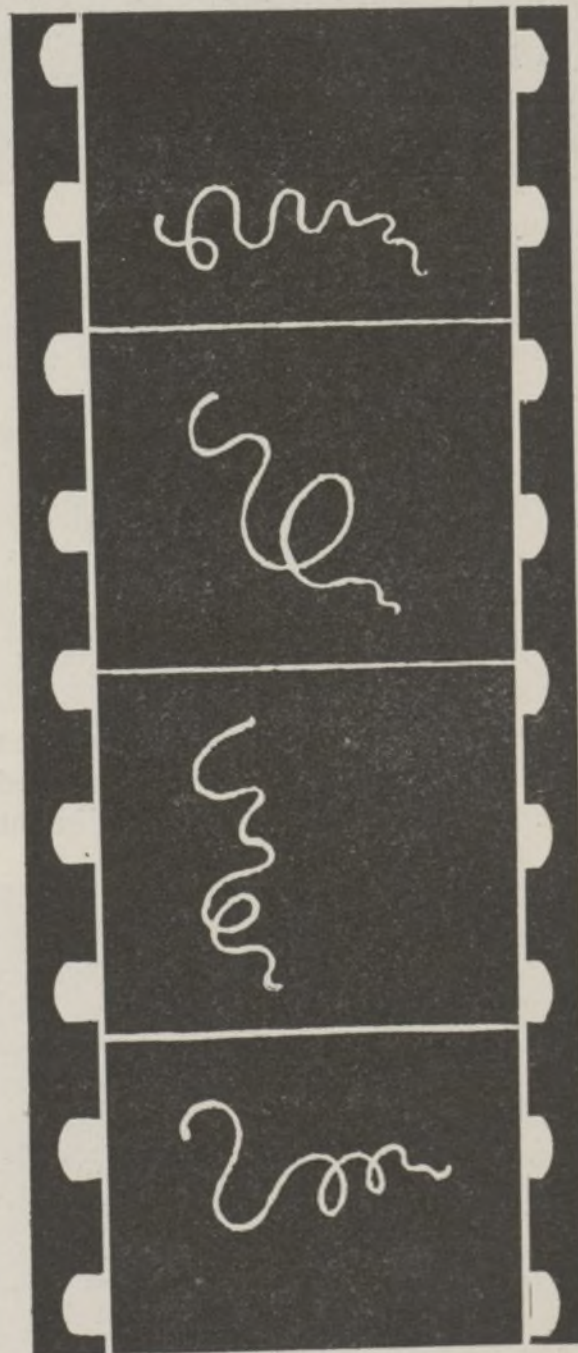


Figura 2.—Diferentes actitudes de la filaria inmediatamente de ser extraída (tamaño natural).

Sangre (extraída a las diez y media de la mañana, horario de verano: ocho y media solares): hematíes por milímetros cúbico, 4.540.000; leucocitos por milímetro cúbico, 8.600.

Fórmula leucocitaria.—Granulocitos neutrófilos: segmentados, 7; en cayado, 26; metamielocitos, 0. Granulocitos eosinófilos, 15,5 por 100; linfocitos, 46.5 por 100; monocitos, 5.

No se aprecián alteraciones globulares dignas de especial relieve en la serie hemoglobínica.

Examen parasitológico.—La sangre contiene abundantes embriones de filaria Loa: por término

medio, seis a ocho embriones en cada gota gruesa.

Resumen.—Eosinofilia, linfocitosis, presencia de abundantes embriones de filaria Loa (diurna).

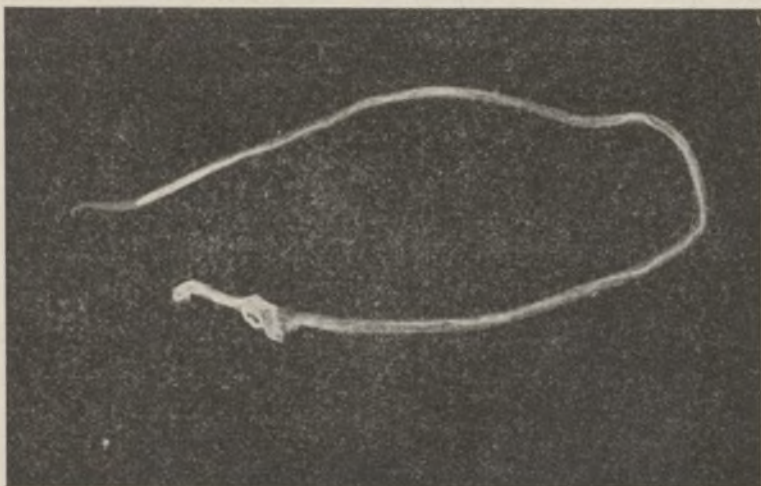


Figura 3.—Fotografía del gusano *in toto* (falta un pequeño trozo con la extremidad posterior). La parte ensanchada corresponde a una rotura de la cutícula producida por las pinzas al manejar el verme. A través de la rotura ha salido al exterior un asa correspondiente a un trozo de uno de los tubos uterinos.

(Preparación de E. Luengo.)

(Fot. Stanek.)

El parásito extraído es un ejemplar adulto hembra de filaria Loa (figuras 3, 4 y 5).

COMENTARIOS

Por más que el tema de la filaria Loa se encuentra ampliamente desarrollado en los modernos tratados de Parasitología, resultaría incompleto



Figura 4.—La zona blanca superior es la cutícula con una de las eminencias o protuberancias características de la filaria *Loa loa*. La zona ancha, oscura, corresponde a una parte del cuerpo de la filaria, donde pueden apreciarse los embriones libres, completamente desarrollados, en condiciones, por tanto, de abandonar el cuerpo del gusano y pasar a los linfáticos y a la sangre.

(Preparación de E. Luengo.)

(Microf. de R. Stanek.)

este trabajo si nos limitáramos a la exposición del caso y no añadiéramos algunos detalles descriptivos del parásito y de los embriones y los conocimientos últimamente adquiridos acerca del modo de transmisión al hombre, evolución, caracteres clínicos de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento.

El gusano adulto. — Cuerpo filiforme cilíndrico, blanco-opalino, semitransparente. Cutícula lisa, resistente, salpicada de un número más o menos considerable de prominencias (de 12 a 27 micras de anchura por 4 a 12 micras de altura), que se reparten irregularmente. El cuerpo se adelgaza en las dos extremidades, que son obtusas. Boca inerte, sin papilas. El macho mide unos tres centímetros de longitud por 400 micras de anchura (unas tres veces más largo que el macho de la *F. Brancofti*). La cola está encorvada ventral-

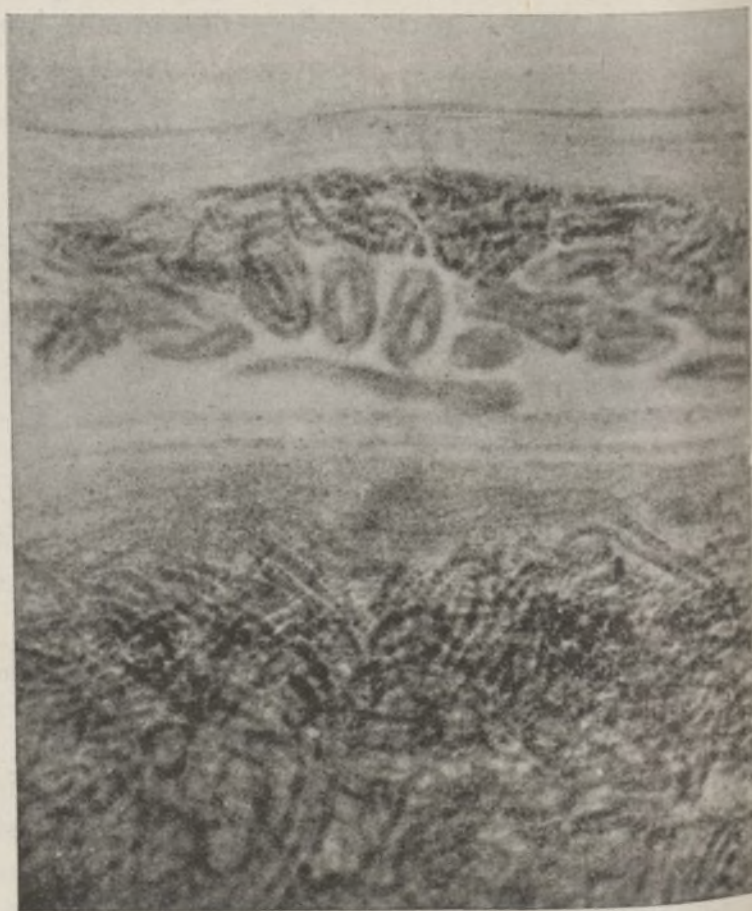


Figura 5.—En esta microfotografía coinciden en el mismo campo dos tramos de los tubos uterinos; en el superior se distinguen los huevos con los embriones en su interior, ya bastante avanzados en su desarrollo. En el inferior, los embriones, completamente desarrollados, han abandonado los huevos. Nótese su enorme número.

(Preparación de E. Luengo.)

(Microf. R. Stanek.)

mente, pero nunca completamente enrollada sobre sí misma; a su nivel, la cutícula presenta dos expansiones laterales; de la cloaca sobresalen alguna vez dos espículas desiguales muy fuertes, y a los lados se ven cinco pares de papilas, tres pares preanales y dos pares postanales (figura 6).

La hembra tiene una longitud de 5 a 6 centímetros (el ejemplar por nosotros recogido, 6 centímetros exactamente), por una anchura de 500 micras. La vulva se abre a 2 milímetros por detrás de la boca. El ano está situado a 265 micras de la extremidad posterior, emplazado sobre un salien-

te o papila muy clara. El útero contiene huevos (de 50 micras de largo por 25 de ancho) en todos los períodos de su desarrollo y embriones (figuras 4 y 5).

La filaria *Loa* vive de preferencia en el tejido celular subcutáneo (GUYOT, MANSON, BLANCHARD, PENEL). Se la encuentra alguna vez en la superficie de las vísceras; por ejemplo, en el pericardio (BRUMPT). Está dotada de una gran movilidad y se desplaza constantemente. Nuestra enferma, suponiendo que tuviera un solo parásito, se le sintió el primer día en párpado inferior izquierdo; el segundo, en faringe; el tercero, en párpado superior derecho. Su movilidad explica, según BRUMPT, la ausencia de reacción de los tejidos al nivel de los cuales se la encuentra en las autopsias.

Los embriones, eliminados en el tejido celular del huésped, pasan al sistema linfático y de aquí a la sangre. El desarrollo del gusano es lento. Así lo demuestran varios hechos: primero, en los lugares en donde casi todos los adultos albergan filaria *Loa*; los niños sometidos a las mismas probabilidades de infección no presentan embriones en la sangre (ANNETT, DUTTON, ELLIOT, BRUMPT); segundo, pueden observarse microfilarias en individuos después de varios años de haber vuelto a una zona indemne (BRUMPT); tercero, se han observado y operado filarias adultas después de un transcurso mayor todavía. A nuestra enferma causaba cierta extrañeza que pudiera manifestarse su afección parasitaria después de siete años que regresó de Guinea, y no cesaron sus dudas recelosas de nuestro diagnóstico hasta verlo confirmado con la operación. Por otra parte, no hay que sorprenderse de ello. BRUMPT registra 13 observaciones de longevidad de filaria *Loa* de cuatro a diez, trece y hasta quince años.

Los embriones.— Los embriones de la filaria *Loa* se forman en el útero, y son eliminados con su cápsula ovular. Pasan a la sangre del huésped, donde, según MANSON, constituirían las llamadas «microfilarias diurnas», por no encontrarse más que durante el día. El embrión de filaria *Loa* es morfológicamente muy parecido al de otra filaria, la *Bancrofti*, el cual, por el contrario, se encuentra sólo de noche, y ha sido por esto denominado «microfilaria nocturna». Estas microfilarias, tanto la diurna como la nocturna, miden unas 300 micras de largo por 7 micras de ancho. Pero hay caracteres estructurales que las diferencian. Según BRUMPT, en estado fresco la diurna deja ver fácilmente la vaina que la envuelve, y que es mucho menos larga que la de filaria *Bancrofti*. En las preparaciones coloreadas la vaina se colorea débilmente, y por esta razón parece a menudo ausente. El cuerpo presenta una serie de sinuosidades características. Los núcleos celulares del cuerpo son más grandes que los de la microfilaria de *Bancrofti*; por otra parte, se encuentran manchas en número de cinco; el «cuerpo central» de MAN-

SON, fácil de ver en la microfilaria de *Bancrofti*, no se distingue nunca. La sangre de nuestra enferma presentaba un gran número de microfilarias diurnas (seis a ocho en cada gota gruesa). Es de señalar que el examen se practicó en sangre extraída a las diez y media del horario de verano (ocho y media solares), que es cuando los embriones empiezan a aparecer, para alcanzar su máximo poco después del mediodía, y luego desaparecen entre las ocho y diez de la tarde.

No deja de ser interesante esta periodicidad, cuya causa se desconoce, pero que hay que relacionar, más que con la sucesión del día y de la

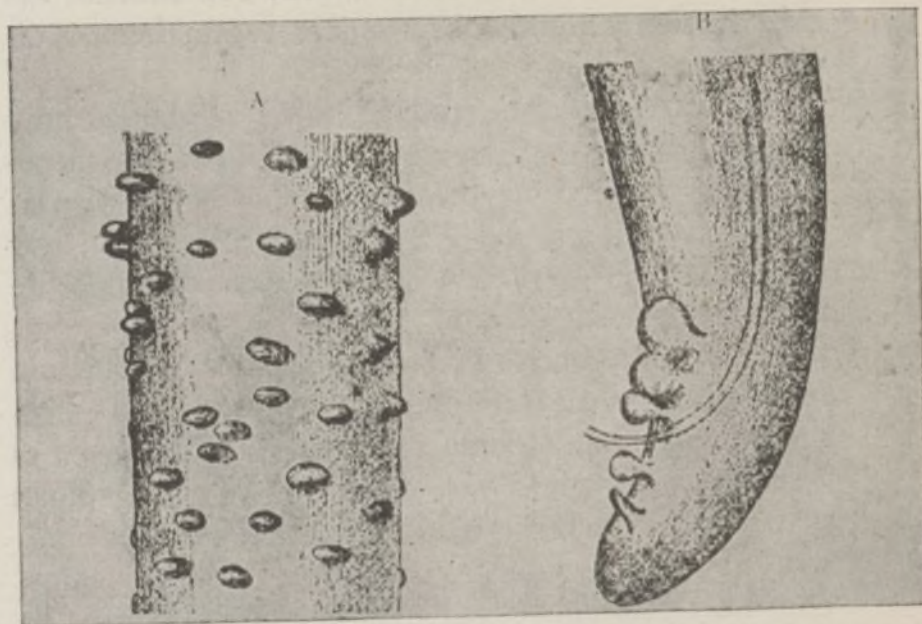


Figura 6.—Filaria *Loa*: A, región media del cuerpo; B, parte posterior del macho, vista de perfil. (Según Blanchard.)

noche, con las fases de vigilia y de sueño del sujeto. En efecto, cuando este ritmo cambia, por ejemplo, en negros que trabajan de noche y duermen de día, o en ciertos estados patológicos, como la enfermedad del sueño, la periodicidad diurna de la microfilaria también se altera.

Modo de transmisión.—MANSON y SAMBOU emitieron la hipótesis de que las moscas del Mangle (diversos tabánidos y glossinas) podían transmitir la enfermedad.

Diferentes autores habían experimentado en anofélidos y culícidos africanos, e igualmente BRUMPT con la *glossina palpalis*, sin resultado. Fué LEIPER quien, en 1913, logró demostrar que la evolución y desarrollo de las larvas de filaria *Loa* tienen lugar en dos especies de tabánidos del género *Chrysops*: el *Ch. dimidiatus* y el *Ch. silaceus*. Examinados estos mismos insectos, cogidos al azar en Camerón, KLEINE ha encontrado en 5,3 por 100 de entre ellos larvas que parecen evolucionar desde el principio en el tejido adiposo perintestinal de los insectos y después ganan secundariamente la trompa.

A. y S. L. M. CONNALL (1921) han determinado en Lagos (Nigeria) que el ciclo evolutivo en el cuerpo de las *Chrysops* se efectúa en diez a doce días. Las larvas infectantes se acumulan entonces en el labio inferior, salen en el momento de la pica-

dura, irrumpiendo en el espacio interlabial, y se introducen en la piel en cincuenta segundos. Las Chrysops se infectan en 100 por 100 de los casos, y presentan un gran poder parasitógeno.

Síntomas.—La filaria Loa, durante el período del crecimiento y desarrollo en el hombre, hace frecuentes recorridos a través de los tejidos conjuntivo hipodérmicos. Caminando bajo la piel, la filaria adulta determina edemas fugaces y a menudo pruriginosos (edemas ambulantes, tumefacciones del Calabar, etc.). En los puntos donde la piel es delgada se ve dibujarse el relieve serpenteante del gusano.

Las localizaciones oculares son, con mucho, las más frecuentemente observadas, según hemos dicho antes.

En los párpados, donde el tejido celular es muy laxo, es evidente que el gusano halla rápido acceso, fácil acomodo y puede moverse con holgura. Esto, por una parte, y la delgadez de la piel, por otra, hace que la presencia del parásito no deje de acusarse en esta región.

Menos aún puede pasar inadvertida una filaria circulando bajo la conjuntiva, en que se ve claramente al parásito (como muestra un grabado en el *Précis de Parasitologie*, de Brumpt), y se suman otros síntomas de irritación e hiperemia conjuntival, incluso quemosis y edema de los párpados, con molestias subjetivas más o menos intensas de picazón, dolor agudo, lagrimeo y hasta cierta incapacidad de mover el ojo.

En cuanto a localizaciones en el interior del globo, han de ser mucho más raras. MANSON menciona de pasada algún caso de filaria extraída de la cámara anterior.

Algunos autores consideran a la filaria Loa como un parásito habitual del ojo. Otros piensan con PENEL que las localizaciones oculares son simplemente accidentales, pero observadas con una mayor frecuencia a causa de hacerse el gusano más ostensible y menos tolerada su presencia en esta región anatómica que en cualquier otra del organismo.

En efecto; se han encontrado filarias bajo la piel del dorso, del pecho, de la mejilla, del pene, de los dedos, etc., e igualmente bajo las mucosas, en el frenillo de la lengua, en la uretra, en la glotis, etcétera. Nuestra enferma hubo un día que se sintió el parásito en la faringe. Naturalmente, la presencia del gusano sólo se acusa en las partes superficiales. Empero, en las autopsias pueden encontrarse, no uno, sino varios ejemplares adultos de Loa en tejidos y órganos más profundos, cuya localización nunca o casi nunca se hubiera diagnosticado en vida.

En 1903, BRUMPT, haciendo la autopsia de un negro cuya sangre contenía microfilarias diurnas, halló en los tejidos del corazón cinco gusanos adultos, cuatro de ellos calcificados, pero el quinto, que fué identificado más tarde con la Loa loa,

vivía y contenía embriones. Al año siguiente, WURTZ encontró microfilarias diurnas en la sangre de un negro del Congo que padecía la enfermedad del sueño. A la muerte del enfermo hizo una autopsia detalladísima, y encontró dos Loas adultas en el tejido conjuntivo del brazo. Continuada la disección por PENEL, fueron descubiertos más de otros treinta ejemplares machos y hembras debajo de la piel y debajo de las aponeurosis superficiales de los miembros.

Es muy probable que en gran número de casos en que se descubre y extrae una filaria de la región ocular subsistan otros parásitos adultos en diferentes regiones orgánicas donde pasan inadvertidos.

La frecuencia de la filaria Loa en el ojo parece ser mayor en los europeos que en los indígenas. BRUMPT dice no haber visto ningún caso ocular entre los centenares de indígenas enfermos de Loa que ha tenido ocasión de examinar. Por el contrario, en Lagos, de diez europeos que habían contraído esta filariasis, seis presentaron una localización ocular (A. CONNALL, 1924).

La filaria Loa es muy sensible a la temperatura (MANSON); el calor, por ejemplo, cuando el sujeto se sienta al fuego, atrae al parásito hacia la superficie, y el menor enfriamiento periférico hace que se retire a la profundidad.

Aparte de los síntomas locales derivados de la presencia del gusano adulto en tal o cual territorio orgánico, el examen de sangre puede ser concluyente. El hallazgo de microfilarias diurnas constituye un signo que no deja lugar a dudas. Por el contrario, la ausencia de microfilarias en la sangre periférica no excluye que puedan existir parásitos maduros en los tejidos, según ha demostrado MANSON. Para este autor, tal vez faltan embriones en la sangre mientras la hembra grávida no llega a algún órgano o tejido donde depositar su descendencia de tal modo que pueda tener acceso a la circulación.

La eosinofilia es muy notable, y puede llegar a un 50 por 100; según GUIART, sería característica de la filaria Loa, y no existiría en las otras filarias de la sangre. En nuestro caso, con seis u ocho embriones por gota gruesa, la eosinofilia era de 15,5 por 100. Dijérase que existe cierta proporción entre la cifra de eosinófilos y el número de embriones. Así, en un caso con 20 microfilarias por preparación, BILLET halló una eosinofilia de 55 a 70 por 100.

En la orina y en la saliva también pueden encontrarse microfilarias (LIVON y PENAUD).

Diagnóstico.—El diagnóstico de esta filariasis se basa en la presencia del gusano en los tejidos y de los embriones en la sangre, con los caracteres diferenciales que han quedado expuestos.

Quizá pueda llegar a establecerse un diagnóstico diferencial mediante pruebas de alergia. CHANDLER, GIBBS y SCHUHARDT (1930), sirviéndose como an-

tígeno de una filaria de perro (*Dirofilaria immitis*), han obtenido un edema de Calabar típico en un sujeto afecto de Loa loa.

Tratamiento.—La extracción del parásito adulto no es tan fácil como pudiera pensarse en muchas ocasiones a causa de la agilidad de la filaria, que desaparece rápidamente cuando se la persigue. Hay que procurar que el gusano salga íntegro para evitar la diseminación de embriones.

