

ésta se evita aún mejor si a esta intermitencia se le une la inversión polar, ya que es distinta la excitación, en cada uno de los polos.

Pero hasta aquí el ritmo y la inversión en los ritmadores se obtenía por contactos metálicos, y por lo general únicos, de manera que con ello se provoca una contracción brusca y momentánea por ser sumamente corto el período variable de la corriente.

Con el ritmador inversor que tengo el gusto de presentar, se obvian estos inconvenientes; ya que no cierra el circuito un contacto metálico, sino un líquido conductor, electrolítico, que progresivamente hace los contactos de mayor extensión, llegando a un máximo para disminuir luego en la misma forma. Así se establece la corriente en forma rápidamente ascendente: al empezar el contacto, la resistencia es bastante grande y disminuye progresivamente con rapidez al llegar el líquido entre las dos láminas electrodos.

Resulta singularmente adecuada esta modalidad eléctrica, cuando en ciertas parálisis con reacción de degeneración usamos el período variable de la galvanización; pues entonces se demuestra claramente lo necesario de la inversión, ya que con el ritmo solamente se agota rápidamente la excitación.

Es muy adecuada también para cuando se quiere practicar un ejercicio muscular provocado sin intervención de la voluntad, como se practica en el tratamiento de la obesidad. No detallaremos en los muchos casos más que será ventajoso usar este dispositivo; haremos constar solamente que lo será siempre que esté indicada la galvanización en su estado variable, o la faradización a intermitencias lentas. También es muy apropiado para ritmar e invertir las corrientes de Leduc.

Consiste este ritmador inversor en dos tubos de vidrio en U en cuyas ramas terminan dos electrodos, formados por dos laminillas en cobre terminadas en punta, como puede verse en la figura adjunta. Las comunicaciones de estos electrodos están dispuestas de manera que al subir alternativamente el nivel del líquido en las ramas homónimas de los tubos en U, queda invertida en cada caso la polaridad de salida del aparato (1). Los cambios de nivel en las ramas del tubo se consiguen mediante una bomba de aire sin válvula alguna, que inyecta aire en las dos ramas homónimas de los tubos para aspirarlo a continuación. Esta bomba se acciona por un motorcito eléctrico al que se le pueden dar distintas velocidades.

Aquí nos servimos de la bomba del doctor Zabłudowski para masaje neumático.

Para presentar el ritmador inversor más demostrativo, le hemos adicionado las corrientes galvánicas, farádicas, y galvanofarádicas, que pueden emplearse rítmicas o no, y obtener unas u otras mediante un sencillo conmutador.

Lo cual constituye una excelente base para completar un aparato del tipo pantostato, multostato, etc., etc., superior a los hasta aquí contruidos y que Dios mediante realizaremos a no tardar.

(1) Véase la figura esquemática.

Sesión del 27 de mayo de 1916

Comunicación del profesor doctor J. Peyri

Después de seis años de terapéutica arsenical en la lues

Cuando hace seis años Ehrlich entregó a los prácticos, después de un riguroso control experimental, el preparado 606 de la serie de los que venía ensayando con el objeto de conseguir la esterilización de los organismos infectados por protozoarios, algunos sífilígrafos, sobre todos los sífilígrafos de ocasión que pulularon alrededor de las ganancias del medicamento, afirmaron rotundamente la *curación de la sífilis*; hasta un clínico septentrional tenido por serio, afirmaba que el mercurio era destinado a desaparecer de la clínica sífiligráfica.

Los que tenían idea clara de lo que es la sífilis y conocían el mecanismo evolutivo de la enfermedad, estaban convencidos de que sólo la ignorancia o la mala fe podían hablar; al cabo de dos meses de manejar un medicamento, de *curación de la sífilis*; pensando piadosamente, habíamos de suponer que les convenía mantener el equívoco entre dos conceptos esencialmente diferentes: la *curación de los accidentes sífilíticos activos* y la *curación*, o hablando en el propio lenguaje de Ehrlich, la *esterilización del organismo infectado de sífilis*.

Se podía hablar de lo primero, y para ello bastaba la visita a las Clínicas en donde el 606 se aplicaba, o dos meses de experiencia para convencerse de las maravillas del medicamento de Ehrlich y desde luego se podía constatar la superioridad de acción sobre el mercurio, en la mayoría de los casos, traducida por una mayor rapidez en la curación de los accidentes; se vislumbraba desde luego como medicamento clínico, insustituible, heroico, de ciertos casos y de ciertos momentos; como remedio que llenaría un vacío que el mercurio en la práctica sifiliográfica no había podido llenar.