Bajo la piel, inyectar una mínima cantidad de novocaína al 2 por 100 algo profundamente, para que los contornos del parásito no se borren; hacer un ojal paralelo a la posición de éste lo suficientemente lejos para no correr el riesgo de seccionarle, y pasar un gancho romo que le abraza y exteriorice, como se hace con la aguja de Deschamps cuando se practica una ligadura arterial. Una vez descubierto el cuerpo del gusano, prenderle con una pinza e ir tirando alternativamente de uno y otro lado hasta completar la extracción.

Bajo la conjuntiva se recomienda instilar unas gotas de cocaína, e inmediatamente apresar el gusano con una pinza. Esta se mantiene fija, y mientras tanto, a través de un pequeño corte, se introduce otra pinza por el espacio subconjuntival, siendo así cogido y extraído el parásito con toda seguridad.

En cuanto a tratamiento médico, sólo podemos referirnos a ensayos practicados en estos últimos años, cuyo resultado es prematuro enjuiciar. Entre los medicamentos, el stibenyl parece ser capaz de matar estas filarias.

Contra las microfilarias, OESTERLIN y KRANICK (1934) han estudiado la acción de quince sustancias pertenecientes al grupo de las acridinas, de las cuales sólo se ha obtenido algún resultado con la rheonine y la flavizide.

GOUGEROT y BLUM (1932) han hecho desaparecer los edemas ambulantes dolorosos de un enfermo con el empleo de sulfarsenol. M. LÉGER y QUEINNEC creen haber hecho desaparecer las manifestaciones morbosas de un sujeto infectado seis años antes en Gabón mediante inyecciones intraglásteas de synthol (citadas de BRUMPT). En nuestra enferma, como subsistieran los edemas pruriginosos de los muslos dos días después de extraer el

parásito, administramos hiposulfito sódico, y cesaron las molestias, no sabemos si por efecto del medicamento o por haber desaparecido con el gusano la causa de dicha manifestación alérgica.

Respecto a profilaxis, estimamos que es un arduo problema que seguramente preocupará a los médicos parasitólogos que trabajan en las colonias.

La lucha hay que dirigirla contra esas especies de moscas Chrysops, capaces de transmitir y diseminar la enfermedad, tratando de destruir o impedir el desarrollo de las larvas y adoptar medidas de protección contra las picaduras de los insectos.

La acción sanitaria que pudiera ponerse en juego contra las Chrysops no difiere esencialmente de la que se lleva a cabo para combatir el anophelex, la mosca tsé-tsé y otros insectos parasitógenos que plagan las regiones tropicales. Es más que probable que las luchas antipalúdicas, antitropanosomiasis, etc., que se verifican de modo sistemático en las colonias, envuelvan conjuntamente, y sin pretenderlo de modo especial, una positiva y eficaz labor contra esta filariasis, que si no estaría aún más extendida.

Las autoridades españolas, que prestan marcada atención hacia una política colonial, hacen bien en no descuidar los problemas sanitarios. No hace mucho que tuvo lugar una expedición científica a Guinea bajo la dirección del profesor MATILLA, quien, a su regreso, en una brillante disertación en la Real Academia Nacional de Medicina, pasó revista a diversas cuestiones de gran interés higiénicosocial. Y en aquellos territorios alejados de la metrópoli hay una pléyade de médicos compatriotas que trabajan, estudian, investigan y llevan a cabo una labor abnegada, tenaz, casi heroica, digna de ser conocida y admirada.

OBRAS CONSULTADAS

- F. H. MANSON.—*Enfermedades tropicales*. Edit. Salvat. Barcelona, 1924.
J. GUIART.—*Manual de Parasitología*. Edit. Salvat. Barcelona, 1927.
L. ROGERS.—*Recientes adquisiciones en Medicina tropical*. Traducción de E. Luengo. Edit. Morata. Madrid, 1931.
E. BRUMPT.—*Précis de Parasitologie*. Edit. Masson. París, 1936.

Estudios sobre la permeabilidad vascular intraocular en las diversas fases del glaucoma

por el
Doctor ANGEL MOREU D. M. O.
Valencia.

Ya en diferentes ocasiones me he permitido llamar la atención de los oftalmólogos sobre el indudable interés que presenta el estudio de la permeabilidad intraocular en el glaucoma, ya que este factor desempeña un papel de la máxima importancia en la evolución de la enfermedad, así como en el establecimiento de sus diversas fases clínicas.

No es cosa de insistir aquí sobre la tendencia en el ojo glaucomatoso a la circulación lenta y defectuosa sobre lo que me he ocupado repetidas veces; solamente señalaremos que esta fase, que representa simplemente un trastorno funcional, precede a aquella otra en que comienzan a manifestarse alteraciones en la permeabilidad de la pared vascular, producidas, sin duda, por obliteraciones dependientes, en primer término, de esclerosis, degeneraciones e inflamaciones parietales, y, en segundo término, de la formación de trombos que terminan por cerrar totalmente el paso a la circulación.

Esta alteración vascular es típicamente uveal, y alcanza al diafragma iridociliar y a la coroides, y de esta última membrana, muy preferentemente, a la capa coriocapilar. Los signos subjetivos a que da lugar son escasísimos, e incluso resultan muy difíciles de descubrir si la exploración no se realiza con un gran detenimiento. Es fácil de comprender esta ausencia de fenómenos subjetivos si tenemos en cuenta lo profuso de la red vascular uveal y la gran riqueza de anastomosis, con la consiguiente facilidad para la producción de circulaciones compensadoras colaterales. Debido a esto, se originan al principio pequeños focos de necrosis que se rodean de una zona inflamatoria y quedan aislados de la circulación. Estos focos, estudiados por BAILLIART en la coroides y bautizados con el nombre de focos de capilarosis, han sido hallados por el autor sobre el cuerpo ciliar y la raíz del iris, y, tanto unos como otros, no dan origen a trastornos subjetivos apreciables, excepto cuando alguno se localiza precisamente en plena región macular.

En el glaucomatoso, el trastorno circulatorio de la coriocapilar se traduce subjetivamente por la presencia de una hemeralopía bien caracterizada, así como por la existencia de zonas anestésicas del campo visual cuando se determina éste con un test luminoso inferior al umbral del paciente.

Es, igualmente, muy demostrativa la exploración oftalmoscópica con luz roja o la fotografía

con infrarroja (DÍAZ CANEJA), que permite una observación directa bastante perfecta de la red corioidea, y, gracias a ella, pueden apreciarse bien las zonas necróticas a que antes hemos hecho referencia, rodeadas y aisladas por zonas inflamatorias. La localización de las mismas coincide, de un modo muy especial, con los puntos de entrada y salida de los vasos, o sea en los alrededores de la papila y en los puntos de desembocadura de las verticosas.

Los trastornos vasculares retinianos son siempre posteriores y fácilmente controlables con el oftalmoscopio, aparte de dar origen a signos subjetivos bien evidentes, tales como disminución de la agudeza visual, escotomas positivos, obnubilaciones visuales, etc.

Es bien conocida por todos los oftalmólogos la importancia que presenta la observación de la agudeza visual, el campo y la tensión en el pronóstico y tratamiento del glaucoma. En este trabajo nos vamos a ocupar solamente del factor permeabilidad vascular, desde el doble punto de vista de la pared del vaso y de la luz del mismo, estudio que juzgamos de verdadero interés y al que no se suele asignar la debida importancia clínica, considerándose, todo lo más, como un dato teórico.

En el período de preglaucoma no existen aún trastornos vasculares constituidos; pero sí se presentan, en cambio, modificaciones circulatorias evidentes que pueden ponerse de manifiesto con la prueba de la permeabilidad venosa, que ya hemos descrito en otro trabajo, y sobre la que no vamos a insistir.

En los vasos retinianos, tanto arteriales como venosos, existe una inestabilidad tensional y circulatoria bien evidente que produce oscilaciones muy marcadas de unos momentos a otros, pero siempre proporcionales entre arteria y vena, aunque sin guardar relación con la humeral. El trastorno primario es abiertamente arterial, siendo el venoso secundario. En efecto; el empleo de un vasodilatador retiniano como el prisco o el ácido nicotínico, produce primeramente una vasodilatación con disminución de la tensión arterial retiniana, seguida poco después de dilatación pasiva venosa, con trayecto correcto de las venas y con disminución de la tensión venosa, precedida de una corta fase de aumento.

En esta fase no existen trastornos de la permeabilidad de la pared vascular, siendo normal el contenido en albúmina del acuoso y no existiendo

paso a este humor de fluoresceína sódica injerida o inyectada por vía intramuscular.

La presencia de crisis prodrómicas señala la existencia de alteraciones vasculares pasajeras, que pueden ser descubiertas por el oftalmólogo si tiene ocasión de explorar al paciente en el momento en que sobreviene la crisis.

Si existe una elevación tensional de tipo pasajero coincide con un momento de éstasis circulatorio igualmente transitorio y caracterizado por un defecto en el drenaje venoso, debido a lesión de la pared, y compensado por una permeabilidad del ángulo camerular. La crisis espástica o paralítica arterial primaria provoca un acúmulo sanguíneo en la red venosa que, al no encontrar una salida perfectamente libre, da origen a un éstasis pasivo, con el consiguiente aumento de la tensión ocular. Desde este punto de vista, hemos comprobado que la crisis espástica arterial no es peligrosa en sí misma, sino por dar origen a una vasodilatación paralítica que complica considerablemente el déficit circulatorio. Por el contrario, la crisis espástica, si no existe obstrucción venosa seria, es capaz de vencer su barrera y vaciar la sangre de la red de las venas, aparte de que el espasmo arterial tiende a disminuir la cantidad de sangre intraocular.

Por tanto, en estos momentos existe una permeabilidad venosa, aunque no sea suficiente para drenar el exceso de sangre, que puede ser aportado al ojo por una vasodilatación más o menos prolongada. En este caso, es de gran eficacia estimular la circulación, bien provocando una contracción arteriolar por medio de la prostigmina, bien excitando la acción de los plexos adrenérgicos, o bien provocando un mayor acúmulo de sangre que, simplemente por masa, consiga despejar la situación.

Coincidiendo con estos períodos de accesos prodrómicos, se puede comprobar con facilidad un aumento de la permeabilidad de la pared vascular. La inyección de fluoresceína sódica por vía intramuscular va seguida de su aparición en el humor acuoso al cabo de quince o veinte minutos, siendo su eliminación, tanto más rápida cuanto más libre se encuentren los desagües oculares. La miosis disminuye y retarda la presencia de la fluoresceína en el acuoso y la midriasis la aumenta. Hemos podido comprobar que este aumento de la permeabilidad parietal vascular va unida siempre a la existencia de una hipertensión ocular, y es esto tan evidente, que puede servir, incluso, de test para precisar el momento en que comienza la hipertensión de un modo individual. Sobre este punto volveremos a insistir más adelante.

En el glaucoma blanco puro hay una cierta compensación vascular en el sentido de entrada y salida de la sangre. La circulación se realiza de un modo lento y precario, y esto mantiene la tensión elevada, aunque se la puede hacer descender

con relativa facilidad, especialmente si están libres los drenajes. La regulación tensional en pleno desequilibrio sirve, en parte, para mantener la relación entre la entrada y salida de sangre. Cuando se produce una vasodilatación de tipo paralítico y aumenta la cantidad de sangre intraocular, la tensión ocular aumenta, rebasa la arterial e impide así que penetre nueva sangre, dando tiempo a que se efectúe el drenaje y descienda la tensión, permitiendo nueva entrada de sangre, y así sucesivamente.

La persistencia de la tensión elevada, a pesar de un tratamiento médico adecuado, es signo, a nuestro juicio, de un mal estado vascular y de un comienzo de descompensación. La tensión ocular mantiene, en parte, la circulación sanguínea en la forma que hemos expuesto antes, pero ya sin que en ningún momento se consiga la tensión normal, por ser siempre inferiores las salidas a las entradas. La red arterial intenta defenderse contra esto, aumentando su tensión, y se crea así un círculo vicioso, ya que en este caso la tensión ocular tiene que ser mayor cada vez para evitar las entradas excesivas de sangre que no pueden ser drenadas por insuficiencia de los desagües.

Por otra parte, la permeabilidad parietal vascular está constantemente alterada, como lo demuestra la presencia de fluoresceína en el acuoso a continuación de la inyección intramuscular. Como he señalado antes, siempre que se domina la tensión de un modo permanente, y, por tanto, el éstasis circulatorio, desaparece el fenómeno señalado, que es totalmente independiente de la midriasis o miosis, y está ligado a un aumento de la permeabilidad de la pared capilar que solamente se presenta cuando existe éstasis circulatorio. Interesa señalar que el hecho a que nos referimos no es simplemente al de la disminución de la tensión, ya que durante las fases de tensión normal, e incluso de hipotensión en el glaucoma, la fluoresceína sigue apareciendo en la cámara anterior siempre y cuando la circulación se realice de un modo defectuoso y en báscula, constituyendo, por tanto, esta exploración un índice pronóstico de gran valor. La eliminación de la fluoresceína guarda relación directa con la existencia, más o menos libre, de los drenajes fisiológicos de la sangre y del acuoso.

Párrafo aparte merece el problema del glaucoma llamado sin hipertensión. Ya hemos indicado en otros trabajos la dificultad de establecer un concepto de tensión normal, ya que ésta puede variar de un modo notable de unos sujetos a otros dentro de las cifras que hemos dado en considerar como normales. Pues bien; en estos pacientes hemos podido comprobar el paso de fluoresceína al humor acuoso, coincidiendo con sus máximas tensionales principalmente, que, a pesar de no rebasar las cifras llamadas normales, son consecutivas

a fenómenos de éstasis con alteración de la permeabilidad capilar.

La existencia de desagües venosos libres, o, por lo menos, discretos, es de pronóstico favorable, puesto que en estos casos siempre estamos en condiciones de forzar la barrera vascular del ojo, mejorando la circulación, y combatiendo en esta forma la atrofia con excavación tan particularmente peligrosa, ya que conduce rápidamente a la ceguera total.

Las descompensaciones tensionales, bien sea la roja simplemente, bien la aguda, son consecutivas, como creemos evidente, a un fenómeno análogo vascular, mediante el cual la sangre acumulada en el interior del ojo no puede salir, y esto es debido a dos mecanismos distintos que pueden presentarse conjunta o separadamente, pero que dan origen a efectos análogos. Por una parte, se produce una parálisis de los vasomotores acompañada de una incapacidad de los tejidos para engendrar hormonas tisulares de tipo simpático u ortosimpáticomiméticas, y la sangre queda estancada por falta de impulso vascular. Se origina así un éstasis circulatorio, y, consecutivo a él, un aumento de la permeabilidad vascular e hipertensión correspondiente. Por otra parte, se establece un obstáculo venoso que impide la salida normal de la sangre del ojo, y las consecuencias son análogas, incluso aunque los vasomotores funcionen de una manera normal. La hiperproducción de acuoso, lógica en estos casos, tiene su drenaje a través del canal de Schlem, pero es insuficiente para dominar el proceso hipertensivo. Cuando existen buenos desagües venosos, es posible dominar la tensión por medios médicos; pero cuando éstos están obstruidos, aunque sólo sea parcialmente, se impone la intervención operatoria.

Es, por tanto, de un interés evidente el averiguar el estado de los desagües por los diferentes procedimientos que ya en múltiples ocasiones hemos expuesto.

El paso de la fluoresceína a la cámara anterior es rápido y muy evidente, pero desaparece, en cambio, con mucha dificultad y utilizando en gran parte la vía del canal de Schlem, como he podido comprobar con el examen gonioscópico del ángulo camerular.

El problema del equilibrio y de la permeabilidad vascular conserva todo su interés en los individuos que, habiendo sido operados, han recuperado una tensión, al parecer, normal. Este examen nos demuestra claramente que la normalidad es sólo aparente en muchos casos, y el ojo corre a la ruina, a pesar de la aparente calma tensional.

El buen pronóstico de un glaucoma operado no lo da nunca la cifra absoluta de la tensión, sino la regularización de la curva tensional, dependiente en absoluto de la circulatoria. En efecto; las cifras de hipertensión absoluta no se encuentran nunca en un ojo operado con éxito, pues, debido

al amplio drenaje quirúrgico, el acuoso encuentra siempre una amplia salida libre que regula el exceso tensional. Pero este drenaje es irregular; se produce de un modo intermitente, en báscula, y las cifras tensionales, por tanto, oscilan mucho de unos momentos a otros. Las crisis circulatorias, en los casos no favorables, no han sido modificadas y continúan produciéndose los fenómenos de éstasis de una forma enteramente irregular y análoga a como lo venían haciendo antes, con el inconveniente de no dar origen a hipertensiones, y ni el enfermo ni el médico se dan cuenta de lo que está sucediendo, a no ser que se utilice una cuidadosa exploración, y, mientras tanto, el campo visual se va reduciendo y la visión central disminuyendo hasta llegar a la ceguera absoluta. Cuando no existe regularidad circulatoria, el paso de la fluoresceína al acuoso se sigue produciendo.

La necesidad de controlar a los glaucomatosos postoperados es evidente, y acerca de este punto hemos dado en otros trabajos nuestra opinión personal. Como ya hemos dicho, la curva tensional, perfectamente regularizada, y la ausencia del paso de fluoresceína al acuoso es el mejor control que podemos tener del éxito terapéutico, médico o quirúrgico en el glaucoma. La existencia de una vascularización y de una circulación normal o, por lo menos, aceptable, es la mejor garantía para la conservación de la función del nervio óptico y de la retina. La hipotensión actúa únicamente favoreciendo la citada circulación; si no logramos este objetivo el fracaso es un hecho.

La prueba de la fluoresceína presenta un considerable interés. El paso de esta sustancia al humor acuoso nos indica siempre la existencia de descompensaciones circulatorias con alteraciones de la permeabilidad capilar. Puede verse en estos casos la fluoresceína fluir a través de la fistula cuando se ha practicado una operación de Elliot o de Lagrange.

El control gonioscópico permite observar el estado vascular de la región ciliar, pudiéndose muy bien observar los procesos ciliares a través de la iridectomía, muy especialmente si se ha hecho un poco amplia como quizá es más conveniente en estos casos. Por este medio podemos, igualmente, controlar el estado vascular de la úvea anterior después de la ciclodiálisis de Heine.

El edema de los procesos ciliares, más o menos recubiertos de fino exudado, es signo de la persistencia del éstasis circulatorio, y coincide con este fenómeno el paso de la fluoresceína al acuoso, que se sigue muy bien por gonioscopia, pudiendo controlarse el hecho de la aparición de esta sustancia en los procesos ciliares y su lenta desaparición a través del ángulo camerular, y más amplia a través de la ampolla de filtración.

La excitación del ortosimpático acelera de un modo considerable la circulación, y la parálisis o, simplemente, la paresia la retarda. Quizá este fe-

nómeno guarde relación con el mejor o peor aprovechamiento y oxidación del ácido ascórbico en la cámara anterior.

La prueba del ácido nicotínico, tal y como la hemos descrito en otras ocasiones, da origen a una mayor rapidez en la presencia de fluoresceína en la cámara anterior como consecuencia de un mayor flujo sanguíneo en los casos en que el desagüe venoso está obstaculizado, y constituye, por tanto, un buen medio de control.

Cuando se ha conseguido regular no solamente la tensión ocular, sino la circulación, la curva tonométrica adquiere uniformidad sin que podamos apreciar diferencias de más de dos o tres milímetros entre unas determinaciones y otras. Las pruebas de agravación de la tensión dan origen a oscilaciones mínimas, y la inyección de ácido nicotínico no es capaz de provocar el paso de la fluoresceína al acuoso, así como tampoco un cambio brusco en la curva tensiional.

El tratamiento médico postoperatorio es muy importante, y nos es preciso controlarlo mediante las pruebas que acabamos de señalar, que nos

indican el verdadero estado circulatorio del ojo.

La curva de tensión arteriovenosa retiniana, así como su comparación con la humeral, la regulación de la misma, la ausencia de agujas y la debida proporción entre la tensión arteriovenosa retiniana y entre aquélla y la humeral con índices de pronóstico favorable en la marcha del tratamiento del glaucoma, bien sea médico o quirúrgico, bien hayamos empleado ambos a la vez.

Lo que nuestra experiencia nos ha demostrado es que, bajo ningún concepto, debemos confiar de un modo ciego en el tratamiento quirúrgico, abandonando el médico postoperatorio y confiando en la engañosa calma de la falta de hipertensión, porque en el caso de que el riego sanguíneo continúe con su déficit y se establezcan obstáculos venosos considerables, la atrofia con excavación continuará su marcha ascendente, las atrofas neurorretinianas continuarán progresando, y la ceguera será el final lógico de la enfermedad, a pesar de la falta de hipertensión, que, como tantas veces hemos dicho, es solamente un síntoma de la enfermedad glaucomatosa.

(Divulgación de la Junta Rectora Central de las J. M. E.)



CEBION

Vitamina C (ácido l-ascórbico) químicamente pura fabricada por E. Merck, Darmstadt. Del valor del Cebión en terapéutica y profilaxis hablan elocuentemente los numerosísimos trabajos publicados.

Tabletas de 0,05 g. — Ampollas de 0,05 en 1 c. c. y 0,10 g. en 2 c. c. y ampollas de Cebión «fuerte», de 0,50 g. en 5 c. c. — Pasta de Cebión, para el masaje de las encías.

Cens. Sanit. 110

Los síntomas y las complicaciones oculares de la encéfalo-meningitis cerebroespinal epidémica

por el

Doctor PEDRO MATA LOPEZ

I

Después de meditar los casos observados y las fichas epidemiológicas sobre meningitis cerebroespinal epidémica padecida en los años 1944-45 en la provincia de León, creo interesante tratar este tema, puesto que no se concede la debida importancia que tiene la sintomatología ni las complicaciones oculares de esta enfermedad, indudablemente, por la escasa participación de los oftalmólogos en las observaciones de estos enfermos. Los pediatras y los internistas, ante la importancia de los síntomas clásicos y conocidos que constituyen la sintomatología de la enfermedad, no conceden importancia a los trastornos variados de motilidad ocular, a los de fondo de ojo, ni aun a las desastrosas complicaciones endoftálmicas. Una enorme mayoría de los casos de esta epidemia no he podido observarlos personalmente ni han sido tampoco explorados por otros oftalmólogos, y ello es la causa de que falte precisamente en éstos la más importante sintomatología ocular, que siempre fué observada en todos aquellos que exploramos.

El primer asunto interesante que deseo consignar es la localización del diplococcus intracelulares meningitides de Weichselbaum, aunque no frecuentemente en la mucosa conjuntival de los fondos de saco, cosa que no se cita apenas en los tratados de Pediatría y de Medicina, ya que, con exclusividad en ellos, se admite que dicho microorganismo se encuentra saprofítico en la mucosa nasofaríngea de muchísimos sanos, así como en las vías altas respiratorias, y que, al exaltarse su virulencia o limitarse las defensas orgánicas, pasan a la sangre, originando una verdadera septicemia meningocócica con sepsis meníngea que puede prolongarse más o menos tiempo, siendo a veces rara la única manifestación de la infección o fijándose más frecuentemente el meningococo en uno o varios órganos, localizaciones meníngeas o extrameníngeas, pudiendo no cesar el estado séptico y pudiendo partir nuevos brotes septicémicos del sitio en que los gérmenes se hayan fijado, y así, para que aparezca la meningitis meningocémica, como nos recuerda el doctor CARRERA, después del primer período de meningocemia o septicemia meningocócica, aparecerá un segundo estadio que puede ser de ventriculitis de Lewkowicz (Cracovia), caracterizada por la infección de los plexos coroideos y ventrículos, y, finalmente, llegar el tercer período, de verdadera meningitis cerebroespinal, o sea la propagación a me-

ninges y a encéfalo, constituyendo el estadio de encéfalomeningitis de Chaferstein. Por eso, este investigador, que hizo detenidos estudios histopatológicos en los enfermos fallecidos en la epidemia de Karkow en 1931 a 1932, propone llamar a la enfermedad, con muchísima razón, encéfalo-meningitis cerebroespinal, título con el que encabezamos el trabajo, sustituyendo al corriente y conocido de meningitis cerebroespinal epidémica.

Es decir, el punto de partida para su incorporación a la sangre del meningococo será en un tanto por ciento muy elevado la mucosa rinofaríngea; pero en otros casos lo es la mucosa conjuntival, como lo demuestran los hechos siguientes:

El doctor FRED, en un trabajo publicado en *Am. J. O. F.*, comunica un caso de conjuntivitis por meningococos, que fué seguido de septicemia meningocócica y de meningitis abortada, es decir, que demostró concluyentemente por la sucesión de los hechos que la conjuntiva puede ser la puerta de entrada de la infección meningocócica. Se trataba de una estudiante de enfermera que había asistido a enfermos de meningitis cerebroespinal epidémica, y que, habiendo llevado constantemente la mascarilla protectora y en la que no se encontró por exámenes repetidos el meningococo en las vías respiratorias ni en nasofaringe, se la presentó una conjuntivitis en que se pudo determinar y cultivar el meningococo, originando después la septicemia y los fenómenos abortados meníngeos; lo que no se pudo determinar es si dicho microorganismo llegó a la corriente circulatoria a través del saco conjuntival o por la fosa nasal, descendiendo previamente por la vía lagrimal; ahora bien, el origen único y primario del asiento conjuntival quedó demostrado.

El doctor KOPLIK, en 1904, que estudia 76 casos de meningitis cerebroespinal, refiere uno como antecedente único de una conjuntivitis meningocócica que precede a la aparición de la meningitis. DORLAND SMITH refiere un caso de una niñera expuesta al contagio y que presentó una conjuntivitis meningocócica identificada por cultivo, y en la que un inmediato tratamiento preservó de la aparición de la meningitis. MACKEE observó la presencia también del meningococo en el saco conjuntival en tres casos de encéfalomeningitis meningocócica, aunque este autor se pregunta de si en ellos la meningitis conjuntival fué secundaria a localización nasal o si fué la verdadera y única puerta de entrada. Cabe, sin embargo, en la mayoría de estos casos, suponer que la única sintomatolo-

gia conjuntival antes de la aparición de los síntomas clásicos fué el punto de arranque del meningococo productor de la enfermedad. Como no se hacen investigaciones en este sentido, quizá parezca rara la localización conjuntival, que no lo sería tanto si a los oftalmólogos les fuera asequible estudiar desde el primer momento a los enfermos de esta clase.

Este origen conjuntival tan interesante por la razón apuntada no hemos podido observarle tampoco nosotros en las estadísticas, pues los enfermos no pudimos verles al principio ni en las fichas epidemiológicas, en enfermos que no exploramos nada se consigna, únicamente en la casuística aparecen dos casos de conjuntivitis meningocócica con secreción en el final de la enfermedad; son casos asistidos por el pediatra de León doctor SOTERO ALVARO SERNA, pero en los que cabe la duda de si en ellos el meningococo habrá aparecido desde el primer momento, aunque la tardía sintomatología, más que como complicaciones, debe considerarse como localizaciones extrameningeas de la septicemia meningocócica, últimas localizaciones a partir de la sangre, o quizá de los focos meningococales. Desde luego, este hecho tiene gran importancia, pues RANDOLPH, ya en 1893, antes del uso del suero meningocócico, evidenció y presentó un caso de conjuntivitis en los periodos finales de la enfermedad, que él califica de complicaciones; y, más recientemente, en 10 de mayo de 1939, el doctor H. S. RUSK presentó en Colorado Ophthalmological Society un caso de conjuntivitis meningocócica y endoftalmitis en el curso de la encéfalomeningitis cerebrospinal. Por otra parte, existen casos de meningitis de otra etiología con un origen conjuntival evidente, entre ellos el de algún español. Todo ello refuerza y demuestra, aunque no frecuente, la posible y única vía de entrada y propagación de la mucosa ocular conjuntival de la enfermedad que estamos tratando y la importancia que, en tiempo de epidemia, una determinación de este género, en apariencia una conjuntivitis banal, podría tener, estableciendo una terapéutica pronta y eficaz como la sulfamídica para lograr el aborto de la meningoencefalitis meningocócica.

Así, pues, proponemos como primera conclusión de este trabajo el examen, no sólo de exudados mucofaríngeos, sino los de mucosa conjuntival de fondo de saco en todas las personas relacionadas con enfermos meningocócicos para hacer una útil y eficaz profilaxis, cosa que desde ahora aparecerá recomendada en las exploraciones epidemiológicas de las fichas de esta Jefatura de Sanidad.

II

Respecto a sintomatología ocular, yo creo, después de meditados los 102 casos de esta epidemia padecida en la provincia de León, que debe enfo-

carse de manera distinta a como se ha realizado hasta ahora, y como se consigna, en efecto, en los tratados que de esta enfermedad se ocupan. Es indudablemente frecuente que los síntomas oculares de comienzo de la enfermedad sean de excitación motora, espasmos musculares, desviación conjugada de cabeza y ojos, para más adelante sobrevenir los estados paralíticos, midriasis, ptosis, nistagmus, desviación conjugada paralítica, incluso queratitis neuromuscular, etc. Peca todo esto, sin embargo, los hechos clínicos me lo han demostrado, de demasiado esquemático, generalizador y no tiene mucha realidad clínica; por eso creo necesario rectificar estos conceptos clásicos; es necesario tener presente que la sintomatología ocular está en relación muy directa con la intensidad y forma de presentarse la enfermedad; por esto, yo he observado que, según la gravedad de la dolencia, así se presentaban unos u otros síntomas. Para hacer una clasificación, yo he consultado diferentes trabajos, pareciéndome los más interesantes los del doctor J. S. WEINER y J. SCHROTZKY en su trabajo de la Clínica infantil del Instituto de Medicina de Odesa, que califica las formas en fulminantes, agudas, abortivas y crónicas; pero quizá podamos resumir más prácticamente todas estas formas de la enfermedad más simplemente en tres grupos: las graves, con síndrome meníngeo fuertemente acusado y traducido por fenómenos convulsivos, exantemas y pérdidas de conocimiento, aparte de otra serie de ellos, y en el que los síntomas oculares han sido los de excitación oculomotora, el estrabismo cinético, la desviación conjugada lateral de los ojos, la miosis, el bléfaroespasma, con dos signos que apenas se citan en los libros, exceptuando a la escuela alemana, y que son el síntoma de Göpperte, que consiste en la dilatación de la pupila a la más ligera irritación del tegumento, y el síntoma de Flatau, dilatación pupilar que aparece con la relajación muscular estriada, signo que dan una gran importancia algunos tratadistas ingleses.

Existe otro síntoma en todas estas formas graves, en el que insiste PARSONS, y que es la amaurosis completa con fondo ocular y reacciones pupilares normales, que nosotros hemos comprobado en casos gravísimos y de muerte, y que es achacable a la acción de las toxinas sobre los más altos centros visuales; esta ceguera, comprobada, sobre todo en dos casos, por nosotros, puede persistir durante varias semanas y ser luego sustituida por otros síntomas, y, por último, ser completa la restauración de la agudeza visual; en estas formas existen, como indicamos más arriba, algunos casos de conjuntivitis y aun de queratitis neuromusculares. También existen casos de rigideces pupilares de papilitis por neuritis descendente y edemas de papila. En el siguiente cuadro resumimos la sintomatología observada por nos-

otros en este primer grupo de formas más graves de la encéfalomeningitis meningocócica:

Síntomas y complicaciones oculares de las formas graves que han constituido el 25 por 100 con síndrome meníngeo fuertemente acusado	Amaurosis con fondo ocular y reacciones pupilares normales por acción de toxinas sobre los altos centros visuales: tres casos, con una defunción.
	Estrabismos espasmódicos en los comienzos de la enfermedad, sin acusada desviación de cabeza: tres casos, con uno de muerte.
	Desviación conjugada de ojos: dos casos.
	Rigideces pupilares: cuatro casos, con dos de muerte.
	Ocho casos de síntoma de Göpperte.
	Dos de papilitis por neuritis descendente.
	Un edema de panila por pioventriculitis de los plexos coroideos.
	Queratitis de tipo no neuroparalítico: dos.
	Endoftalmitis: dos.

De entre toda la casuística voy a escoger solamente la breve reseña de los siguientes casos:

Filiberta Fernández, de trece años, residente en Alcobá de la Ribera: con un período prodrómico cortísimo de veinticuatro horas, comienza un dolor en pierna y brazo y dolor de cabeza, que fué exacerbándose, cayendo fulminantemente en coma profundo, exhalando débiles quejidos en actitud de gatillo de escopeta, con contractura de la nuca y exaltación de reflejos, existiendo una amaurosis total, sin otros síntomas oculares, que dura, después de recobrado el conocimiento, cincuenta horas, y acusando, además, herpes nasal y comisural de labios, con fiebre de 40°, terminando por la curación, recobrando totalmente la visión. Ha acusado meningococo típico intracelular en un líquido céfalorraquídeo opalino, lechoso, con albúmina 0.70; con reacción de globulinas, fuertemente positivas; glucosa, 0.40; el tratamiento: sulfotiazol y suero meningocócico. Fecha de la enfermedad: marzo de 1944.

Erundino Cabeza Gutiérrez, de diez años, de Villamuriel. Brusquísima aparición de la enfermedad; cefalalgia, hiperestesia cutánea generalizada, rigidez de nuca, signos de Kernig y Brüzikski; vómitos, agitación motora, delirio, amaurosis o ceguera, sordera, parálisis del brazo derecho, raya meníngea, fiebre de 39°. Líquido céfalorraquídeo turbio, con meningococo típico. Tratamiento sulfamídico. Restablecimiento de la agudeza visual total. Curación, mayo de 1944.

También es muy notable el caso siguiente de Rosa María Cuervo, de León, nueve meses, grave e hipertóxico en su comienzo, con vómitos, fiebre alta, herpes de labios, hiperestesia e hiperalgia, rigidez muscular, Kernig y Brüzikski; la indiferencia de la mirada denota un estado amaurósico: hay un líquido céfalorraquídeo turbio, meningococos, albúmina, globulinas +++; glucosa, 0.65 por 1.000; sedimento células, 6.800 por milímetro; polinucleares, 96 por 100; linfocitos, 4 por 100, y un tratamiento con suero, sulfamidas, suero glucosado y tónicos cardíacos. Muerte, el 29 de febrero de 1944.

Respecto a estrabismos, tenemos que consignar que los más frecuentes son los convergentes por parálisis del sexto par, y entre los casos elegiremos el de Juan Antonio León Revilla, de diecisiete meses, de Castrillo de las Piedras; los síntomas son rigidez de nuca, estrabismo convergente monolateral derecho, movimientos continuos de cabeza, grito cefálico, insomnio, trismus, opistótonos, y al quinto día de enfermedad relajación de esfínteres, con fiebre de 40°, sin vómitos ni ningún otro síntoma de los corrientes; el líquido céfalorraquídeo, purulento, con meningococos no muy abundantes, y en sedimentos abundantes leucocitos y polinucleares. El enfermo murió al sexto día de enfermedad, tratado por sulfamidas y suero antimeningocócico, en marzo de 1944.

La meditación de esta ficha epidemiológica nos hace pensar si por el cortejo sintomático de excitación motora y por la presentación tan rápida y pronto el estrabismo convergente pudiera haber sido de excitación motora parcelaria del tercer par, más que por parálisis del motor ocular externo, porque en esta casuística existen casos de parálisis de recto externo en casos graves y de mediana intensidad, pero cuya presentación fué algo más tardía, sin los síntomas de excitación motora y que no terminaron nunca por muerte. Como de los casos más demostrativos, sólo elegiremos éste: es el caso de Emilio Campomanes Arias, de veintitrés años, residente en Armunia (León); iniciación brusca de la enfermedad, 39°, escalofríos, cefalalgia, vómitos, rigidez de nuca, con cabeza fuertemente extendida hacia atrás, opistótonos, postura en gatillo de escopeta, Kernig y Brüzikski, exaltación de reflejos tendinosos cutáneos, herpes labiales, manchas roseólicas del vientre y tronco, ligera albuminuria; el líquido céfalorraquídeo muy turbio, purulento, con meningococos; albúmina, 1.080 por 100; globulinas, positivas; glucosa, 0.60 por 100; sedimento, 20.000 células por milímetro; polinucleares en su mayor parte, y tratamiento, suero antimeningocócico intrarraquídeo y sulfopiridina por vía bucal, apirético al cuarto día, marzo de 1944.

Algún otro caso como el de Manuel Alvarez, de siete años, de Sabero, en quien al comienzo de la enfermedad, dominando todos los fenómenos de excitación motora, espasmos musculares, convulsiones violentas, aparece con ellas un estrabismo convergente; en el líquido céfalorraquídeo todo es fuertemente positivo de meningitis cerebroespinal; cura con sulfamidas, intramuscular e intrarraquídea, y con el suero por las mismas vías. Cabe pensar que no sea la parálisis del sexto par, por las razones ya antedichas, la que producía el estrabismo.

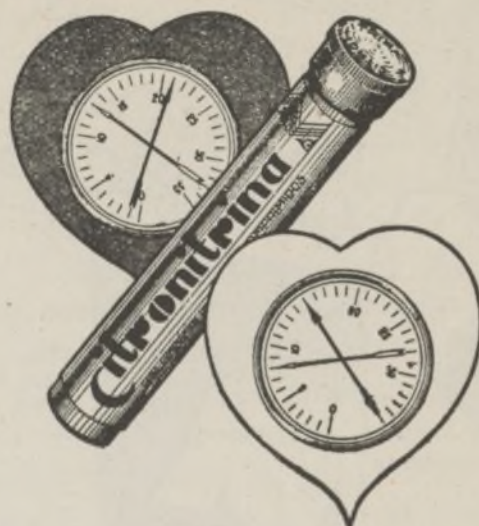
Casos de rigideces pupilares con fenómenos de excitaciones espasmódicas, tenemos como muy significativos los de José Manuel Herrero García, de tres años, de Navatejera, con muerte; así tam-

*Para sus hipertensos
y arterioescleróticos*

TRATAMIENTO PROLONGADO
DE LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DE LA ARTERIOESCLEROSIS
Y DE SUS COMPLICACIONES
POR LA

Citronitrina

GEVE



Comprimidos de citrónitrato sódico y citrato de
sosa.

Actúa: por la vasodilatación periférica que provoca
el nitrato y la fluidificación sanguínea que ejerce el
citrato sódico.

Dosis corriente: Tres comprimidos al día.



Laboratorio Quimioterápico del Ebro
VERGÉS & OLIVERES, S. A.
TORTOSA

MUESTRAS GRATIS A LOS SEÑORES MÉDICOS



Calcio por vía bucal

EN COMPRIMIDOS
DE SABOR AGRA-
DABLE A CACAO
VAINILLADO

Por su bondad y tolerancia
CALCIO «GEVE»
suprime la vía parenteral

DOSIS CORRIENTE PARA AMBÁS MODALIDADES:

ADULTOS.—Dos comprimidos, antes o después de cada
una de las tres comidas.

NIÑOS.— Mitad anterior dosis.

MUESTRAS GRATIS PARA ENSAYOS CLÍNICOS

2 MODALIDADES
= SIMPLE =
Y CON
Vitamina D

LABORATORIO QUIMIOTERÁPICO DEL EBRO
VERGÉS & OLIVERES, S. A. - TORTOSA



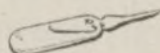
C. S. 7864



PODEROSO REGENERADOR *de los elementos sanguíneos*

HEPAGASTRON es el remedio indicado en todas las enfermedades hepatogástricas. Combate los síntomas subjetivos y funcionales, estabilizándose el cuadro hemático. El enfermo reacciona y va recobrando el vigor, desapareciendo los síndromes anémicos, de los cuales HEPAGASTRON es medicación específica.

INDICACIONES PRINCIPALES: Convalecencias y enfermedades consuntivas, insuficiencia hepática funcional o anatómica. Síndromes anémicos, intoxicaciones, edemas, derrames viscerales, etc.



Presentado en cuatro formas:
INYECTABLE NORMAL • INYECTABLE FUERTE
INYECTABLE FUERTE VITAMINADO • LIQUIDA

Ap. C. S. 121

HEPAGASTRON

LABORATORIOS ORZAN, S.A.
• LA CORUÑA •

EXTRACTO HEPATICO
Y MUCOSA GÁSTRICA

Sanatorio SAN ESTEBAN

USURBIL (Guipúzcoa)

A 11 kilómetros de San Sebastián

TELEFONO 7005

Asistencia y tratamiento de los
enfermos nerviosos y mentales

Médicos Directores...

Dr. Vidarte

Dr. Larrea

Médico Subdirector...

Dr. Pino Ascarza

Para solicitar habitación y detalles de coste de las pensiones dirigirse al
Señor Administrador del Sanatorio San Esteban, USURBIL (Guipúzcoa)

(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 4.165.)

bién terminando por defunción un caso de parálisis del tercer par aparecida tardíamente.

Los dos casos de papilitis los creemos originados por neuritis descendente, y el de edema papilar debió obedecer a una pioventriculitis de plexos coroideos.

No hemos observado casos de queratitis neuroparalítica, pero sí en final de enfermedad signos discretos de una infiltración en parénquima corneal, casos que apenas han sido descritos.

Respecto a endoftalmitis metastásicas aparecidas en los últimos períodos o en la convalecencia, poseemos dos casos: el de Sofía Fernández Álvarez, de siete meses, de Cabrillanes, en que, a los tres días de aparecer violenta la meningitis cerebrospinal, tratada con sulfamida, el ojo se pone rojo, sin visión, y que, después de un mes visto por mí, tiene una endoftalmitis monolateral derecha sin visión, y el de Fabriciano García Blanco, de cuatro años, de Santibáñez de Rueda, en que, también visto al mes y medio de la enfermedad, el ojo tiene una endoftalmitis en período regresivo, iniciándose la atrofia del bulbo. Realmente, por la imprecisión recogida de los antecedentes en estos casos no pudimos seguir bien el establecimiento de la endoftalmitis, de las que se discute si son producidas por propagación a lo largo de los espacios linfáticos, o si por vía hematógena las determinan embolias sépticas capilares de los vasos oculares.

Formas de media-
na intensidad clínica, que representan el 35 por 100 de los casos observados
Neuritis óptica: tres, con regresión rápida al tratamiento quimioterápico.
Estrabismos fugaces convergentes por parálisis del sexto par: 21.
Parálisis del tercer par: dos casos, uno completo y otro incompleto.
Rigideces musculares en miosis: 19 casos.
Síntomas de Göppert: cuatro.
Dos iridociclitis en los últimos días de la enfermedad.

En las formas leves apenas ha existido sintomatología ocular; han predominado las miosis de comienzo, las reacciones pupilares muy perezosas, la anisocoria y una neuritis, terminando en atrofia óptica.

Este último caso es muy aleccionador, ya que demuestra que en las formas leves con escasa sintomatología, que pueden ser confundidas en diagnóstico y no suficientemente tratadas, la papilitis termina en una atrofia óptica o como en nuestro caso, con toda la tragedia de su enorme déficit visual.

III

Este trabajo y las conclusiones a que habremos de referirnos después tiene como base el estudio, como hemos indicado personalmente, de treinta enfermos, más setenta y dos fichas epidemiológicas correspondientes al Servicio del Instituto Provincial de Sanidad de León. De estos casos, seten-

ta corresponden a la epidemia de 1944, veinte a la de 1945 y doce, sin ficha epidemiológica, a diferentes casos de otras épocas. De todos ellos, cincuenta y siete han presentado sintomatología ocular y cuarenta y cinco no, precisamente aquellos no vistos por ningún oftalmólogo, y la mayoría pertenecientes a casos de intensidad mediana y leve. De estos casos, han correspondido a niños de hasta trece años, setenta y nueve; de catorce a treinta años, dieciocho, y de treinta a cincuenta años, cuatro, y de más de sesenta, tres; en otros tres no pudo determinarse la edad. Han correspondido a sesenta y dos varones y cuarenta hembras y se registraron ocho defunciones. Por tanto, el porcentaje más interesante es de aparición de síntomas y complicaciones oculares en la enfermedad, que representa el 50,9 por 100.