En todas las clínicas sifiliográficas y todos los prácticos teníamos un lote de enfermos, un *caput mortuum*, que vegetaba tristemente unos con sus sífilides serpiginosas que tan penosamente se modificaban en un punto y se propagaban avasalladoramente por varios; otros con sus placas y ulceraciones mucosas que recidivaban con una tenacidad desesperante; estos con sus trayectos fistulosos nunca cerrados que cuidaba la necrosis molecular o los secuestros de sostener y peor aún aquellos con afecciones viscerales en las cuales presenciábamos poco menos que cruzados de brazos la destrucción del órgano o aquellos otros con las rápidas o firmes corrosiones fagedénicas que mostraban sus horribles mutilaciones aguardando la hemorragia mortal o la caquexia.

Pocos meses después de comenzar la terapéutica salvarsánica, estos desgraciados que la idiosincrasia me curial al o la evolución especial de la infección impedían hacer nada por ellos de provecho, habían dejado de ser el estigma de las clínicas de Sifiliografía y la preocupación constante del sifiliógrafo. Eran curados y ya no ha vuelto ni volverá a repetirse el cuadro. ¡Ojalá para la parasifilis nerviosa hubiese acontecido otro tanto!

Así pudimos por aquel entonces prever respecto a curación de síntomas, pero en cuanto a *esterilización o curación completa* del organismo del sífilítico pensábamos de una manera muy distinta; pedimos plazos de más de cinco años, y para formar concepto completo y definitivo de más de veinte.

Ha pasado el lustro que antes se pedía para curar al sífilítico; se puede ya hablar de esta cuestión mesuradamente y creemos se comienzan así a perfilar claras las otras cuestiones que flotaban en el aire.

Son asuntos que interesan al médico en general como a todas las especialidades; por esto he querido traer a vuestra consideración un resumen de mi experiencia personal durante estos seis años y mis opiniones personales sobre ellos.

A. *Comparación entre los nuevos arsenicales.*—Al aparecer el 606, los arsenicales que el mismo Ehrlich había introducido en la terapéutica (atoxil, arsacetina) fueron fatalmente abandonados; los que poco antes Mouneyrat de Lyon dió a conocer, *hectina* y *hectargirio* fueron relegados en segunda línea por la estruendosa publicidad del 606; con todo y ser útiles en la sífilis y según la experiencia de muchos y algún ensayo personal excelentes, es cierto de todos modos que el 606 y sus derivados son superiores a estos dos medicamentos.

No insistiré sobre la *identidad absoluta* del clorhidrato de dioxi-diamido arseno-benzol, obtenido por la casa Meister-Lucius y expendido con el nombre de salvarsán o el obtenido por Billon con el nombre de arseno-benzol, o el que podría obtener otra cualquier fábrica de productos químicos, porque las diferencias químicas y las de sus acción terapéutica sólo están en la mente de los preocupados; nosotros, que no habíamos utilizado otro arseno-benzol que el de Meister-Lucius, hasta hace año y medio por la inercia natural a ensayar cosas nuevas cuando las conocidas son excelentes, afirmamos, después de habernos visto obligado a emplearlos en cerca de 300 casos con un total aproximado de mil inyecciones, que lo mismo las reacciones químicas que las biológicas son idénticas en absoluto y que en realidad las diferencias entre una y otra marca no son más que suspicacias de analfabeto.

El salvarsán lo creemos nosotros superior, por lo menos en los efectos inmediatos, al arseno-benzol mono-metansulfoxilato lanzado al público con el nombre de neo-salvarsán, siendo sólo las ventajas la mayor facilidad de su preparación; tanto es así y son tantos los que de tal modo opinan, que Ehrlich había dado a conocer antes de morir un salvarsán ya alcalinizado, que se usa en Alemania con el nombre de salvarsán-natrum o sea salvarsán sosa, con el objeto de poder dar el salvarsán primitivo con las mismas facilidades de aplicación que el salvarsán nuevo.