Esta epidemia ha sido observada, sobre todo, en los meses de marzo, abril y mayo, no habiéndose registrado casos en los meses de julio, agosto, septiembre y octubre, es decir, coincide con las fechas de presentación de recrudecimiento de las epidemias de esta enfermedad.

Debo de subrayar en este momento la falta, próximamente en la mitad de los casos, de la sintomatología ocular, y que tiene la fácil explicación que he dado de ser vista por los médicos generales en nuestros casos de la provincia, que, naturalmente, no disponen de los medios exploratorios suficientes para estudiar y recoger muchísimos síntomas oculares que seguramente tendrían los enfermos, y por esto, si se hubiera podido tener en todos el concurso de los oftalmólogos, el porcentaje de complicaciones y síntomas oculares hubiera sido mucho mayor. Por ello, la Jefatura de Sanidad de León, después de todas estas mis investigaciones respecto a esta epidemia, y a mis instancias, ha modificado la ficha sanitaria para llamar la atención de los médicos sobre la importancia de los síntomas oculares que irán consignados en la nueva ficha que se les proporcione. De esta manera podríamos señalar, que es a lo que yo tiendo, síntomas que apenas han aparecido en estos casos de desviación conjugada de los globos oculares por espasmo verdadero de la mirada, así como la rigidez miostática, que yo creo más frecuente de lo que se da, de la musculatura ocular externa y que nos vendría a demostrar, como otros síntomas que ya hemos indicado, que la afección es eminentemente encefálica tanto como meníngea. La falta de autopsias nos priva de poder sentar ciertas afirmaciones, como en los casos de papilitis y edemas, pero indudablemente la explicación que suele dar de su patogenia concuerda con los casos autopsiados, siendo uno de los más significativos el de HANS MADISSONS PRIVA-DOCENT, de la Clínica infantil del profesor A. LÜNS, de la Universidad de Tartu, y A. VALDÉS, del Instituto Patológico de la misma en Estonia. Fué la autopsia de un niño comprobación del meningococo reco-

gido en un líquido acuoso que se encuentra en los ventrículos laterales y en el IV ventrículo y con un proceso inflamatorio extendido a gran parte del cerebro, sobre todo al epéndimo, que llega a obliterar el acueducto de Silvio, provocando, según la experiencia de HEIDRICH, un hidrocéfalo interno que explica el edema de papila; además, se descubrió un foco neumónico purulento y se pudo comprobar en el caso una septicemia con todas esas localizaciones, que vienen a reforzar todo lo que llevamos dicho.

IV

Dos palabras solamente, para terminar, sobre el tratamiento seguido, que obrando sobre la enfermedad puede mejorar la sintomatología ocular, incluso evitar las graves complicaciones indicadas. El tratamiento elegido debe tener las características de obrar rápidamente sobre el sistema nervioso todo, no sobre meninges sólo, ya que el meningococo y sus toxinas tienen una especial sensibilidad sobre las células de todos esos sitios del sistema nervioso. Antes de la aparición en 1906, por JOCKMAN, el tanto por ciento de defunciones de esta enfermedad, siempre variable según una serie de circunstancias, llegó aproximadamente a establecerse en un 70 por 100, y se dijo que desde aquella fecha, con el empleo del suero antimeningocócico por aquel autor, bajó entre el 30 y 50 por 100; sin embargo, existen aplastantes hechos clínicos que demuestran todo lo contrario; en la epidemia de Nigeria inglesa, en 1937, que alcanzó la cifra de 8.653 casos de mortalidad, llegó al 74,6 por 100, a pesar del empleo abundante y sistemático del suero; y cuando esta epidemia se corrió a la Nigeria y al Sudán francés, pasó lo mismo, quedando, por tanto, en entredicho la eficacia del suero; y en la epidemia de Kharkow, de los años 31 y 32, en 380 casos, la mitad tratados con suero y la otra mitad por punciones lumbares evacuadoras, hubo más defunciones en los tratados con suero (42 por 100) que en los de punciones, cuya mortalidad fué de 39,6 por 100. Esto mismo de la ineficacia del suero lo han comprobado otros tratadistas frecuentemente, dándose multitud de explicaciones que no son de este lugar, aunque sí es necesario recoger la principal, y es que dada la variedad de meningococos (A, B, C, etc.), quizá aún no del todo bien establecida, y teniendo que recurrir a un suero polivalente y no específico para cada variedad de meningococo, diferente en cada epidemia, no podemos decir que disponemos, según los casos, de su suero específico. En efecto; existen meningitis producidas por meningococos típicos en sus caracteres microscópicos de cultivo y fermentación, pero que no aglutinan a los sueros típicos de NICOLLE (A, B, C) y de GORDON (I, II, III, IV), por lo que había que emplear un suero para cada caso que habría que preparar, y esto

haría su empleo tardío y costoso, y por ello, recurriendo al suero polivalente, es ineficacísimo casi siempre por su falta de especificidad.

Por esto el empleo, después del descubrimiento, en 1935, de las sulfamidas, ha producido, sobre todo últimamente, tal número de curaciones en período de tiempo rápido, que son ya numerosos los trabajos demostrativos (OBERDISES, HARREN, ELSASSER, MERKELBACK, CARRERA, etc.) atestigüadores de los resultados espléndidos, casi verdaderamente, específicos, de esta medicación. No vamos a discutir, tampoco es realmente de este lugar, las últimas teorías respecto a la manera de obrar en su reconocida acción bacteriostática, siendo antivitaminica de las bacterias al instalarse dentro de ellas en ciertos grupos haptóforos, que son los portadores de las vitaminas de crecimiento de aquéllas; una sustancia de crecimiento como el ácido paraminobenzoico es desalojada de ellas por las sulfamidas, y como no tienen reservas, padecen las bacterias cierta avitaminosis aguda, suspendiendo su multiplicación y haciendo que fácilmente pueda obrar el organismo sobre ellas por sus propias fuerzas. Sea lo que quiera de todo esto, el hecho cierto es que el empleo de la quimioterapia por las sulfamidas ha dado resultados maravillosos como ningún otro, vacunoterapias, autoliquoterapias, que es una autovacuna *sui generis* en que el enfermo recibe con el líquido céfalorraquídeo el antígeno y anticuerpos elaborados por él mismo, habiendo hecho antes proteínoterapia y retirando de cada punción lumbar 3 a 5 centímetros cúbicos de líquido céfalorraquídeo, que se inyecta independientemente debajo de la piel y músculos. Los resultados han sido, según STEINSCHEIDER y sus colaboradores, verdaderamente maravillosos, y pensamos nosotros que este método puede ser, unido a la quimioterapia, eficazísimo. El compuesto sulfamídico de elección ha de estar dotado de la mayor polivalencia antibacteriana, ya que la acción rigurosamente específica de un determinado compuesto para un microorganismo está en casos como el de esta enfermedad verdaderamente establecido; por lo que respecta en este punto a los casos comprendidos en este trabajo, es innegable la mayor eficacia de los compuestos sulfotiazólicos, que, además, son menos tóxicos, y después de ellos sulfopirídicos. Participamos en un todo de la opinión de CONHEN, de Bruselas, el cual manifiesta que los sulfotiazoles en la encéfalomeningitis cerebroespinal, por vía bucal, curan el 100 por 100 de los casos tratados, siendo condición precisa que obren rápidamente, de aquel empleo inmediato, una vez hecho o sospechado el diagnóstico de la enfermedad. Debe además mantenerse en concentración continua, administrándole continuamente y en cantidad suficiente. La dosis para niños es de 0,10 gramos, según KLEINSHMITD, o de 0,20 gramos, según TRACHLES, por kilogramo de peso y día, dando,

como se sabe, alcalinos y agua bicarbonatada para evitar la acidosis; es vía suficiente, tenemos seguridad de ello, la vía oral; sin embargo, en casos de intolerancia, de grandes vómitos, en que el enfermo no pueda tragar, etc., las vías intravenosa e intramuscular son también eficaces, y hasta puede apelarse muy bien a la vía intrarraquídea, aunque ésta, al parecer, puede tener ciertas complicaciones que nosotros no tenemos recogidas, pero que refiere, entre otros ELSASSER, casos de parálisis caudal después de la aplicación intralumbar de eubasina, y una muerte en un niño por aplicación por la misma vía de cibazol; sin embargo, en casos gravísimos descuidados en los que se necesite obrar rápidamente, sería necesario tener presente la opinión de HARREN de que la inyección intralumbar de sulfamidas no puede rechazarse sin más ni más siempre que se trate de un preparado eficaz y exento de efectos irritantes; claro que es imprescindible administrar casi siempre preparados hepáticos, ácido nicotínico, calcio, etc., para evitar los efectos tóxicos y las intolerancias de los preparados; sin embargo, en toda la casuística registrada de nuestros casos, aparte de algunas intolerancias gástricas, algún exantema discreto, no tenemos registradas, desde luego, ni agranulocitosis, ni anemias hemolíticas, ni sulfohemoglobinurias, alteraciones hepáticas, neuritis, ni colapsos cardíacos. De algunos preparados modernos empleados en esta enfermedad, el orsulon (preparado de sulfopiridina y calcio), la sulfodiazina, etc. (esta última mucho menos tóxica), no tenemos experiencia por no haberlos utilizado, aunque en los enfermos renales este preparado último, por su menor toxicidad, la concentración en sangre mayor, la menor renal, su solubilidad en orina, la hacen muy recomendable. En la mayor parte de los casos tratados por nosotros y los que figuran en las fichas, han sido utilizadas las dosis de 8 gramos los tres primeros días, 6 los dos siguientes y 3 los otros tres, en los casos de niños no pequeños. Y respecto a compuestos, el cibazol se utilizó en 35 casos, el albucid en 45 y en los 20 restantes, en 12 compuestos sulfopirídicos, el prontosil en seis y en los cuatro restantes el azol. Respecto a la administración conjunta de suero antimeningocócico y sulfamidas, se han usado en algo más de la mitad de los casos, pues suman en conjunto 53, y, sin embargo, en ellos es en los que se han registrado casi el total de defunciones; en los demás hemos usado la quimioterapia sin reiteradas punciones lumbares en 20 casos y con punciones en los restantes; únicamente en dos casos se utilizó la vía intrarraquídea. Resulta, pues, que la unión de suero y sulfamidas parece no reforzar el gran efecto de estos últimos preparados, pues en esta casuística misma el doctor ALVARO SERNA, que sólo empleó la quimioterapia en 20 casos, algunos muy graves, tuvo 19 curaciones y un solo caso de muerte; pero éste ya le vió en estado de

coma y no pudo administrar las sulfamidas; por cierto que las dosis a emplear fué de 1 gramo diario en niños de uno a tres años y 2 gramos en niños de tres a siete años, y con ellos se observaron la desaparición de los síntomas oculares a los tres días de tratamiento en tres casos y los 13 restantes entre los cinco y siete días; en un solo caso utilizó asociado el albucid al suero, sin influencia alguna en comparación con los enfermos en que sólo se utilizaron las sulfamidas.

La consecuencia final y práctica de este trabajo puede así condensarse: los síntomas oculares tienen una gran transcendencia de diagnóstico y pronóstico en la encéfalomeningitis cerebroespinal epidémica, y serían fijos y constantes en todos los casos si se les diera la transcendencia que tienen siendo explorados debidamente, sobre todo por los especialistas.

CONCLUSIONES

Este trabajo está basado en la observación de 102 casos de encéfalomeningitis cerebroespinal padecidos en la provincia de León, de los cuales personalmente he explorado en el terreno oftalmológico 30, y las fichas detalladas de los restantes obran como fichas epidemiológicas en el Instituto Provincial de Sanidad de León y han sido registradas y estudiadas en mi Servicio de dicho Instituto.

La localización de *diplococcus intracelularis meningitidis* de Weilselbaum, aunque más frecuente, no es exclusiva de la rinofaringe, puesto que también suele existir en la mucosa de los fondos de saco conjuntival, de donde puede pasar a la sangre, pudiendo originar la septicemia meningocócica, y, por fin, las localizaciones céfalomeníngeas y extrameníngeas, siendo constituida la enfermedad no por una meningitis sólo, sino por una encéfalomeningitis, como nos demuestra CHAFERSTEIN, debiendo llamarse, por tanto, a la enfermedad, mejor, encéfalomeningitis cerebroespinal epidémica; que por la localización ocular demostrada debiera investigarse en tiempos de epidemia, no la secreción de rinofaringe, sino la de fondos de saco conjuntivales, sobre todo en conjuntivitis, para investigar el meningococo y poder abortar el proceso encéfalomeníngeo o hacer más breve y benigna la enfermedad y con un inmediato y enérgico tratamiento. Así también debían hacerse investigaciones oculares en este sentido en todas las personas relacionadas con los enfermos en tiempos de epidemias para llegar a una útil profilaxis, y que ésta podría consistir, a nuestro juicio, en las inmediatas instilaciones repetidas de la solución de albucid al 15 por 100 cada media hora o una, durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas, y, además, la administración por boca de un preparado sulfotiazólico.

Que la sintomatología ocular de la enfermedad

no sigue la clásica pauta que se describe en período de excitación motora primaria y períodos paralíticos dentro de un cuadro fugaz y siempre variable de los síntomas, sino que más bien está en relación, como lo hemos comprobado, con la gravedad e intensidad de las formas de la enfermedad.

Que nos ha parecido, conforme a la realidad de nuestras observaciones, dividir dichas formas de presentación en muy graves, de intensidad y gravedad corrientes y leves.

Que las formas graves representan el 25 por 100, y en ellas observamos todos los síntomas de la excitación oculomotora, desviación conjugada ocular, estrabismos cinéticos, rigideces pupilares, miosis, el síntoma de GOPPERTE y el de FLATAN, papilitis por neuritis descendente, edema por pioventriculitis de plexos coroideos, queratitis no de tipo neuroparalítico, sino intersticial, y dos endoftalmitis sépticas como complicaciones; ha sido rara la rigidez miostática de la musculatura ocular externa, y que estos síntomas han aparecido unos u otros o varios unidos, demostrando el asiento en céfalomeníngeo indudable de la enfermedad.

Que en las formas de mediana intensidad, que representan el 35 por 100 de la casuística, predominaron las neuritis ópticas con regresión rápida al tratamiento sulfamídico, los estrabismos fugaces convergentes por parálisis del sexto par; también las rigideces musculares, los síntomas de GOPPERTE y las iridociclitis en los últimos períodos.

Que los casos leves representan el 42 por 100 restante y que realmente no sabemos discernir si ellos fueron así por su benignidad o más bien por la pronta eficacia del empleo de quimioterapia sulfamídica, que ha variado tanto el sombrío y antiguo pronóstico de la enfermedad.

Que aproximadamente en la mitad de los casos de esta casuística no se han observado síntomas oculares, y esto ha correspondido precisamente, y no tiene nada de particular, a las fichas de enfermos remitidas desde los pueblos de la provincia y nunca a nuestras observaciones personales, lo cual nos demuestra que una exploración ocular bien hecha daría la totalidad o casi la totalidad de síntomas visuales en estos enfermos, y como demostramos en el trabajo, la importancia diagnóstica y de pronóstico de estos síntomas oculares es grande y sería necesario se consignaran, para lo cual, y a mis instancias, la Jefatura de Sanidad ha modificado la ficha epidemiológica de la meningitis cerebroespinal, dando la trascendencia a los síntomas oculares que aparecen perfectamente delimitados.

Respecto a tratamiento seguido, que obrando sobre la enfermedad naturalmente hacen desaparecer o mejorar todo lo ocular, incluso las graves complicaciones oftálmicas, queda en pie el empleo de la quimioterapia sulfamídica, que, como dice

CONHEN, cura el 100 por 100 de los enfermos bien tratados con ella. Juzgamos como ineficaz, por verdaderamente inespecífico, dada la variedad de tipos de meningococos (A, B, C, etc.), el suero antimeningocócico, y juzgamos inútil, o por lo menos de una precaria utilidad, la asociación del suero antimeningocócico y las sulfamidas, bastando éstas solas, sobre todo los compuestos sulfotiazólicos a dosis suficientemente altas y constantes, como reseñamos en el trabajo, para producir el efecto bacteriostático útil a la curación de la enfermedad.

La vía de administración, bastará la oral si es tolerada, y si no, la intramuscular o intravenosa; la vía intrarraquídea es excepcional, pero no desechable, sobre todo en casos muy graves y con compuestos no muy tóxicos ni irritantes. Nosotros la utilizamos en dos casos sin complicación ninguna.

Que quizá sea muy útil la moderna licuoterapia del líquido céfalorraquídeo, habiendo hecho antes proteinoterapia y asociándolo a las sulfamidas.

Que gracias al tratamiento en este sentido se ha modificado el terrible pronóstico de esta enfermedad, disminuyendo las complicaciones visuales que suprimían la función visual, sobre todo por endoftalmitis, en algunos de estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- CARRERA.—«Sobre el empleo de las sulfamidas en la meningitis cerebroespinal meningocócica». *Acta Pediátrica*, número 21, año 1944.
- FRED (M.).—«Conjuntivitis meningocócica seguida de septicemia y de meningitis incipiente». *Am. J. O. F.*, volumen XIX, número 9, septiembre de 1936.
- VELTER.—«Traité d'Ophtalmologie», tomo VII.
- WEINER (J. S.) y BACCAL (S. F.).—«La meningitis cerebro-spinal chez l'enfant clinique et thérapeutique». (Memoria.) *Archives de Médecine des Enfants*, tomo XXXIX, 1936.
- CRENET (H.).—«Transmet dux cas de meningiti cerebro-spinal cher des nourrisson gueris après injection intrarachidiane de septoplix». Société de Pédiatrie de Paris. Seance de 21 de mayo de 1940.
- SPIEGEL.—«Sommer otoneurooftalmologia».
- ADROGUÉ.—«Neurología ocular».
- HANS MADISSON (P.).—«Meningiti cerebro-spinal epidemica». Docet. Université de Tartu, Estonia. *Archives de Médecine des Enfants*, 1936.
- TORRIZELLI.—«Sobre el empleo de la sulfodiazina en algunas enfermedades del lactante». *Bibliografía Médica Internacional*, núm. 30.
- PULVER.—«El tratamiento quimioterápico de la meningitis de los adultos». *Bibliografía Médica Internacional*, núm. 37.
- GLANZMANN (E.).—«La quimioterapia de la meningitis purulenta en la infancia».
- «Experiencias clínicas derivadas de la epidemia de meningitis de 1940-41 en la infancia». *Bibliografía Médica Internacional*, núm. 31.
- BRÜCKNER (A.).—«Indicaciones y contraindicaciones del tratamiento con sulfamidas y sus derivados en Oftalmología». *Bibliografía Médica Internacional*, núm. 32.
- Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, núms. 19 y 20, 1943.
- RUDOF SINGER.—«Sobre un caso de meningitis epidémica, con cuadro séptico». *Wien. Klin. Wochr.*, abril de 1942.
- DERNAZ (G.) y NOVEL (E.).—«Evolución clínica y caracteres bacteriológicos en algunos casos de meningitis por meningococos». *Bibliografía Médica Internacional*, núm. 22.
- BANKS.—«Encefalitis meningocócica». *Bibliografía Médica Internacional*, núm. 22.

COMUNICACIÓN CLÍNICA

Desprendimiento quístico bilateral simétrico de la retina

por el
Doctor H. B. STALLARD
Londres.

La presente comunicación tiene por objeto exponer dos casos de desprendimiento quístico bilateral simétrico de la retina, proceso que constitu-

HISTORIAS CLÍNICAS

Caso 1.º—Ingeniero, de veintidós años de edad, diagnosticado de conjuntivitis. Al ingreso en la clí-

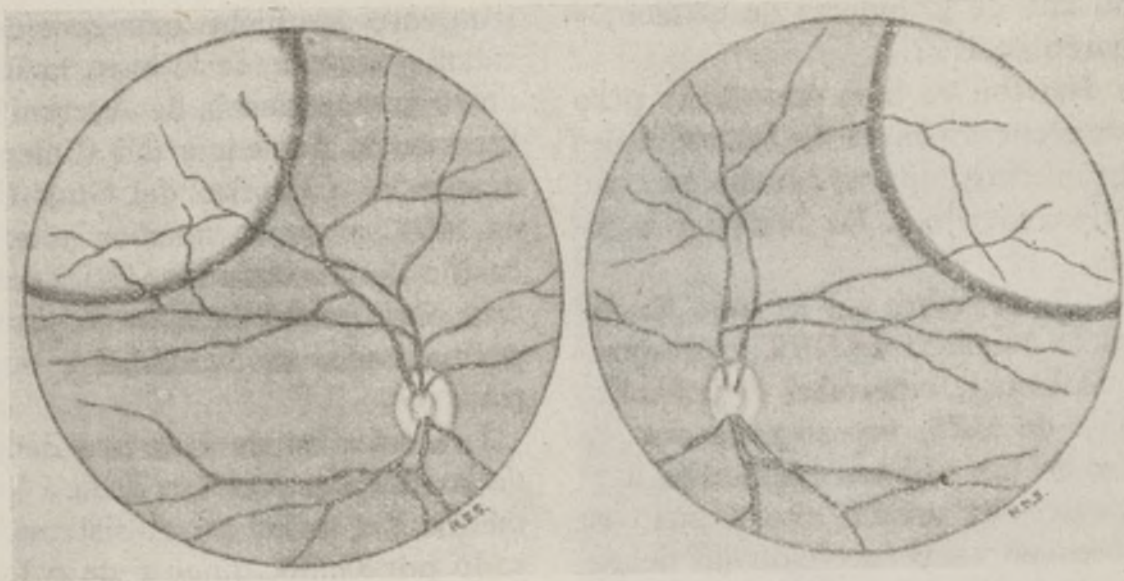


Figura 1.a

ye una rareza. En ambos casos, los quistes eran simétricos, tanto en su forma como en su tamaño y localización. En uno de los enfermos, el quiste del ojo izquierdo desapareció espontáneamente, quedando una mancha blancoamarillenta en su zona de inserción. En ambos casos faltaban antecedentes familiares del padecimiento de ningún proceso análogo. Uno de los enfermos padecía desde hace algún tiempo una ligera miopía, mien-

tra se encuentra en el examen rutinario del fondo de ojo el destacamiento quístico de la retina en los cuadrantes superiores temporales de cada ojo. Hipermetropía. Operado el 17 de enero de 1945, es dado de alta pocos días después por curación.

Caso 2.º Enfermo de treinta y cuatro años de edad; examinado por casualidad, se le aprecian los correspondientes quistes retinianos. Pocos días después del primer examen comienza a reab-

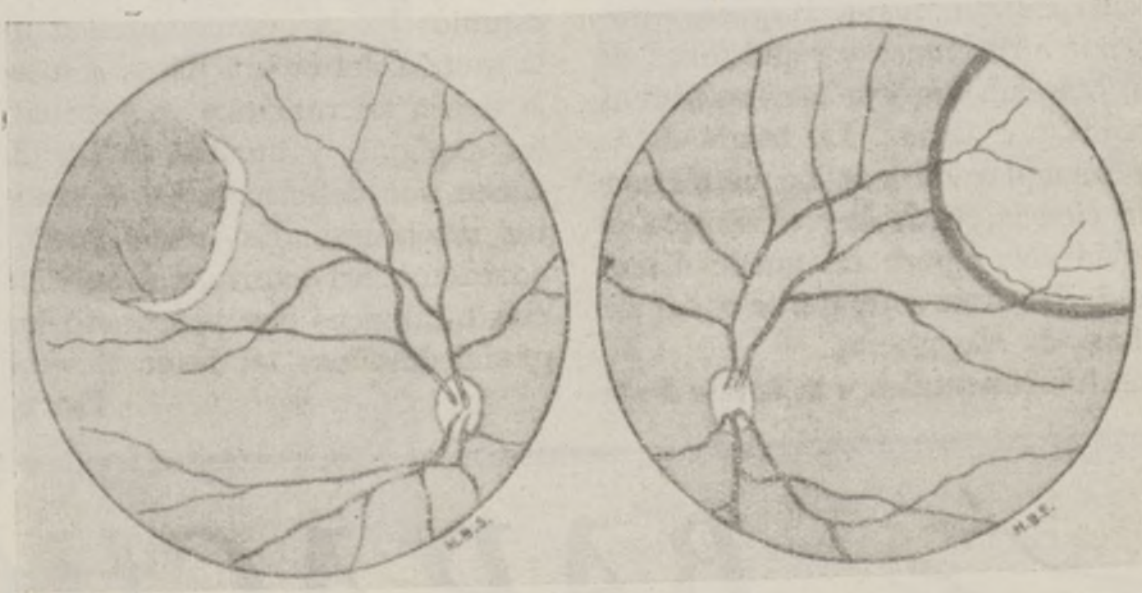


Figura 2.a

tras el otro paciente era hipermetrope. La substancia vítrea apareció normal al examen oftalmoscópico en ambos casos. El tratamiento de estos casos consistió en la aplicación de algunas sesiones de diatermia, seguidas de la punción con una aguja fina, de 1,5 milímetros. La retina quedó restituida en su lugar en ambos casos.

sorberse uno de los quistes, el cual acaba por desaparecer, dejando la mancha amarillenta como huella. El otro es operado satisfactoriamente.

En la actualidad tenemos en nuestra casuística 13 casos de desprendimiento quístico de la retina. Siete de ellos son múltiples. Ninguno fué simétrico, como los descritos en esta comunicación.

SIR ISAAC NEWTON Y LA VISION DEL COLOR

En este año los ingleses han celebrado el tres-ciento aniversario del nacimiento de Isaac Newton, y las principales revistas de Oftalmología inglesa han dedicado un alto recuerdo de reconocimiento al genial físico, a quien todos debemos tanto y a quien el profesor Andrade calificaba del mayor científico que ha existido.

Sabido es que Isaac Newton nació en el condado de Lincoln, en Woolsthorpe, el 25 de diciembre de 1642, el mismo año de la muerte de Galileo, y murió el 20 de marzo de 1727.

La infancia de Newton es bien conocida; pero aquí no encaja su recuerdo ni el de los múltiples y geniales descubrimientos, aparte cuanto hace referencia a la composición de la luz blanca y la visión de los colores.

Newton, nombrado miembro de la Real Sociedad de Londres el 11 de enero de 1672, a propuesta del obispo de Salisbury, comunicó a dicha Sociedad, a principios de 1675, sus experiencias de la visión del color de los objetos expuestos a la luz blanca, y a finales del mismo año expuso su teoría de los colores por superposición de delgadas capas. Este último fenómeno había sido observado ya por Boyle y Hooke. Las observaciones de Newton sobre la difracción (inflexión de la luz), descubierta por Grimaldi, no fueron publicadas hasta 1704 en su primera edición de *Tratado de Optica*. En él describe las experiencias que establecen la composición de la luz blanca y explica la desigual refrangibilidad de los colores, deduciendo la teoría del arco iris y desenvolviendo la hipótesis de la emisión, según la cual los rayos de luz deben considerarse como debidos al movimiento de corpúsculos infinitamente pequeños lanzados fuera de los cuerpos luminosos. Explica Newton esta hipótesis por atracciones y repulsiones de estos corpúsculos, que dan lugar a los fenómenos diversos engendrados por la luz. La teoría de la emisión, hoy día reemplazada por las modernas aportaciones de la ciencia, tenía los vicios que el tiempo puso en evidencia; pero no puede discutirse que las ideas de Newton condujeron a dar de lado las explicaciones de Huyghens.

Como los puntos fundamentales y la teoría de la

visión del color no pueden ser comprensibles sin tener en cuenta las ideas de Newton, en las que fundó Tomás Jonng la teoría tricromática, más tarde admitida y perfeccionada, acaso excesivamente perfeccionada, por Helmholtz.

La óptica de Newton contiene una predicción que casi puede estimarse por divina: en ella se lee que el diamante es probablemente una sustancia untuosa coagulada, puesto que su poder refringente es mucho más considerable que su densidad, y aunque se le haya tachado en esto de conocer la experiencia de Averani y Targioni, miembros de la Academia del Cimento, que quemaron diamantes a la vista del Gran Duque de Toscana, en 1694, es decir, muchos años antes de la publicación del *Tratado de Optica*, es indudable que en esta obra genial de Newton pruebas de ser un experimentador de habilidad y de sagacidad incomparables.

Los estudios de Ives nos demuestran el primor de la solución Newton dada a los problemas de la mezcla del color en el sistema tricromático apoyado por Guild, quien redujo los problemas de la mezcla cromática a dos dimensiones, separando la cantidad de la luz de la calidad y aplicando las reglas del plano geométrico a la solución.

En *La medida del color* («The Measurement of Colour»), Wright, después de darnos los detalles más perfectos y mejor estudiados en su género, trata exclusivamente los métodos y aplicaciones de la colorimetría.

También los oftalmólogos se interesan más en los aspectos fisiológicos y patológicos de la visión del color; pero se puede afirmar que no hay ninguno que se sienta competente para afrontar estos estudios hasta que comprenda bien las teorías de la mezcla del color. Estos son los fundamentos, y la teoría tricromática se basa en ellos, aunque no los explique, y muchas de las dificultades se producen por deficiencia en el manejo de los aparatos receptores. Es, pues, justo, que todos reconozcamos los enormes beneficios que a las ciencias oftálmicas han procurado los físicos y el más genial de ellos: sir Isaac Newton.

DOTTOR BALOARDO.



BARACHOL

Contra la sarna, aplicando la pomada en las manos.

Evita enormes molestias y gastos.

(Censura sanitaria núm. 1.122.)

BENITO PÉREZ GALDÓS Y LA MEDICINA⁽¹⁾

por

F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

LA CEGUERA DE DON BENITO

Es para mí motivo de muy especiales emociones el ocuparme en este capítulo del origen y desarrollo de la ceguera que sumió en la noche durante los últimos años de su vida a don Benito Pérez Galdós, y es fuente de tan especiales emociones porque guarda en todo una similitud asombrosa con los orígenes, desarrollo y reacciones espirituales de la ceguera en que vivió mi inolvidable padre durante más de diez años de su activa existencia.

Don Benito, como veremos en los diversos retratos de épocas varias de su vida, con los que ilustro este capítulo, fué hombre que no usaba lentes de hábito ni aun teniendo ya bastantes años. Disfrutó de buena vista, perfectamente manejada



Galdós en plena juventud.

por sus dotes de observación, sus curiosidades de lector y su enorme actividad de escritor.

(1) Aun cuando no corresponde este capítulo de hoy al orden del estudio que estamos haciendo, le publicamos en gracia a su tema y a la actualidad de este número extraordinario.

Habiendo nacido el año 1843, hasta 1909 ó 1910 no experimenta trastornos que le preocupen en su visión. Parece como si el destino le hubiera guardado para los últimos años de su vida todas las desdichas.

Galdós cuenta por entonces sesenta y siete años.



Galdós en la época de su mayor popularidad.

Los entusiasmos populares decaen. El círculo de amigos y admiradores se estrecha; las complicaciones económicas se dejan sentir, y sobre todo esto comienza don Benito a observar que sus ojos no tienen la claridad de antes.

Según mi fraternal amigo el profesor Gregorio, Marañón, la enfermedad oftálmica de Pérez Galdós estuvo constituida por unas cataratas seniles vulgares, que comenzaron su formación de cinco a seis años antes de ser operadas.

La gran confianza que tenía don Benito en don Alejandro San Martín le llevó a consultar con éste, quien le aconsejó se hiciera asistir y operar por don Manuel Márquez Rodríguez.

La marcha de los trastornos subjetivos de Galdós se refleja en muchas de las novelas y obras que por entonces escribía, en las que siempre se



Galdós en 1909.



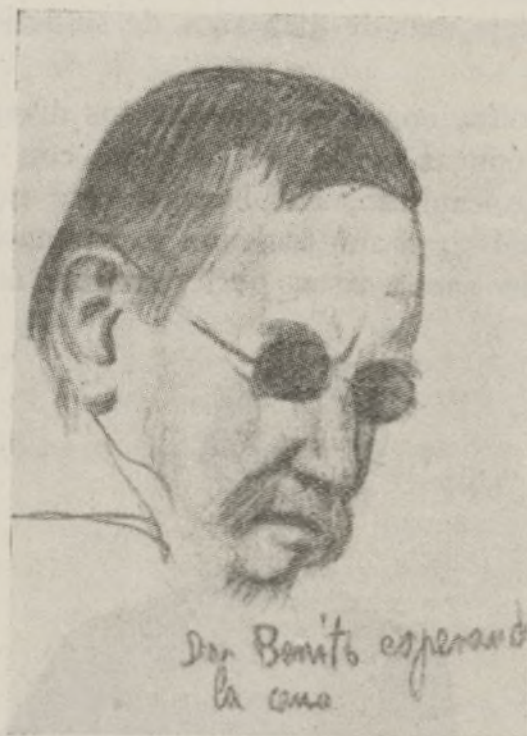
Galdós en los años próximos a su operación.

alude a sus visiones deformadas y fantásticas, debidas al proceso patológico.

Durante cuatro o cinco años fué perdiendo don Benito la vista poco a poco, y en los años 1910 y 1911 ya no podía escribir, dictando sus obras a un amanuense que se llamaba Nogués.

Don Manuel Márquez, desde su primera consulta, le advirtió que tuviera paciencia y que le operaría a su tiempo; pasaron meses y años, pero Márquez nunca estaba satisfecho del curso que llevaba el enfermo, pues había una iritis en el ojo izquierdo que no se acababa de curar.

Es perfectamente lógico que Galdós, cada vez más impaciente, insistiera cerca de Márquez para que se decidiese éste a operarle, y al cabo lo consiguió, y el día 25 de mayo de 1911, según Gregorio Marañón en la casa de Hilarión Eslava, 7,



Galdós, ciego, retratado a lápiz por Victorio Macho.

y según el señor Sáinz de Robles en la calle de Alberto Aguilera, se practicó la operación.

En la biografía del señor Sáinz de Robles se dice que en tal día se operó el ojo izquierdo, el de la iritis, y que quedó dentro un pedazo de cristalino que no fué posible extraer y produjo la ceguera de este ojo. Pocos meses después, añade el señor Sáinz de Robles, se le formó otra catarata en el ojo derecho. Se practicó una nueva operación, que también resultó inútil, y en 1913 Galdós estaba completamente ciego, cuando iba a cumplir los setenta años.

No podemos estar conformes nosotros con estas afirmaciones del señor Sáinz de Robles, pues forzosamente, lógicamente, hemos de estimar más puntual y exacta la descripción que nos ha hecho el profesor Marañón. Según éste, la operación fué desgraciada: el ojo de la iritis no pudo ser operado, sangró mucho; y el otro ojo, que fué operado en la misma sesión, también fué muy difícil.

El resultado fué la ceguera para don Benito, una gran amargura para el profesor Márquez y

una inmensa pena para los amigos y admiradores del genial novelista.

Desde entonces marchaba don Benito al amparo de su lazarillo y escribía sus obras con la ayuda del buen Nogués.

La reacción espiritual de Pérez Galdós a su enorme desgracia fué de ejemplar resignación. Nunca se quejó de lo ocurrido ni consintió que nadie (aunque algunos lo intentaran) criticase delante de él al operador.



Galdós, ciego, genialmente interpretado por Victorio Macho en su monumento en el parque del Retiro.

Nadie le oyó una queja, ni en las horas de mayor intimidad, por su ceguera, ni ésta le turbó un solo instante su natural alegría y su ingenuidad, verdaderamente infantil.

«Todo lo complicado de la vida—me decía Marañón—resbalaba sobre esta secillez de don Benito, que fué lo más admirable de su persona y de su existencia, en la que tantas cosas había que admirar.»

He aquí la descripción de don Benito, hecha por su biógrafo, según se le veía por los años cercanos al 1920:

«Era un anciano alto, huesudo, pálido, encorvado, que caminaba torpe y arrastrando los pies. El bigote le cae sobre la boca, amarillo de nicotina. Le queda una pelambre canosa y lacia. Unas gafas negras le enternecen los ojos sin luz, haciéndolos sospechar dormidos a las miradas pia-

dosas. Viste con descuido prendas sumamente holgadas: un abrigo largo, una bufanda arrollada al cuello, un flexible dejado de cualquier modo sobre la cabeza. Su mano derecha se apoya en un viejo bastón. La zurda se coge al brazo de quien le sirva de lazarillo, y puede ser un servidor leal o un pariente o un amigo. Así le recordamos siempre. Así le vimos asomarse a los escenarios cuando el público le ovacionaba sus últimas obras... *Celia en los infiernos... Alfeste... Sor Simona... El tacaño Salomón... Santa Juana de Castilla...*

Así le vimos en sus paseos cortos por el parque del Oeste; así en el Retiro, sentado en los peldaños de piedra sobre los que Victorio Macho había de alzar su monumento, y, por último, en aquella mañana de enero de 1919, un año antes de su

muerte, en la que con gran atuendo oficial se inauguró la magnífica estatua del Retiro.

Galdós se solía sentar en la base del monumento, a su pies de piedra, apoyando las manos en el bastón y la barbilla en las manos, como otra estatua en que un resto de vida se animaba.»

Después de su ceguera fué víctima Galdós de otros graves padecimientos, en que le consolaba y le asistía nuestro ilustre maestro don Gregorio Marañón; pero al cabo, el día 4 de enero de 1920, hacia la madrugada, entregó su alma a Dios el genial novelista, que siempre tuvo un gran respeto y una gran admiración por la Medicina y por los médicos, que, según quien bien lo entiende, raramente se ha visto en otros.

Es verdad que era un poco la actitud de los hombres de su tiempo; pero también es verdad que don Benito era hombre de perfecta educación.

Reportaje general de la Asamblea

por el
Doctor VESALIO

SESION ADMINISTRATIVA

En cumplimiento de lo que ordena el vigente Reglamento de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, fueron iniciados los trabajos del Congreso celebrando a las diez y media de la mañana del 9 la sesión administrativa, notificándose el estado de cuentas de la Sociedad y procediéndose a elegir los cargos que reglamentariamente deben cesar, que eran el presidente y dos vocales.

La presidencia, que venía ostentándola hasta

SOLEMNE SESION INAUGURAL

En un gran salón del balneario de La Toja, en el que habrían de celebrarse las sesiones científicas, se instaló la presidencia, figurando en el testero un retrato de Franco y las banderas de España y Portugal.

La presidencia oficial del acto la ostentaba el capitán general de la octava Región, teniente general Múgica Buhigas; el doctor don Hermenegildo Arruga; el rector de la Universidad de San-



Grupo de asambleístas ante el autocar en que salieron de Madrid el sábado 7 y llegaron a La Toja en la madrugada del miércoles 11. ¡Cuatro días de viaje!

ahora el ilustre maestro de la Oftalmología doctor don Hermenegildo Arruga Liró, recayó en la no menos destacada personalidad oftalmológica doctor don Emilio Díaz Caneja, actual director de la Casa de Salud Valdecilla, de Santander.

Las dos vacantes de vocales fueron cubiertas por los señores Chavarría y Losada.

Un ilustre oftalmólogo que desea mantener su nombre en el anónimo, dió cuenta de haber creado un premio anual de 5.000 pesetas para el mejor trabajo de la especialidad publicado durante el año por un médico español menor de cuarenta años. El premio primero se titulará «Fernández Valbuena», en recuerdo del ilustre oftalmólogo asturiano fallecido.

El doctor Díaz Caneja propuso crear la medalla «Arruga» como homenaje a este ilustre maestro, y que será otorgada por primera vez dentro de diez años y después cada cinco.

tiago, doctor Legaz Lacambra; el gobernador civil de Pontevedra, señor Ponce de León; el vicedecano de la Facultad de Medicina de Santiago, doctor Echeverri; el jefe provincial de Sanidad de Pontevedra, doctor don Pedro Lozano; una representación del señor arzobispo de la Diócesis; los alcaldes de Pontevedra y de El Grove; los presidentes de los Colegios de Médicos de Pontevedra, don Crescencio González García, y de Lugo, don José Lomas Díaz, y el director médico del Balneario de La Toja, doctor don José de Eleizegui.

Abierta la sesión, se concedió la palabra al secretario general de la Sociedad, doctor don Manuel López Enríquez, que dió lectura a la reglamentaria Memoria de Secretaría, en la que dió cuenta del creciente número de miembros de la Asociación y del más elevado exponente científico de los trabajos llevados a cabo durante el año ac-

tual por los miembros de la misma. Termina su documentada Memoria dedicando un sentido homenaje de cariño y recuerdo a los socios fallecidos.

A continuación fué concedida la palabra al pre-



El doctor Arruga con un grupo de assembleístas.

sidente de la Sociedad, doctor Arruga, que pronunció el siguiente discurso:

«Excelentísimo señor presidente, dignísimas autoridades, queridos colegas, señoras y señores:

Por vigésimacuarta vez se reúne la Sociedad

tra labor diaria, nuestros estudios, nuestras investigaciones y nuestras angustias, ya que poco tranquilos vivimos cuando en nuestras manos tenemos personas amenazadas o ya víctimas de la ceguera que, confían, esperanzadas, en lo que hagamos por ellas y que ocupan día y noche nuestro pensamiento.

Y unidos por este ideal nos encontramos aquí reunidos una vez más.

Esto, para nosotros, señores, es nuestra gran fiesta, la fiesta anual, la fiesta mayor, análoga a lo que sucede en las fiestas mayores del pueblo; pero la nuestra consiste en pasarnos durante unos días seis u ocho horas diarias comunicándonos los resultados de las angustias de que hablaba, ya sean alegrías por haber conseguido salvar a enfermos difíciles, ya sean decepciones cuando no supimos curarlas; pero todo ello con objeto de ayudarnos los unos a los otros en esta difícil misión y volver a nuestro trabajo cotidiano, a oír quejas y luchar contra sus causas, habiendo adquirido datos que nos ayudan a luchar contra la enfermedad, cumpliendo, por tanto, con nuestra misión.

Y esta fiesta mayor es la que esperamos con ilusión de un año para otro, y que para la mayoría son estos días los únicos en que durante el año abandonamos nuestros pacientes.

Es exponente del trabajo de esta Sociedad la pu-



Aspecto panorámico del banquete inaugural.

Oftalmológica Hispano-Americana, que, fundada en 1904, ha venido repitiendo regularmente sus Congresos.

Somos un grupo de hombres unidos por un mismo destino: luchar contra las enfermedades oculares y la ceguera. A este ideal dedicamos nues-

blicación de nuestra revista, que hoy día goza de una destacada categoría en la Prensa científica mundial, habiendo batido el pasado año nuestro «record» de cantidad y calidad de trabajos. Con ello realizamos una labor patria, enalteciendo el nombre de España, como es nuestro deber.

En nombre de la Sociedad que presido, rindo homenaje de gratitud a las dignísimas autoridades que han tenido a bien honrarnos con su presencia, y elevando la categoría de este acto, a la protección que nos han dispensado, sin cuyo concurso estas reuniones serían muy difíciles.

Doy también las gracias más efusivas a la laboriosa Comisión organizadora por su exitosa labor; a nuestro activísimo secretario y a todos los asistentes, sobre todo a los venidos de lejos y especialmente a nuestros colegas portugueses. Todos juntos contribuimos a satisfacer nuestros ideales, que son: primero, luchar en beneficio de nuestros enfermos; segundo, cumplir nuestra misión social con dignidad y conciencia tranquila, y tercero, enaltecer el nombre de España en el ámbito de la ciencia mundial.»

El general Múgica pronunció unas breves palabras de congratulación por el espíritu laborioso de los congresistas y de estímulo para que continúen desarrollando con el máximo entusiasmo trabajos de investigación en su especialidad y alabando la patriótica labor que realiza la Sociedad Oftalmológica.

Levantada la sesión, se procedió a inaugurar la Exposición aneja a la misma, instalada en el mismo pabellón, y a la que concurren Casas de tanto prestigio dentro de la especialidad oftalmológica como Ulloa, Juste, Nicolich, Ciba, Cusi, Geigy, Fruntost, Vergés y Oliveres, Davur y Collado. Los médicos concurrentes a la inauguración fueron obsequiados con muestras y literatura de las principales especialidades.