El *galil* (tetraoxidifosfaminodiarseno-benzol) y el III6 de los cuerpos ensayados por Mouneyrat y el *ludil* (fenildisulfaminotetraoxidiarsenobenzol) el III51 de la misma serie, pretenden según los autores que los han ensayado (de Beurmann, Mouneyrat y Tanon) 1.º carecer de poder vasodilatador; 2.º no ser neurótopos; 3.º disolverse en soluciones acuosas que entran en la composición normal del suero sanguíneo (carbonato, fosfato o cloruro de sosa). 4.º estas soluciones, bien tapadas, no se alteran en muchos días y 5.º son sin acción sobre los nervios sensoriales.

En el comercio viene preparado para soluciones concentradas o diluidas; resultan las primeras cómodas de administrar; para las segundas se necesita la misma técnica que para el salvarsán.

Pueden darse en intramuscular, pero sólo la solución aceitosa y aun ésta es muy dolorosa; la forma común es la endovenosa. La dosis es de 0'25 a 0'45.

Nuestra experiencia no es muy dilatada; se reduce a unos 8 casos y sólo con galil. Nuestra impre-

sión es de que es semejante su acción al salvarsán, sin poder precisar si es más activo o menos activo; nuestros casos, que relataremos después, no nos permiten ahondar más.

Desde luego no se presenta en el momento de la inyección el síndrome vasodilatador (reacción nitroide), ni los accidentes gastrointestinales y nerviosos primarios; tampoco hemos observado síntomas tóxicos secundarios; sólo hemos visto el síncope en dos casos nuestros y sabemos de otros que se ha presentado también; en tres casos se presentó una cefalea moderada. Bajo el punto de vista tóxico, de momento nos parece superior a los salvarsanes.

B. Nuestra estadística

Tratados con el salvarsán y neo-salvarsán indistintamente.

	Enfermos tratados	Número de inyecciones
1911	271	393
1912	358	573
1913	295	490
1914	458	975
1915	420	996
1916 (1.º semestre)	289	676
	<u>2.091</u>	<u>4.103</u>

Tratados con galil 8 enfermos, con un número de 30 inyecciones.

C. La técnica.

Al principio se creó complicadísima.

Actualmente podemos decir que no requiere más que una cualidad: limpieza escrupulosa y asepsia correcta de todo el material empleado.

Azúa enseñó a simplificar la técnica para intravenosas y su aparato es un modelo de sencillez y de perfección; pero con los mismos principios puede improvisarse, si no se dispone del aparato Azúa, uno con materiales de uso corriente.

Un irrigador de 100 c. c. de capacidad, un metro de goma de calibre fino, el cuerpo de bomba de una jeringa de inyecciones y una aguja de inyecciones preferible del calibre de las intramusculares.

El sondaje de la vena necesita cierto hábito, que por otra parte no cuesta de adquirir.

Desde luego sin rechazar la técnica de las inyecciones concentradas sobre todo para el neo-salvarsán, nosotros, después de ciertos accidentes sincopales que la práctica de las inyecciones concentradas nos produjo, abandonamos el proceder y sólo para los casos de dosis pequeñas y repetidas empleamos la jeringa para la intravenosa concentrada; teórica y prácticamente, nos parece mejor, no la inyección extremadamente diluida del comienzo del salvarsán, pero si la disolución de 1 centigramo en un centímetro cúbico de agua bidestilada esterilizada.

La intramuscular la practicamos insistentemente al principio, por convicciones de fundamento; pero actualmente y únicamente *a causa de su dolor* la empleamos tan sólo en los enfermos con lesiones orgánicas, degenerativas del árbol vascular o valvulares o en los enfermos con diátesis hemorrágica.

Prácticamente, los éxitos persistentes y hasta definitivos del tratamiento con el salvarsán en intramuscular y naturalmente a las dosis elevadas del comienzo afirmamos que son superiores en todos sus aspectos a la intra-venosa.

Cuando al cumplir una indicación antisyfílica nos encontramos con las contraindicaciones circulatorias apuntadas anteriormente, si usamos dosis elevadas preparamos la emulsión neutra y si las usamos fraccionadas recurrimos a una excelente emulsión neutra preparada por Isaak de Berlín, que se expende en el comercio con el nombre de salvarsán de Isaak.