Inmediatamente después de inaugurado el Congreso se celebró en el suntuoso comedor del Gran Hotel el banquete de apertura, presidido por las mismas autoridades asistentes al acto inaugural, amenizando la comida la orquesta del Gran Hotel, que interpretó al final los himnos nacionales portugueses y español.

A los postres fueron leídos telegramas de adhesión del presidente de la Diputación Provincial de La Coruña y alcalde de la misma capital, del capitán general del Departamento marítimo de El Ferrol, del jefe provincial de Sanidad de La Coruña, etc., etc.

PRIMERA SESION CIENTIFICA

Bajo la presidencia del doctor Arruga se celebró la primera sesión científica, dando lectura a la ponencia oficial sobre «Etiopatogenia del glaucoma» el doctor don Angel Moréu González Pola, profesor auxiliar de la especialidad en la Universidad de Valencia y secretario del Colegio Oficial de Médicos levantino. Terminada la lectura de la interesante monografía, fué sometida a discusión, interviniendo los doctores Díaz Caneja, Soria Escudero, Leoz Ortín, Marín Amat, Costi, Romero Robles, Ríos Sasiain, Deán Guelbenzu, López En-

riquez, Arjona Trapote, Sal Lence y Alvarez, rectificando el autor, que contestó una por una las intervenciones motivadas y resultando una sesión interesantísima por todos conceptos.

LAS SESIONES DEL MARTES

El día 10 fué íntegramente dedicado a la labor científica. La primera sesión, celebrada a las diez y media de la mañana, fué presidida por los doctores Senna, de Lisboa, y Belmonte Dumont, de Albacete, presentándose las siguientes comunicaciones: Doctor don M. Suárez Villafranca, de Santiago de Compostela, sobre «Malformación de las vías lacrimales. Estudio embriológico»; doctor don F. A. Chavarría López, de Calahorra, sobre «Voluminoso pólipo del saco lagrimal, curado sin intervención»; doctor don B. Carreras Durán, de Madrid, sobre «Aportaciones técnicas a la dacriocistorrinostomía»; doctor don M. Marín Amat, de Madrid, sobre «Importancia de la sutura profunda en el éxito de la dacriocistorrinostomía»; doctor Romero Robles, de Motril, sobre «Técnica operativa del simblefarón posterior»; doctores Costi y Larrú, de Madrid, sobre «Tratamiento de las neoplasias oculares por la roentgenterapia de Chaoul»; doctor Mata López, de León, sobre «La vitamina P (vitamina de la permeabilidad) en Oftalmología»; doctor Deán Guenbelzu, de Tudela, sobre «Coloidometría del humor acuoso».

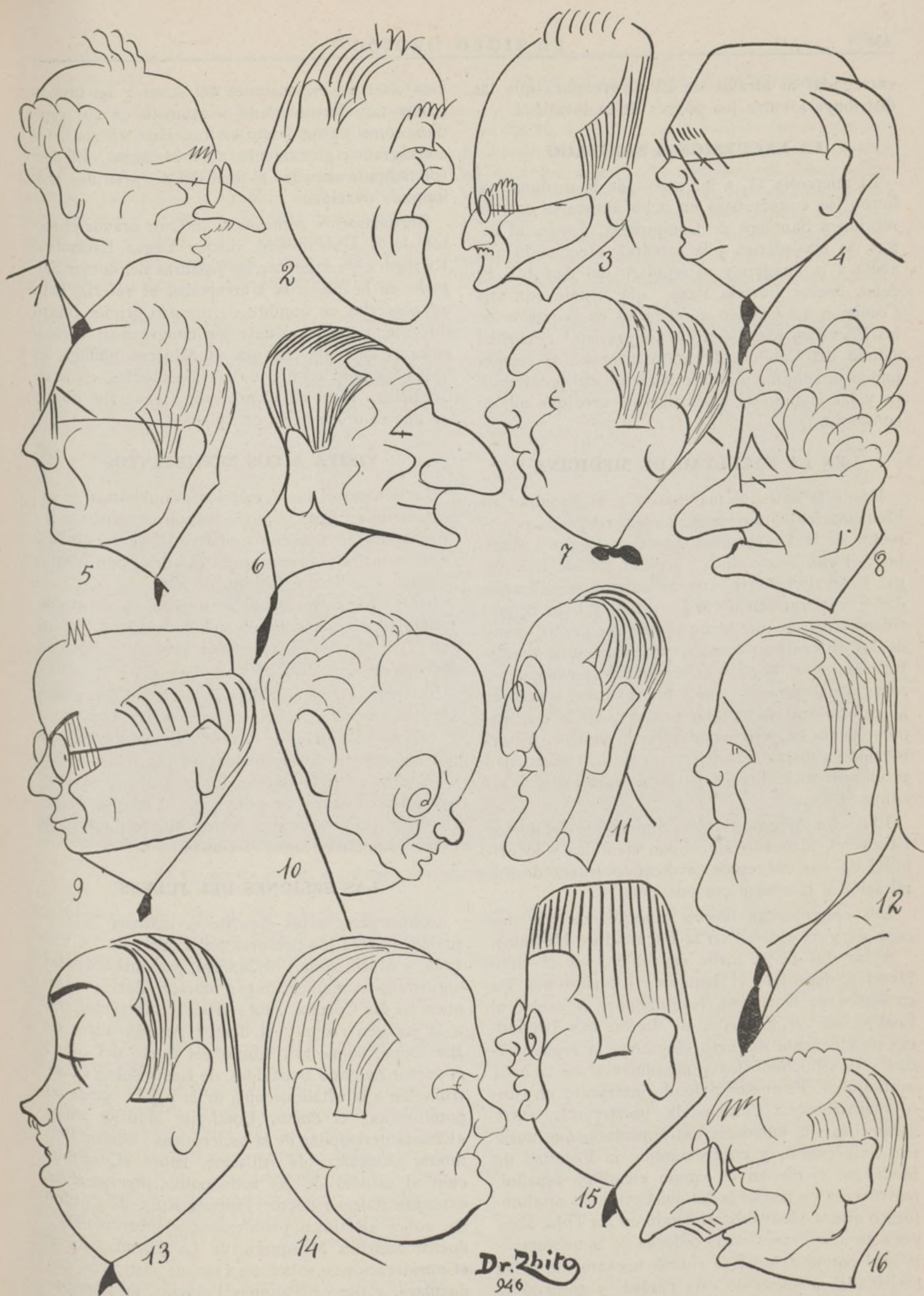
Con motivo de estas comunicaciones, intervinieron con atinados comentarios e interesantes casos clínicos numerosos congresistas.

A las cuatro y media de la tarde se reanudó la sesión bajo la presidencia del doctor Carreras Durán, catedrático de la especialidad en la Facultad de Medicina de Madrid, presentando comunicaciones los doctores siguientes: don Hermenegildo Arruga Liró, de Barcelona, sobre «La tenotomía graduable simplificada»; el doctor Crespi Jaume, de Madrid, sobre «Hemorragias persistentes en cámara anterior»; el doctor Leoz Ortín, de Madrid, sobre «Las infecciones oculares endógenas postoperatorias»; el doctor Vila Coro, de Barcelona, sobre «Abscesos localizados intraoculares», y el doctor Sánchez Mosquera, de La Coruña, sobre «Penicilino-terapia preventiva en la operación de la catarata».

En la discusión de estas comunicaciones intervinieron numerosos compañeros.

Terminada la sesión, los congresistas se trasladaron al vecino pueblo de El Grove, que los recibió engalanado, y dando la bienvenida al doctor Arruga y sus compañeros el alcalde, don Ricardo Pérez. Después de dar un maravilloso paseo en motoras por la ría, fueron obsequiados con una mariscada.

A propuesta de los doctores Arruga y Soria, se efectuó una colecta entre todos los concurrentes, que produjo varios miles de pesetas, y que fueron



DIECISEIS CONGRESISTAS VISTOS A TRAVES DE LA ESTILOGRAFICA DEL «DOCTOR ZHITO»
 1. Arruga, de Barcelona.—2. Salgado, de León.—3. Castro Carmona, de La Coruña.—4. Díaz Caneja, de Santan-
 der.—5. Arjona, de Madrid.—6. Villafranca, de Santiago.—7. Jiménez, de Córdoba.—8. Morón, de Sevilla.—9. Ca-
 rreras, de Madrid.—10. Saracibar, de Valladolid.—11. Belmonte, de Albacete.—12. Puga, de La Coruña.—13. Díez
 del Corral, de Lugo.—14. Echeverri, de Santiago.—15. Cerveira, de Coimbra.—16. Amias, de Bilbao.

entregadas al alcalde de El Grove para que las distribuyera entre los pobres de la localidad.

LA EXCURSION A SANTIAGO

El miércoles 11, a las nueve de la mañana, salieron los congresistas en ocho autocares con dirección a Santiago de Compostela, donde, al llegar, se trasladaron a la catedral, efectuando una visita a la imagen y al sepulcro del Apóstol. El deán, doctor Portela Pazos, que acudió con una Comisión del Cabildo a recibirles en la puerta de las Platerías, expresó a los congresistas el cordial saludo del Cabildo. Durante la visita al templo pudieron admirar el funcionamiento del botafumeiro y las cuantiosas maravillas de arte que allí se conservan.

EN LA FACULTAD DE MEDICINA

Desde la catedral marcharon a la Facultad de Medicina los congresistas, siendo recibidos por el rector de la Universidad, profesor Legaz Lacambra; el vicedecano de la Facultad, doctor don Angel Jorge Echeverri, y otras autoridades. Trasladados al paraninfo de la Facultad, y bajo la presidencia del doctor Arruga y del rector, así como de las autoridades locales, pronunció una magistral lección el doctor Echeverri, desarrollando el tema «Conceptos clásicos y nuevas ideas acerca de la embriología del globo ocular», de la que damos cuenta en otro lugar de este número. Y terminada su disertación, el rector de la Universidad pronunció unas breves palabras saludando a los congresistas.

El doctor Arruga glosó la conferencia del doctor Echeverri, alabando su calidad científica y lo original de sus conceptos, dedicando frases de admiración a la ciudad compostelana.

Los congresistas fueron obsequiados con una copa de vino español en la Facultad de Medicina.

A las dos de la tarde se celebró en el Gran Hotel Compostela el banquete ofrecido por las entidades de la región, levantándose a hablar al final el doctor Salgado, de León, que pronunció un elocuente discurso elogiando la espiritualidad y el sello histórico y monumental de la urbe santiaguesa. El doctor Salgado interpretó un canto maravilloso a Compostela, ponderando, entre otras cosas, la influencia extraordinaria que nuestra Universidad, y concretamente la Facultad de Medicina, ejerce en el campo científico español, patentizada en las jornadas del Congreso oftalmológico que se viene desarrollando en La Toja. Después de unas frases enaltecedoras de la monumentalidad compostelana, se refirió nuevamente a las actividades médicas de esta ciudad, y recordó la figura inmarcesible del doctor Nóvoa Santos. Dedicó a esta insigne personalidad, ya desaparecida para siempre, un recuerdo de profunda emoción, diciendo que él era el animador constante de toda

esta clase de expansiones del saber y un investigador tan documentado y atinente en sus estudios como éxitos hubo de cosechar en sus años consagrados plenamente a la Medicina. El doctor Salgado escuchó al final del discurso una prolongada ovación.

Seguidamente contestó al anterior orador el rector de la Universidad, doctor Legaz Lacambra. Recogió especialmente las palabras del doctor Salgado en lo que a la Universidad se refería, para agradecerlas en nombre de nuestro primer centro docente, y reafirmó ante los congresistas comensales la simpatía con que la Minerva gallega les había recibido en una de sus Facultades, en la de Medicina. También el profesor Legaz fué objeto de una calurosa salva de aplausos.

VISITA A LOS MONUMENTOS

Terminado el banquete, los asambleístas se organizaron en grupos, y efectuaron una visita a los principales monumentos artísticos de la ciudad. Visitaron preferentemente la catedral, San Martín Pinario y la Real Colegiata de Sar.

Todos los congresistas se mostraban extraordinariamente satisfechos de su estancia en Compostela, que ha sido un magnífico lugar para vivir la jornada de descanso.

Terminado el recorrido por la ciudad, los asambleístas emprendieron el regreso a La Toja poco después de las ocho de la tarde, siendo despedidos por las autoridades académicas, a las que, por mediación de sus más destacados elementos, hicieron demostraciones de acendrada gratitud por la serie de atenciones de que fueron objeto durante su breve estancia en nuestra ciudad.

LAS SESIONES DEL JUEVES

Comenzaron a las diez de la mañana bajo la presidencia de los doctores Sal Lence, de La Coruña, y Marín Amat, de Madrid, presentándose las siguientes comunicaciones: doctor García Márquez, de La Coruña, sobre «Refractorretinometría a la imagen recta»; el doctor Arruga Liró, de Barcelona, sobre «El dibujo del fondo del ojo»; el doctor Salgado Benavides, de León, sobre «Contribución a la oftalmoscopia de la papila óptica no patológica»; el doctor Costi, de Madrid, sobre «Ectasia peripapilar de la esclerótica»; doctor Belmonte González, de Albacete, sobre «Contribución al estudio de las retinopatías hipertensivas experimentales»; doctor Jiménez Ruiz, de Córdoba, sobre «Retinitis proliferante y tuberculosis»; doctor Sánchez Mosquera, de La Coruña, sobre «Consideraciones sobre un caso de cisticerco en el ojo», y doctor Palomar Palomar, de Zaragoza, sobre «La medicación anticoagulante (heparina, dicumarina) en el tratamiento de las trombosis de las venas retinianas». En la discusión de estas comunicaciones intervinieron los doctores Ma-

rio Esteban, López Enríquez, Sal Lence, Díaz Caneja, Leoz, Moréu, Soria, Mata y Villafranca.

A las cuatro de la tarde se reanudaron las sesiones bajo la presidencia de los doctores Saracíbar y Díaz Caneja, presentándose las siguientes comunicaciones: doctor Arjona Trapote, sobre «Enseñanzas deducidas de 2.000 operaciones de cataratas»; doctor Leoz y Ortín, sobre «La operación de la catarata en las miopías altas»; doctor Vila Coro, de Barcelona, sobre «El método de Fukala para el

NUEVAS SESIONES CIENTIFICAS

El día 13, a las diez de la mañana, se reunieron de nuevo los congresistas bajo la presidencia de los doctores don Mario Esteban, de Madrid, y Villanueva Castro, de Santiago, presentándose los siguientes trabajos: doctor Beiras García, de Vigo, sobre «Conjuntivitis seca y queratitis filamentosa en el síndrome de Sjögren»; el doctor Leoz de la Fuente, sobre «Queratitis filamentosa asociada a



Su Excelencia el Jefe del Estado conversando con los assembleístas de La Toja.

tratamiento quirúrgico de la miopía maligna»; doctor Carreras Durán, de Madrid, «Manifestaciones oculares en la porfiria congénita»; doctor Gallago Asorey, de Santiago, sobre «Queratomalacia seguida de muerte»; doctor López Domínguez, de Madrid, sobre «Ensayo de sistematización del estrabismo y algunas derivaciones sobre su terapéutica».

En la discusión de estas comunicaciones intervinieron los doctores Arruga, Sal Lence, Chavarría, Deán, Achúcarro, Robles, Beiras, Leoz y Alvarez.

Al terminar las sesiones científicas tuvo lugar, a las siete de la tarde, y organizada por la Comisión del Congreso, una fiesta folklórica a cargo de la masa de Educación y Descanso de Pontevedra, que actuó con general aplauso en la plaza del Gran Hotel.

A las diez de la noche, las casas y laboratorios de productos y material oftalmológico obsequiaron con un banquete a los assembleístas, que se celebró en el comedor del Gran Hotel, interpretando durante la comida varias obras típicas gallegas el coro de Educación y Descanso de Pontevedra.

queratitis en parrilla»; doctores Bartolozzi y Leoz de la Fuente, sobre «Degeneración grasienta de la córnea»; doctor Chavarría Iriarte, de Calahorra, sobre «Degeneración conjuntivovascular, circular y progresiva de la córnea»; doctor Crespi Jaume, de Madrid, sobre «Coloboma de la córnea», y doctor Mata López, de León, sobre «Tratamiento de la úlcera serpiginosa con penicilina».

En la discusión de estas comunicaciones intervinieron los doctores Arruga, Beiras, Esteban, Moréu, Sal Lence, Belmonte, Costi, Carreras Durán, Leoz (padre e hijo), Barreiro, Romero Robles y Bascarán.

La tarde de este día fué dedicada a una excursión en autocares al monasterio de Poyo, de los Padres mercedarios, donde fueron recibidos por el rector, P. Alfredo. Los visitantes recorrieron el claustro y las dependencias del convento, pasando después a la iglesia, donde se cantó una salve por toda la comunidad.

Terminada esta visita, se continuó el viaje a la Escuela Naval Militar de Marín, donde los congresistas fueron saludados en la persona del doc-

tor Arruga por el director de la Escuela, don Alejandro Molina, y, divididos en grupos, visitaron todas las dependencias de la Escuela, haciendo grandes elogios de la magnífica instalación, y siendo obsequiados después con un espléndido *lunch*.

ULTIMA SESION CIENTIFICA

A las diez de la mañana del sábado 14, y bajo la presidencia de los doctores Losada, de La Coruña, y Villafranca, de Santiago, fueron presentadas las siguientes comunicaciones: doctor Arriaga Cantullera, de Sevilla, sobre «Traumatismo craneofacial con queratitis neuromuscular»; doctor Bartolozzi, de Madrid, sobre «Importancia oftalmológica de ciertas anomalías de la silla turca»; doctor Sal Lence, de La Coruña, sobre «Comunicación axónica de las fibras retinianas y fenómenos íntimos de la visión»; doctor Mario Esteban Arangué, de Madrid, sobre «Valor semiológico de las sensaciones cromáticas anormales. I. Las percepciones cromáticas defectuosas. II. Las percepciones cromáticas erróneas y falsas. III. Las sensaciones cromáticas imaginarias»; doctor Morón Salas, de Sevilla, sobre «¿Qué se puede esperar del radar para ciegos? y «Dos cuestiones relativas a la práctica de la refracción»; doctor Poyales Ureña, de Madrid, sobre «Cristales de contacto»; doctor Soria Escudero, de Barcelona, sobre «La tolerancia del globo ocular frente a los cuerpos extraños alojados dentro de él» y «Doble perforación ocular»; doctor Cortés de los Reyes, de Valencia, sobre «Afaquia y aniridia traumática por contusión del globo ocular»; doctor Salgado Benavides, de León, sobre «Nota clínica sobre un caso de terigión», y doctor Arriaga Cantullera, de Sevilla, sobre «Sulfamidas y tracoma».

En la discusión de estas comunicaciones intervinieron los doctores Belmonte, Arruga, Moréu, Díaz Caneja, Ríos Sasjaín, Romero, Pardo Vega, Leoz Ortín, Chavarría López, Sánchez Mosquera, López Domínguez, Seco, Cortés de los Reyes, Barreiro, Tena, López Enríquez y Villafranca, terminándose la sesión por la tarde, y siendo interrumpida para complimentar a S. E. el Jefe del Estado, que llegó a La Toja, procedente de Sangenjo, de paso para el pazo de Meirás, recogiendo en el balneario a su esposa e hija que habían permanecido en el mismo durante todo el Congreso.

LA LLEGADA DEL GENERALISIMO

A las siete y cuarto de la tarde llegó a La Toja S. E. el Jefe del Estado, acompañado del ministro de Marina, jefe de la Casa Militar y otras personalidades. En la puerta del hotel fué recibido por el comandante de Marina de Villagarcía, alcalde de El Grove, jefe accidental de la Casa ci-

vil, marqués de Riestra y el doctor Arruga con los miembros de la Directiva y todos los congresistas.

La llegada del Jefe del Estado fué acogida con vítores y aclamaciones. Después de ser cumplimentado por las autoridades, el Caudillo pasó al vestíbulo del hotel, donde saludó a su esposa e hija, que precisamente celebraba su cumpleaños ese día.

El doctor Arruga expresó al Caudillo el reconocimiento de la clase médica, y, especialmente, de los oftalmólogos reunidos en La Toja, por el honor que les dispensaba con su presencia cuando se encontraban celebrando sus sesiones. Reiteró la expresión de homenaje como médico, en nombre propio y en el de sus compañeros, por la legislación del nuevo Estado en favor de los enfermos y de la clase médica y por cuanto representa la dirección de un país en las circunstancias por las que atraviesa el mundo, evitando la conflagración y velando por la paz de la patria.

El Jefe del Estado le contestó con breves palabras, poniendo de manifiesto su gratitud al eminente doctor Arruga, y haciendo constar la labor tan abnegada que los médicos españoles realizan con sus tareas en favor de la salud pública.

A continuación, Su Excelencia pasó entre los congresistas que le aclamaron y vitorearon con entusiasmo. Después de permanecer una hora en el hotel, abandonó La Toja, acompañado de su séquito, con dirección a Pontevedra.

Fué despedido con las mismas muestras de entusiasmo y cariño que se le tributaron a su llegada.

SESION DE CLAUSURA

Reanudada la sesión, ocuparon la presidencia los doctores Arruga y Sánchez Mosquera, y, terminada la discusión de las comunicaciones científicas, pasaron a ocupar la presidencia los miembros directivos para comenzar el acto de clausura de la Asamblea, ocupando entre ellos un puesto la doctora Soriano. Abierta esta sesión, se acordó señalar la ponencia para el año 1950, y que se desarrollará sobre el tema «Neuritis retrobulbar», siendo designado ponente el doctor Mata. A continuación se procedió a la lectura y modificación de algunos artículos del Reglamento de la entidad. Procedióse, igualmente, al nombramiento de nuevos vocales, recayendo los cargos en los señores Chavarría y Losada, y se ratificó el nombramiento de nuevo presidente en el doctor Díaz Caneja.