D. La dosis

Cuando se buscaba la terapia esterilizans magna y se recordaba que en las tripanosomiasis si no se daba la cantidad de arsénico suficiente para esterilizar al organismo, las razas de tripanosomas procedentes de la germinación de los pocos que habían resistido, eran arsénico-resistentes y se sabía que no bastaban entonces las grandes dosis para esterilizar el organismo, se creyó que era preciso bordear la dosis tóxica para conseguir la esterilización. Hubo quien llegó al gramo, veinte centigramos de salvarsán en una dosis.

Pero cuando se vió que en la casi totalidad de casos no bastaba una inyección y se observó por otra parte que no existía la arsenorresistencia, dejamos de aventurarnos con las dosis altas y nos quedamos con 40 ó a lo más 50 centigramos, dosis que después de ciertas accidentes se reconoció que deben

descender a 30 a 40 centigramos, naturalmente repetida y desde luego se comenzó a controlar el valor de la repetición de la dosis, no como curativa de accidentes que para esto basta una de estas dosis pequeñas, sino como esterilizante.

Actualmente nosotros comenzamos comprobando la tolerancia arsenical con 20 centigramos para llegar a un máximo de 40, que desde luego sostenemos si los hechos han demostrado que se tolera bien.

Esta dosis actualmente no la rebasamos nunca y aun por casos de degeneraciones viscerales, sobre todo las de los centros nerviosos no rebasamos nunca la de 30.

Es de precisión hacer entender claramente que empleado el salvarsán como medicación única o en maridaje con el mercurio debe ser administrado conforme a las reglas que tantos siglos costaron de adquirir del tratamiento *intermitente y prolongado, crónico e intermitente* como la enfermedad que trata de combatir.

El principio es invariable, y los actuales o cualquiera treponemida que futuramente pueda enriquecer la ya rica terapéutica antisifilítica, deberá someterse a él.

Un período de tratamiento activo distribuyendo 1 gramo y medio de salvarsán en varias dosis, un descanso que deje el tiempo a una nueva repululación de treponemas pero que no lleguen los treponemas repululados a la germinación, porque sino será necesario una tercera cura o una cuarta o una décima que acierte a destruir el treponema adulto antes de que de nacimiento a los cuerpos más resistentes al germicida (esporozoítos); en una palabra, el mismo principio de la tyndalización, de las esterilizaciones discontinuas, éste será siempre la aplicación práctica del tratamiento de las ífilis.

Estas dosis actuales cortas y repetidas son las que limitan los accidentes a una sombra de lo que eran los accidentes al comienzo del salvarsán y las que permiten un tratamiento salvarsánico poco menos que ambulatorio.

Los accidentes

Dejando aparte los accidentes locales o generales de los descuidos de técnica, los nuevos arsenicales pueden producir trastornos generales *inmediatos* durante o inmediatamente después de la inyección y accidentes *secundarios* debidos al poder tóxico del medicamento.

Inmediatos. Mientras dura la inyección puede aparecer el *síncope*, fenómeno reflejo nervioso o por cambio de la presión vascular, este accidente es el único que hasta ahora hemos notado con el galil como accidente desagradable y por haberlo observado con más frecuencia en las inyecciones concentradas de neosalvarsán es por el motivo que las hemos abandonado. Así mismo aparece en la tercera parte de casos el síndrome *nitroide* (Milian), alarmando a los no avisados, ya que hay casos en que la congestión facial llega a tal grado y produce tales molestias subjetivas que hace temer una rotura arterial; nosotros creemos debe servir de guía en el siguiente sentido: dado el parecido con la encefalitis serosa causante de la mayoría de muertes historiadadas por salvarsán, cuidamos, al repetir la inyección, de no aumentar la dosis y en los casos de enfermos con lesiones viscerales de disminuirla; recordamos que en uno de nuestros casos de muerte se presentó esta reacción cuando la inyección.

La reacción nitroide la creemos refleja, pero desde luego demuestra inestabilidad en los centros vaso-motores, debilidad del tono vascular; no significa gravedad pronóstica, *pero la creemos un aviso*; del éxtasis vascular transitorio de la reacción nitroide al definitivo de la encefalitis serosa no hay más que un paso.

Los trastornos digestivos que se presentan horas después son de fisonomía arsenical; nada de particular hemos observado que no lo haya sido por los demás. Lo mismo diremos del escalofrío, del aumento de temperatura y de las algias bruscas y transitorias, sobre todo de la odontalgia. Como otros autores, hemos visto dos zosteres, uno suboccipital y otro intercostal, que han evolucionado como los zonas clásicos; asimismo hemos visto la ictericia post-salvarsánica, pero en dos de nuestros enfermos eran claros los antecedentes de catarro biliar; en los demás por su modo de aparición, su curso y por los fenómenos post-ictéricos, la creemos bilifeica y no hemafeica como dan a entender algunos autores.