Terminada la parte administrativa de la sesión de clausura, se levantó a hablar el doctor Leoz Ortín, que dedicó una sentida glosa a la labor que, como presidente, ha realizado el doctor Arruga, de quien hizo encendidos y justos elogios, abrazándole como acto de despedida en nombre de

todos los asambleístas. Todos los asistentes a la Asamblea, puestos en pie, tributaron al doctor Arruga una gran ovación.

El doctor Arruga recoge las palabras tributadas como elogio a la labor que, dice, ha sido avalorada al frente de la Sociedad por la labor de empuje e iniciativa desplegada por el doctor Leoz desde 1904, dando una verdadera marcha ascendente a la entidad. Tiene palabras emocionadas para agradecer a todos los asambleístas el homenaje de cariño que se le tributa, pidiendo que todo lo que haga en su esfuerzo personal lo realizará

ciencia médica española. Recuerda una frase de Pasteur que decía que la ciencia no tiene patria, y él dice que los hombres de ciencia sí la tienen, y pone como claro ejemplo al doctor Arruga. Manifestó su deseo, y así se acordó, de dar las gracias al ministro de Educación Nacional, tanto por la concesión, ya realizada, de la imposición de la Gran Cruz de Alfonso X el Sabio al doctor Arruga como por la designación del mismo de consejero de honor en el Consejo de Investigaciones Científicas.

Por aclamación, el doctor Arruga fué nombra-



Desde la misma mesa en que habitualmente almorzaba, nuestro enviado especial al Congreso Oftalmológico de La Toja, doctor Fernán Pérez, obtuvo esta fotografía, en la que aparece la excelentísima señora doña Carmen Polo de Franco y su bella hija Carmencita Franco. En primer término se ve al ilustre marqués de Riestra, director y consejero delegado de La Toja.

siempre pensando en todos los compañeros. Una salva de aplausos acogió sus palabras.

En nombre de los doctores portugueses, el doctor Senna se adhiere a las palabras en honor del doctor Arruga, y lo abraza como expresión de cariño y admiración hacia él verdaderamente sentidas.

El doctor Díaz Caneja, nuevo presidente de la entidad, pronuncia un bello discurso resaltando la hermandad y cordialidad de todos los componentes de la Sociedad Oftalmológica, y expresa su confianza de que, tras la buena siembra hecha por el doctor Arruga al frente de todos ellos y con la excelente colaboración de los compañeros, llevará con buen rumbo la nave de la entidad.

Al igual que los anteriores oradores, tuvo palabras de gran emoción para resaltar los méritos que concurren en la ilustre figura del doctor Arruga, que tantos laureles ha conquistado para la

dó presidente honorario permanente de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana.

Entre grandes aplausos al presidente saliente, doctor Arruga, y al entrante, Díaz Caneja, quedó clausurada la XXIV Asamblea Oftalmológica.

BANQUETE DE GALA

Por la noche se ha celebrado un banquete de gala, seguido de animada fiesta, en el Gran Hotel como despedida de los asambleístas, que al siguiente día emprenderán el regreso a sus residencias.

OBSEQUIO A LOS POBRES DE EL GROVE

Después de la sesión de clausura, el doctor Arruga, con otros miembros de la Directiva de la Sociedad Oftalmológica, se trasladó a la villa de El Grove, con objeto de distribuir, en prendas de

abrigo, mantas y otras cosas, a noventa y dos pobres, el producto de la colecta efectuada entre los oftalmólogos el día en que se hizo la jira marítima por El Grove y la mariscada «maríneira». Después de la entrega de estas prendas se sirvió a los pobres una cena.

UN LIBRO DEL DOCTOR ARRUGA

Puede afirmarse, sin temor a rectificaciones, que lo más trascendental de todo lo aportado al Congreso Oftalmológico de La Toja ha sido la presentación, por el doctor Arruga, de su monumental obra titulada *Cirugía ocular*, volumen en cuarto de 888 páginas de excelente papel couché, profusamente ilustrada con 1.099 grabados en negro y 119 en tricolor, que lleva en la guarda un grabado caligráfico del autor que dice así: «A mis colegas, Arruga.»

En el prólogo dice su autor: «Como quiera que este libro no viene a llenar ningún vacío, ya que existen varias obras de Cirugía ocular relativamente recientes, creo del caso justificar su publicación.

En mis viajes por el extranjero durante el período de la guerra civil española, después de las sesiones operatorias, numerosos colegas, a muchos de los cuales debo gratitud inmensa, me pidieron la publicación de un libro de Cirugía ocular.

Al reintegrarme a Barcelona, muchos colegas compatriotas me hicieron la misma petición, distinguiéndome en nuestras reuniones científicas con muestras de consideración y afecto cordial, que nunca podré olvidar.

Puesto a reflexionar sobre estas deudas de gratitud contraídas, no pude menos de considerar que las palabras de agradecimiento con que en su día respondía a las demostraciones de mis colegas, no eran lo suficiente, y tenía que demostrar mi gratitud con hechos, por lo cual me impuse la obligación de publicar este libro y dedicárselo.

Por otra parte, tanto la edición española como las extranjeras de mi trabajo sobre el desprendimiento de retina, publicado en 1936, quedaron agotadas en 1940 y 1941, y se me ha pedido con insistencia la publicación de una segunda edición.

He tenido especial empeño en que esta obra no fuera exclusivamente la exposición de la Cirugía que yo practico, pues aunque yo la crea la más recomendable por ser la que mejor se adapta a mis aptitudes, y aunque algunos colegas así lo hubieran preferido, he adoptado la norma de exponer, al lado de las técnicas que considero más ventajosas, las que hoy se practican por las personalidades más destacadas de la Cirugía oftalmológica mundial, por creer que ello es lo que más interesa a la mayoría de los colegas, facilitándoles así la ocasión de escoger las modalidades técnicas que mejor se acomoden a su manera de actuar.

El método seguido en la gestación de esta obra

es el siguiente: He redactado cada capítulo según mi experiencia personal; después he consultado los tratados de Cirugía publicados y los he comparado con el mío, utilizando de su contenido lo que me ha parecido interesante y corrigiendo a veces tal cual deficiencia de mi trabajo original. Finalmente, lo he completado con los datos y nuevas aportaciones aparecidos en las revistas de la especialidad y que previamente había seleccionado como interesantes.»

Y termina indicando las obras y monografías consultadas y agradeciendo al dibujante y a la Casa editorial el exquisito cuidado puesto en la presentación de la obra.

Este libro monumental está dividido en dieciséis capítulos, que estudian minuciosamente las siguientes cuestiones: I. Generalidades de la Cirugía ocular.—II. Cirugía de los párpados.—III. Cirugía de las vías lagrimales.—IV. Cirugía de la conjuntiva.—V. Cirugía de la córnea.—VI. Cirugía de la esclerótica.—VII. Cirugía del iris.—VIII. Cirugía del cuerpo ciliar de la coroides.—IX. Cirugía del cristalino.—X. Tratamiento quirúrgico del desprendimiento de retina.—XI. Cirugía del glaucoma.—XII. Cirugía de los músculos.—XIII. Cirugía del globo ocular.—XIV. Cirugía del vítreo.—XV. Cirugía de la órbita.—XVI. Cuerpos extraños intraoculares.

Cada uno de estos capítulos va avalorado, al final del mismo, con una profusa y minuciosamente detallada bibliografía. Al final de la obra existe un índice alfabético de autores y otro de materias que facilita considerablemente su manejo. La presentación es lujosísima y a tono con su excepcional importancia científica.

EL BALNEARIO DE LA TOJA

Puede afirmarse, sin temor a caer en la hipérbole, que la isla de La Toja es uno de los lugares más bellos de España. El hecho de ostentar el cargo de médico director de este Balneario el doctor don José de Eleizegui, nuestro muy ilustre amigo, nos ha permitido dedicar largo tiempo al comentario sobre las excepcionales cualidades de sus aguas.

El doctor Eleizegui dispone de un amplio y bien amueblado despacho de consulta en el Balneario, que comunica con una completa Clínica de reconocimiento y exploración, en cuyas tareas le ayuda eficazmente un auxiliar sanitario que ostenta nada menos que el cargo de juez municipal en el vecino pueblo de El Grove, del que sólo le separa el puente que une a la isla con la península y que él recorre fácilmente en su bicicleta.

Durante el Congreso han sido pocos los congresistas numerarios y agregados que no han hecho uso, siquiera haya sido por curiosidad, de estos baños, para lo que el doctor Eleizegui ha dado toda clase de facilidades.

En una de nuestras charlas con el doctor Eleizegui, nos ha dado a conocer los siguientes datos, resumidos, sobre las cualidades terapéuticas de los manantiales de La Toja:

—Sus aguas son cloruradosódicas, litinarseni-

doso, prúriga de hebra y psoriasis, así como las manifestaciones de raquitismo y del aparato locomotor, sobre todo las de tipo reumático.

Sorprende la rapidez de su actuación terapéutica como cicatrizante y eudérmica; cómo repara



Pabellón del balneario de La Toja.

cales, eminentemente radiactivas, de temperaturas variables en sus diversos manantiales, meso e hipertermiales, de idéntica composición, pero de dis-



El doctor Eleizegui en su despacho de médico director del balneario de La Toja.

tinta temperatura. La fuente de bebida emerge a 24°; el manantial antirreumático hipertermal, a 40°; el «Asunción» y el «Ventura», a 50°; el número 4, a 54°, y el «Fernando», a 55°.

Los lodos sedimentados por esta agua mineral son tan tenues como abundantes, y a ellos es debido el color amarillento de estas aguas.

Las principales indicaciones de estas aguas son las escrofulotuberculosis cutáneas, mucosas, ganglionares, osteoartríticas; ciertas formas de dermatosis como los eczemas, impétigo, eritema nu-

las pérdidas de sustancia y atenúa y suprime el prurito, suprimiendo infartos, resolviendo las queratoconjuntivitis y rinofaringitis, etc., etc. Estos manantiales tienen una marcada acción vigorizadora de las defensas orgánicas.

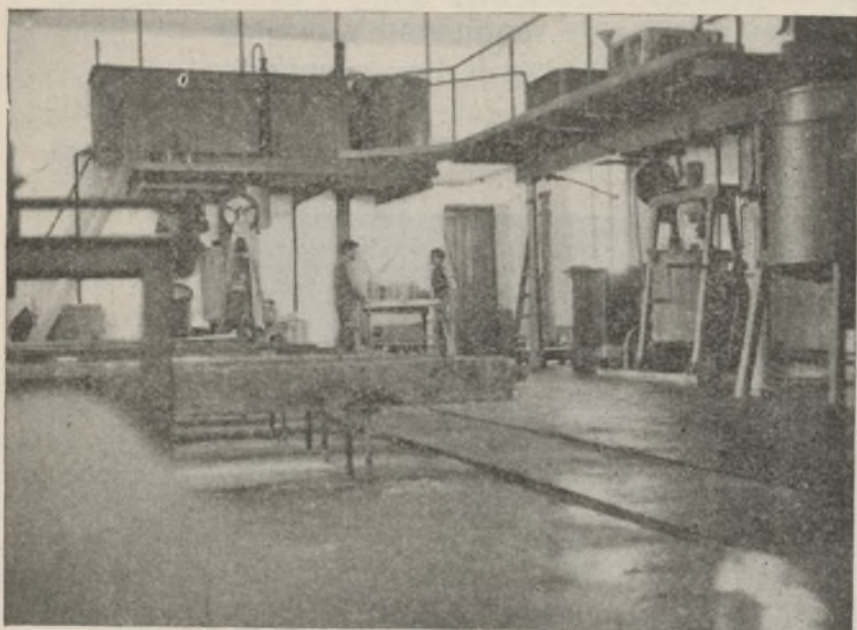
—¿Qué contraindicaciones tienen estas aguas? —hemos preguntado.

—No deben venir a La Toja los tuberculosos pulmonares, hemoptoicos y febriles; los arteriosclerosos y ateromatosos con hipertensión arterial y tendencia apoplética; los cardíacos descompensados, los nefríticos y gotosos, aun cuando actúen beneficiosamente siempre en los reumáticos.

Como habrá usted podido apreciar en los días que lleva con nosotros, el clima es de una suavidad extraordinaria, gozando de una acción sedan-



Una habitación del gran hotel de La Toja.



Galería de máquinas de La Toja.

te maravillosa. A usted, tan inquieto siempre, le sentaría maravillosamente una temporada de un mes de reposo en esta isla, pero sin Congreso, ni reportajes, ni fotografías, ni caricaturas. Leer y pensar, comer y dormir y algún paseo a El Grove para bajar la línea demasiado redondeada que usted ostenta.

—No me estaría mal. En cuanto tenga un mes libre, me tiene usted aquí.

DOCTOR ZHITO.

LOS PRODUCTOS DE LA TOJA

Cada uno de los congresistas, numerarios y agregados, que asistieron al Congreso de La Toja fueron amablemente obsequiados con un magnífico estuche en el que habían sido colocados artísticamente un frasco de Colonia La Toja 1492; una pastilla de jabón transparente, especial para cutis secos; una pastilla de jabón flotante, especial para el baño; otra de jabón de sales de aguas número 1, para cutis grasos y propio para aguas salobres; otra, también de sales de aguas número 2, para cutis secos e impropia para aguas salobres; un tubo de la pasta dentífrica a base de sales de

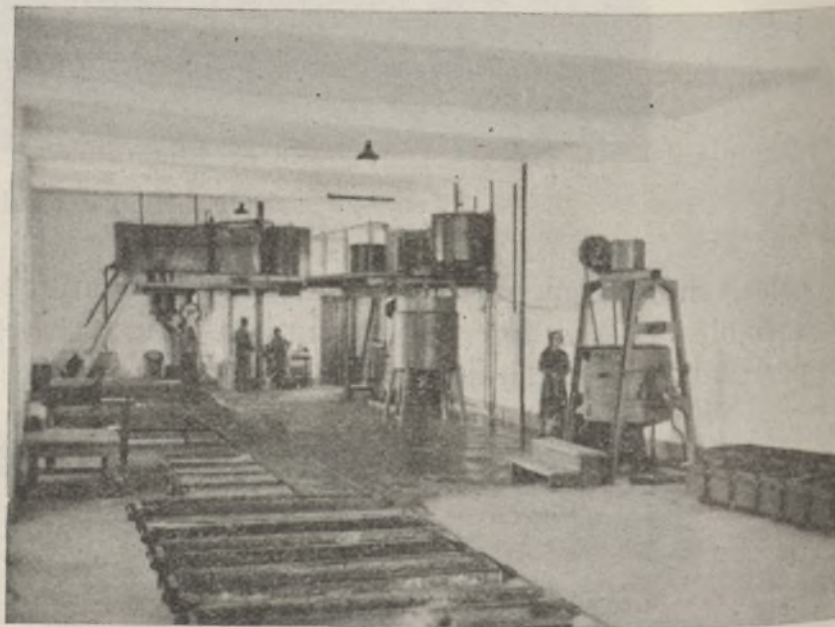


Batería de depósitos de materias primas.

La Toja; otro tubo de crema Universal, a base de las mismas sales; otro tubo de crema de jabón para afeitar marca La Toja, y ocho tubos de pomadas medicinales de La Toja, especialmente elaboradas, de los que vamos a dar una ligera idea a continuación.

Para documentarnos todo lo mejor posible, fuimos a visitar la fábrica de estos productos, instalada en edificio *ad hoc* en la misma isla, bajo la dirección del ingeniero químico don Carlos Pfaff, del farmacéutico don Eduardo Mosquera y la facultativa del ilustre dermatólogo madrileño don Juan de Dios García Ayuso, jefe del Dispensario Médico Escolar de Madrid y médico director de Establecimientos Balnearios y Aguas mineromedicinales.

Nos recibieron en la fábrica con una amabilidad que nunca agradeceremos bastante, el señor marqués de Riestra, como consejero delegado de la S. A. La Toja, y el ingeniero señor Pfaff (que en



La fábrica de jabones de La Toja.

castellano quiere decir sacerdote), y mientras visitábamos las instalaciones nuestra cámara iba fijando con su objetivo diversos aspectos de las mismas, aun cuando la mayor parte de los locales se encuentran en obras y no pudieron ser fotografiados; pero con las pruebas obtenidas, que ilustran este reportaje, puede darse cabal cuenta el lector de la excepcional importancia de esta industria, que tiene establecidas Casas propias en Londres, Nueva York y Buenos Aires.

Nos obsequiaron con dos interesantísimos folletos, originales del doctor García Ayuso, respectivamente, titulados: «Estudio clínico sobre la acción de las aguas de La Toja en las enfermedades de la piel», muy documentado trabajo, a la altura de las publicaciones científicas del autor, y otro «Las pomadas medicinales de La Toja», interesante estudio clínico, del que vamos a recoger lo más esencial para dar cuenta al lector de las características de esta terapéutica a base de las propiedades salutíferas de tiempo inmemorial reconocidas a estos manantiales.

«La acreditada eficacia de las aguas y lodos de La Toja—dice el doctor García Ayuso en el primer párrafo—en las enfermedades de la piel, ha impelido a la Empresa explotadora, animada por el enorme y creciente favor que el jabón de sales de La Toja ha logrado en el mundo entero, a estudiar la manera científica de poner al alcance de los enfermos no concurrentes al balneario las virtudes curativas de sus manantiales.»

De siempre había podido observarse, sin necesidad de recurrir a la historia o leyenda del pollino que, revolcándose en el cieno de la isla, curó sus mataduras y pupas, que muchos enfermos, con certero instinto, completaban el tratamiento de sus lesiones cutáneas aplicándose el barro que se deposita en el nacimiento de los manantiales. Este proceder grosero, y aun repugnante, advertía claramente que el lodo poseía evidentes virtudes curativas; pero indudablemente no podía erigirse en técnica regular de tratamiento, pues a los inconvenientes apuntados había que agregar el hecho

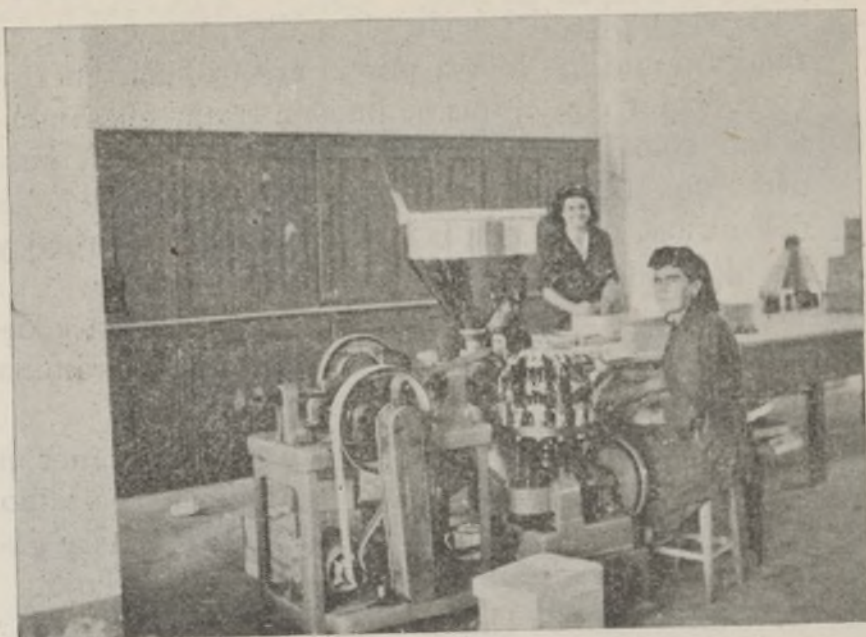


Sala de máquinas batidoras.

de que utilizando el lodo puro se provocaban en algunas dermatosis estados de agudización nada convenientes. La primera materia curativa existía; había, pues, que manufacturarla en forma adecuada.

Y así nacieron las pomadas, de que se entregaron ejemplares a todos los congresistas. Desde el primer momento, y como punto de partida, se ha elaborado una pomada apellidada «Antibacilar», cuyo único componente activo son los lodos al 10 por 100 y con un excipiente compuesto de lanolina, vaselina, aceite de olivas, agua destilada y solbrol o ester metílico del ácido paraoxibenzoico, que actúan por sus propiedades microbicidas y conservadoras, evitando el enranciamiento de aceites y grasas animales y vegetales.

Después fué preparada una crema sin cuerpos grasos, «Antiacné», también con el 10 por 100 de lodos de La Toja, y en cuya composición entran el glicerolado de almidón, el dióxido de titanio, el



Uno de los aparatos llenadores de tubos.

azufre, la tintura de benjuí, el solbrol y la tierra de Fuller.

Más tarde se preparó la pomada «Antipiógena», con el 12,5 por 100 de lodos de La Toja y lanolina, aceite de oliva, óxido amarillo de mercurio, ictiol, agua de hamamelis, almidón, óxido de titanio y solbrol.

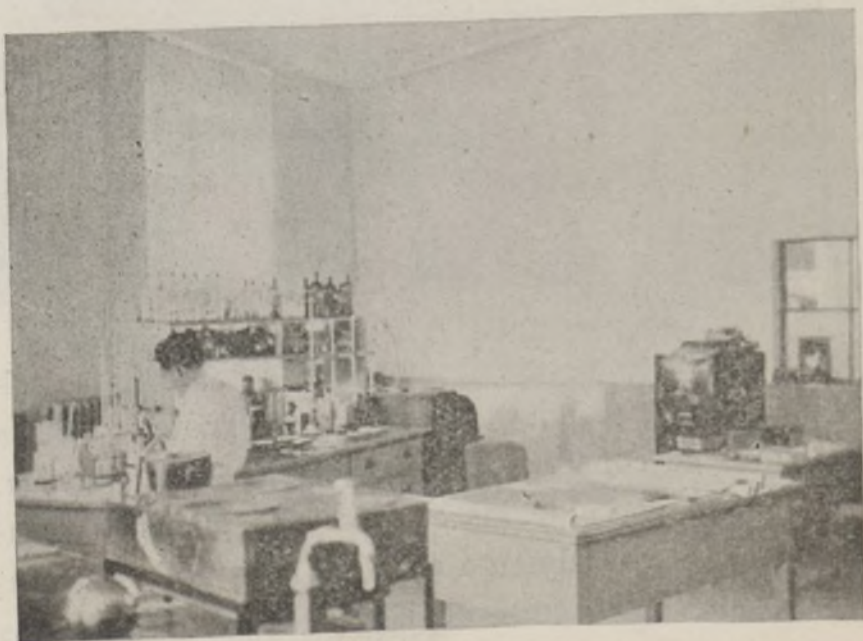
También se ha preparado más tarde la pomada «Antiescamosa», con el 10 por 100 de lodos, y como coadyuvantes el azufre, el óxido de cinc, dióxido de titanio, el aceite de enebro y solbrol.

También se han preparado dos pomadas anti-eczematosas, una para eczemas exudativos y otra para eczemas secos liquenificados, igualmente a base de lodos de La Toja.

También se prepara una pomada anticongestiva, que no es más que la conocida pasta de Lassar, de universal aplicación y renombre, a la cual se ha añadido el 1 por 100 de alcanfor y el 5 por 100 de lodos.

En la «Pomada exfoliante», que también se elabora en esta fábrica, han sido sustituidos los lodos por sales de las aguas, agregándoles un 15 por 100 de ácido salicílico, cuerpo de reconocidas propiedades exfoliantes.

En la pomada «Antipsoriásica» se ha reempla-



Laboratorio de investigaciones.

zando el empleo del ácido pirogálico, por entrar en reacción con los lodos, por la crisarobina, energético reductor con el que se pueden tratar eficazmente no sólo las grandes placas de psoriasis, sino otras dos afecciones dermatológicas muy alejadas del mismo, como son la neurodermitis de Brocq y las placas de eczemas crónicos liquenificados.

Finalmente, también se prepara la pomada «Antiséptica», a base de lodos de La Toja, cloramina y vaselina filante.

También figuraba en el estuche con que fueron obsequiados los congresistas un tubo de bálsamo La Toja, combinación de sustancias grasas y ceras, afines al organismo, con sales de La Toja.

No necesitamos hablar para nada de los productos de perfumería y de las diversas clases de jabones que elabora esta importante firma, porque de sus excepcionales cualidades están plenamente convencidos cuantos los han usado una sola vez. A

buen seguro que el ciento por ciento de los congresistas usaban para afeitarse la crema La Toja y para lavarse los dientes la pasta dentífrica La Toja.

No queremos terminar esta información sin dedicar excepcionales alabanzas a los méritos del ingeniero señor Pfaff como fotógrafo. Nos obsequió con una bellísima colección de pruebas fotográficas de rincones gallegos, obtenidas a través de una retícula que da a la fotografía todo el aspecto de un grabado o de un dibujo a pluma, y que utilizaremos para algún trabajo periodístico dedicado a Galicia.

Y damos paz a la máquina de escribir, agradeciendo al consejero delegado y director de La Toja, señor marqués de Riestra, sus atenciones y deferencias para nosotros y para todos los congresistas en general.

DOCTOR VESALIO.

LAS LENTES DE CONTACTO

Ha llamado la atención de los congresistas la presencia en el «stand» de la Casa Ulloa de las lentes de contacto, de materia plástica, que han dado lugar al elogio efusivo de una personalidad como el doctor Arruga, que pidió constase en acta el agradecimiento de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana para el señor Ulloa, por



su esfuerzo y entusiasmo para dotar a los oftalmólogos españoles de esta nueva prótesis de las lentes de contacto fabricadas en materia plástica.

La mayoría de los congresistas pudieron comprobar personalmente en ellos mismos la tolerancia de estas lentes de contacto, deduciendo los beneficios que de su empleo pueden obtenerse.

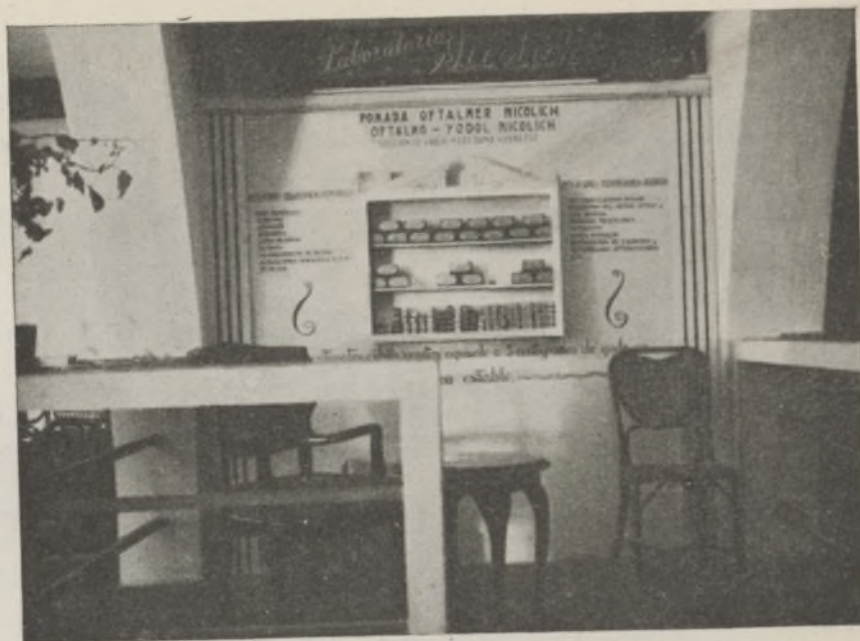
En el opúsculo distribuido por Ulloa a los congresistas se hacen las siguientes interesantes manifestaciones: «En mi reciente viaje a los Estados Unidos estudié con el mayor cariño todo lo referente a fabricación y adaptación de estas lentes de materia plástica, seleccionando lo que en el aspecto práctico me pareció mejor, y, a mi regreso, en diversas conversaciones sostenidas con nuestro eminente doctor Arruga, me sugirió la idea, más bien la necesidad, de implantar en nuestro país esta nueva industria; las consideraciones que me expuso el doctor Arruga, con su siempre desinteresado interés; su ofrecimiento de asesoramiento, y, en resumen, sus consideraciones, llenas de su entusiasmo habitual, fueron de tanto peso que hicieron lanzarme a la implantación de esta nueva industria.

Muchas horas de trabajo intenso, lleno de zozobra algunas veces, pero siempre alentado por lo que en mí consideraba ya un deber, me proporciona hoy la satisfacción de poder presentar a los asistentes al XXIV Congreso Oftalmológico de la Sociedad Hispano-Americana de Oftalmología las primeras lentes de contacto de fabricación nacional, confiando en que, con la ayuda y sugerencias de todos, nos colocaremos en este aspecto a la altura que todos deseamos; y considero preciso reconocer que sin la iniciativa del profesor doctor Arruga no hubiera comenzado esta labor.»

Nota gráfica de la exposición de productores



Sociedad Anónima de Productos Químicos "CIBA"



Laboratorios NICOLICH



Productos farmacéuticos DAVOR



Laboratorios del Norte de España



Productos Collado

EL «STAND» DE JUSTE, S. A.

A la Exposición aneja al Congreso de Oftalmología acudió el Laboratorio Juste con sus especialidades oftálmicas, iniciadas en 1923 por el doc-



tor médico y farmacéutico don Rafael Juste Castán, convencido de que existían en España abun-

dantes materias primas que no se aprovechaban para la producción de medicamentos.

Entre las especialidades utilizables en Oftalmología, la fábrica Juste elabora el Oftalmoxyl, solución tónica neuroocular, a base de yodo, estricnina, cal y hierro, indicada en el linfatismo óculo-palpebral, enfermedades de fondo de ojo y neuritis ocular.

Los principales colirios son los siguientes: Zinnosal, que es una solución al 1 por 100 de sulfato de cinc; el Cocainsal, para anestesia ocular, al 2 y al 4 por 100; el Pilocarpinsal, solución de nitrato de pilocarpina al 1 por 100, indicado en el glaucoma; el Nizinsal, solución de sulfanilato de cinc al 1 por 100, para tratar toda clase de conjuntivitis catarrales y úlceras de la córnea, y el Atropinsal, solución al 1/2 y al 1 por 100 de sulfato de atropina, indicada en iritis, úlceras corneales, iridociclitis, etc.

Presentaba además, naturalmente, sus demás especialidades, entre las que citaremos el Salicitiro, el Atoftiro, el Salivenal, el Pepsin, inyectable; el Hepal, jarabe e inyectable; la Paidocalcina, en granulado; el Vitolo, inyectable; la Hispanofedrina, en jarabe, ampollas y comprimidos, y el Espasmopaver.

BIBLIOGRAFÍAS

Clínica ginecológica, por el doctor Vital Aza. Tercera edición. Ediciones Morata. Madrid, 1943. Un volumen en rústica, en papel couché, con 225 páginas y 187 grabados, algunos de ellos en color. Precio, 50 pesetas.

Para facilitar la actuación del médico general, enfrentado con los problemas ginecopáticos, y para hacer más fructífera—por conseguir que sea oportuna—su colaboración diagnóstica con el especialista, presenta el doctor Vital Aza este libro, que ha alcanzado en pocos años tres ediciones, en el que se esquematizan los tipos sindrómicos ginecológicos con la realidad con que la práctica clínica nos los ofrece diariamente. Partiendo de la idea de que las enfermas se presentan ante el médico general acuciadas por un síntoma predominante (dolor, hemorragia, leucorrea, aumento de volumen abdominal, amenorrea, esterilidad, etc.), y para que pueda el médico realizar más fácilmente su trabajo mental de clasificación diagnóstica, definiendo concretamente el proceso morboso ante el cual se halla, el doctor Vital Aza razona en los diferentes capítulos de esta obra ante caso clínico supuesto, partiendo siempre del hecho o síntoma que llamó la atención de la enferma. Esta norma

pedagógica concede al libro una originalidad que, por sí sola, le dota ya del más riguroso practicismo.

Pero no es ello sólo, con ser tanto. El plan didáctico de la obra de Vital Aza es desarrollado con tal sencillez, y la redacción es tan clara y jugosa, que su lectura constituye un verdadero deleite y no fatiga en absoluto, puesto que no existen en sus páginas datos excesivamente técnicos, discusiones innecesarias ni citas bibliográficas inoportunas. La maestría de Vital Aza, por todos reconocida, es capaz de salvar todos los escollos, concretando los difíciles temas del diagnóstico ginecológico en estas páginas llenas de sencillez, que todo médico general debiera leer.

S. M.

Patología de las pequeñas articulaciones intervertebrales, por J. M. Vilaseca Sabater y P. Barceló, prólogo del profesor Gibert-Queraltó. Un volumen de 130 páginas y 90 figuras en el texto. Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1946. Encuadernado en tela, 50 pesetas.

La obra de los doctores Vilaseca y Barceló es un gran acierto. Dedícanla los autores a su maestro, el ilustre profesor Pedro y Pons, y estimamos

que no hay exageración ninguna al anunciar que en ese libro se divulga por primera vez toda la importancia de la patología de las pequeñas articulaciones en los cuadros dolorosos vertebrales.

La lectura de esta obra es muy posible que aclare numerosos problemas de diagnóstico y tratamiento para gran número de médicos, pues esta patología es mucho más frecuente de cuanto llegamos a suponer los médicos generales y no especializados, y la suma de experiencia clínica de los doctores Vilaseca y Barceló dan a su libro muy apreciable valor de consulta y de interpretación de imágenes radiográficas.

Dividen la obra en nueve capítulos, dedicados a las enfermedades de las pequeñas articulaciones intervertebrales, a las pequeñas articulaciones interapofisarias, a la anatomía radiológica de las pequeñas articulaciones, a la técnica exploratoria y radiográfica, a las enfermedades de las articula-

ciones vertebrales interapofisarias, a las enfermedades de las articulaciones uncovertebrales y a las



(Aprobado por la Censura Sanitaria)

artropatías de las articulaciones costovertebrales y costotransversas.

Se termina la obra con la bibliografía del asunto.

La Casa Salvat ha editado el libro con sumo cuidado, y las reproducciones de la documentación gráfica son singularmente perfectas.

F. J. Cortezo.

REGISTRO DE SUMARIOS

EL SIGLO MEDICO - SEMANA MEDICA ESPAÑOLA

RESUMEN SUMARIO DEL NUMERO ANTERIOR

(21 de septiembre de 1946.)

Consideraciones sobre las queratitis herpéticas, por J. Arriaga Cantullera.
Pitiriasis versicolor acrómica, por J. Cabral Gil.
De La Toja a la Dirección de Sanidad pasando por Pontevedra, por Isidro de Magerit.
Idearium de Ich.

AVANCE SUMARIO DEL NUMERO PROXIMO

(5 de octubre de 1946.)

Queloides primitivos de remisión espontánea, por S. González Calvo y E. Merino Eugercios.
Los tumores del riñón, por F. Martino Savino.
La hidrología médica en tocoginecología, por E. Vallejo Moriones.
Hace un siglo médico, por Baloardo.
Benito Pérez Galdós y la Medicina, por F. J. Cortezo Collantes.

ARCHIVES OF DISEASE IN CHILDHOOD

(Londres, junio de 1946.)

Field.—Agnesia pulmonar.
Allibone y Baar.—Un caso fatal de beri-beri en un niño.
Ross.—Penicilina y sulfamidas en el tratamiento de las infecciones en la infancia.
Woodhead.—Aspectos psicológicos de las reacciones alérgicas cutáneas en los niños.
Henderson.—Estadísticas de prematuridad.
Russhell.—Desnutrición en niños hasta los tres años de edad.
Davison.—Frecuencia de la estenosis pilórica congénita.
Sainsbury.—Fluorosis dental.
Told.—Piocolpos en la infancia.

JOURNAL DE MEDICINE DE LYON

(5 de agosto de 1946.)

Roubier.—El dolor de costado paradójico.
Román.—Empleo del D D T en la lucha contra los artrópodos hematófagos y vectores de gérmenes.
Michel.—Tratamiento de los papilomas venéreos por la resina de podofilino.

Sandoz.—Enfermedades del aparato digestivo en la época de guerra.

PROCEEDING OF THE STAFF MEETING OF THE MAYO CLINIC

(Róchester, 30 de mayo de 1945.)

Feldman e Hinshaw.—Efectos de la sulfona sobre la tuberculosis experimental.
McKibbin y McDonald.—Significado de los leucocitos polimorfonucleares en la vesícula biliar.
Heilman.—Estreptomina en el tratamiento de la enfermedad de Weill.

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

(San Pablo, junio de 1946.)

Irado.—Ofidios bicéfalos.
Rego.—Sobre el estudio de la pelagra.

LA FRANCE MEDICALE

(París, julio de 1946.)

Carrot.—Las mielitis arsenicales.
David, Hecaen y Marty.—Los hematomas intracerebrales.
Gueniot.—Coma diabético.

FARMACOTERAPIA ACTUAL

(Madrid, agosto de 1946.)

García Boix.—Electroferesis y sulfamidas.
Pérez Iñigo.—Tratamiento de las protozoosis intestinales.
Soto.—Aplicaciones fisiológicas de las técnicas electrónicas.
Elío.—Nuevo método de valoración biológica de anestésicos locales.
Sales y Bertrán.—Terapéutica de la intoxicación barbitúrica.
Frouchtman.—El anterán en la terapéutica de los síndromes alérgicos.

REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA

(Madrid, agosto de 1946.)

Remlinger.—Fracasos del tratamiento antirrábico.
Lozano.—Epidemiología del kala-azar infantil.
Tisdall.—Nutrición en Medicina preventiva.
Cabral.—Mal rojo en el hombre.
Camacho.—Estadística y valoración de resultados.

GACETA MEDICA ESPAÑOLA

(Madrid, septiembre de 1946.)

Gentil.—Carcinoma de los genitales externos.*Bañuelos.*—Los grandes errores en el estudio de la circulación de la sangre.*Policard.*—El aluminio y la alúmina en la prevención y tratamiento de la silicosis.*Martín Cabrera.*—Sistema nervioso vegetativo y otitis media latente en la práctica médica infantil.*Rodríguez Portillo.*—El cloruro sódico en el tratamiento de la oclusión intestinal aguda.*López Abellán.*—Crecimiento en la infancia.*Alonso Ortega.*—Cien años de terapéutica antitifoidea.*Utrera.*—Diagnóstico clínico precoz de un cáncer de pulmón.*Orellana.*—Ocho casos de tifus exantemático curados con el mismo tratamiento.

Informatorio profesional

HOSPITAL MUNICIPAL DE INFECCIOSOS DE BARCELONA

BECA «DOCTOR SALVADOR ANDRÉU»

El Hospital Municipal de Infecciosos de Barcelona abre concurso para la concesión de una beca, donada por la importante firma farmacéutica Laboratorio Doctor Andréu a este Hospital, para estimular los estudios e investigaciones sobre «Patología infecciosa y Quimioterapia sulfamídica».

La expresada beca se orientará preferentemente hacia los estudios clínicos que se realizarán en el Servicio clínico del doctor F. Isamat Vila, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y bajo la dirección de dicho facultativo.

El importe de la beca es de 6.000 pesetas anuales, debiéndose iniciar los trabajos de investigación clínica inherentes al disfrute de la beca el día 1 de noviembre de 1946, y por el término de un año.

Los aspirantes serán médicos españoles que no disfruten sueldo oficial del Estado, Provincia o Municipio y que hayan terminado su carrera dentro de los cuatro cursos anteriores al 1946-1947. Su trabajo consistirá en desarrollar un tema de la especialidad bajo la dirección del jefe del Servicio. Al objeto de no interrumpir en ningún momento el trabajo encargado, mientras dure la beca su beneficiario vivirá gratuitamente, en régimen de internado, en el propio Hospital (pabellón de médicos de guardia), a cuyo fin el Excmo. Ayuntamiento de Barcelona ha concedido la necesaria autorización. El alumno becario se atenderá, para su régimen horario de internado, a las normas generales del Reglamento interior del Hospital.

El abandono injustificado de estos trabajos, la negligencia en cumplirlos o el incumplimiento de las indicaciones del jefe del Servicio acarrearán la pérdida de la beca. Los trabajos que se verifiquen quedarán de propiedad del Hospital, reservándose el jefe del Servicio su ulterior destino o publicación, no estando permitido al becario utilizar a otros fines los trabajos propios de la beca.

Las solicitudes se dirigirán al señor director del citado Hospital (avenida de Icaria), acompañadas

de los siguientes documentos: Expediente académico, méritos científicos, materia en que ofrece trabajar y fundamento de esta elección. Para mejor aquilatar los méritos alegados, el Tribunal po-



(Aprobado por la Censura Sanitaria núm. 5.013)

drá someter a los aspirantes a un sencillo ejercicio de oposición, concretado especialmente al conocimiento de enfermedades infecciosas.

El plazo de admisión de instancias expira el 25 de octubre. La adjudicación (y ejercicios si ha lugar) se verificará el 30 del mismo mes.

Al objeto de continuar los trabajos iniciados, tendrá derecho preferente, caso de solicitarlo, el becario que haya disfrutado la beca durante el curso anterior, siempre que sea favorable el informe del jefe del Servicio.

Barcelona, septiembre de 1946.

SECCION OFICIAL

ORDEN de 2 de julio de 1946 por la que se concede el ingreso en la Orden Civil de Alfonso X el Sabio a don José González Campo.

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo prevenido en la letra a) del artículo segundo del Reglamento de 14 de abril de 1945, y en atención a los méritos y circunstancias que concurren en don José González Campo,

Este Ministerio ha dispuesto concederle el ingreso en la Orden Civil de Alfonso el Sabio, con la categoría de Cruz.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 2 de julio de 1946.—*Ibáñez Martín.*

Ilmo. Sr. Subsecretario de este Ministerio.
(B. O. del E. de 24-IX-1946.)



Insulinas Zeltia

EXACTA TITULACIÓN, ESTABILIDAD

INSULINA ORDINARIA

(FRASCOS DE 100 Y 200 U.I.)

PROTAMINA - ZINC - INSULINA
(INSULINA RETARDADA)

(FRASCO DE 200 U.I.)

LABORATORIOS ESPAÑOLES "Zeltia" S.A.

3

ANTIRREUMATICOS
DE NUESTRA
FABRICACIÓN

SALICITIRO

SOLUCIÓN



SALICILATO SÓDICO Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN ALCALINIZADA
REUMATISMO · ENDOCARDITIS REUMÁTICAS · AFECCIONES REUMÁTICAS CRÓNICAS EN GENERAL
• NO PRODUCE FENÓMENOS ACIDÓSCOS •

SALIVENAL ATOFTIRO

SALICILATO SÓDICO Y GLUCOSA EN
SOLUCIÓN ISOHIDROGENIÓNICA
INYECTABLE ENDOVENOSO

ÁCIDO FENIL-QUINOLÍN CARBÓNICO
Y GLÁNDULA TIROIDES POLVO
COMPRIMIDOS



FABRICA ESPAÑOLA DE PRODUCTOS QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS

14 NAVACERRADA 62 · APARTADO 9030 · TELÉFONO 55386 · MADRID



KALOGEN

COMPOSICION:

Clor. cálcico...	0,10	Yod. cálcico.....	0,62
Bromuro — ...	0,50	Hidrato	0,10
Agua destilada			100 c. c.

INDICACIONES:

Remineralizante, antiescrofu-
loso, tetania (espasmofilia),
neurosis, enfermedad de Bas-
sedow, decalcificación duran-
te el embarazo y el período
de la lactancia, caries denta-
ria, raquitismo, etc., etc.

PRESENTACION:

POR VIA BUCAL, frasco de 310 gramos.
POR VIA HIPODERMICA, inyectables de
2 y 5 c. c., para inyecciones subcutáneas,
intramusculares o endovenosas, según
prescripción facultativa

DOSIFICACION:

NIÑOS: hasta cinco años, tres cucha-
raditas de las de café al día. Mayores
de cinco años, dos cucharadas de las de
sopa al día. ADULTOS, tres cucharadas
de las de sopa al día, diluido en un poco
de agua.

Laboratorio Dr. Tayá y Dr. Bofill, S. A.

Barquillo, 32.-MADRID

Comercio, 28.-BARCELONA

(Aprobado por la Censura Sanitaria, núm. 5.894.)