Mientras tiene lugar la inyección, a veces poco después, se presenta en ciertos enfermos y se repite en los que esto acontece siempre que se vuelve a inyectar el salvarsán, una sequedad primero y luego un sabor metálico con ligera sialorrea; no creemos que sea el arsénico que se elimina tan rápidamente y más bien lo creemos un trastorno vasomotor sobre las glándulas salivares que producirá esta parestesia gustativa.

Secundarios. Discutiremos con nuestros casos dos cuestiones: la de las llamadas *neuro-recidivas*, sobre todo la del acústico, y luego la de las *muertes* por salvarsán.

Descartamos desde luego nuestras observaciones de vértigos, de zumbidos de oído con o sin disminución de la potencia auditiva de evolución lenta que han durado semanas y han acabado por curar, porque estos trastornos post-salvarsánicos si los creemos atribuibles al medicamento, pero estos no son los discutidos; la discusión ha sido sobre las sorderas post-salvarsánicas.

Nuestros casos de *sordera fulminante*, algunos cuya historia publiqué ya y otros posteriores han aparecido en las siguientes circunstancias:

- 1.º En enfermos exclusivamente salvarsanados o por lo menos que desde la inyección de salvarsán a la sordera no tomaron otra medicación.
- 2.º Transcurrieron entre la inyección y el comienzo por lo menos dos semanas; en uno de ellos 6.
- 3.º Apareció el síndrome bruscamente, instalándose en uno de nuestros casos en veinticuatro horas.
- 4.º No presentaban *lesiones apreciables* en el oído.
- 5.º En un caso acompañaban a la sordera vértigos y en otro vértigos y trastornos en la deambulación, como si fuesen pedunculares y cerebelosos.

De cuyos hechos deducimos:

- 1.º Que el tiempo transcurrido entre la inyección y la aparición, tiempo durante el cual el salvarsán debe ya estar eliminado, no hace probable la hipótesis de ser producido por salvarsán y mucho menos interpretarse como una reacción de Herxheimer.
- 2.º Que en nuestras observaciones el enfermo no fué tratado con mercurio, lo cual es a favor del concepto de Ehrlich que defendía la dificultad de la esterilización del acústico por estar dentro de un conducto óseo y llegar con dificultad el salvarsán, quedando por consiguiente desamparado el nervio de protección medicamentosa. Encontramos por lo tanto impropia la palabra *neuro-recidiva*, recidiva lo que ha sido curado; y aquí no ha habido curación anterior.
- 3.º Que la forma de aparecer no es la de las neuritis arsenicales, de curso lento y progresivo, pudiendo detenerse; aquí se trata del aniquilamiento en horas o en días, del acústico.

De los demás neuritis, a excepción de una neuritis del plexo braquial que evolucionó como un zona abortado, no hemos visto ninguna; trastornos del óptico directamente atribuibles al salvarsán tampoco y es falso que se haya relatado seriamente ningún caso de ceguera por salvarsán.

De la cuestión de los accidentes mortales por salvarsán soy casi el (1) único en España, desgraciadamente, que ha hablado de ellos. Se han hecho muchos miles de inyecciones; en Barcelona mismo habla cada práctico de millares de inyecciones. Yo no sé que se haya publicado en España ningún caso de muerte por salvarsán a excepción de los míos; si bien han sido ya publicados, los resumiré.

El primero de mis casos era un individuo luético antiguo con pródromos de sífilis cerebral, que duraban desde hacía un año y se presentaban intermitentemente; inyección de 60 centigramos de neo-salvarsán con reacción nitroide; contra mi parecer emprendió un largo viaje por tren y con carruaje después de la inyección; tres días después comienzo de una encefalitis serosa clásica que terminó con el enfermo 48 horas después en coma.

El segundo caso era una embarazada con lesiones buco-faringo-laríngeas; inyección de 40 centigramos de salvarsán, ascenso grande de temperatura y a las pocas horas sudores profusos que se continuaron con palidez y angustia, ataques de apnea intermitentes que duraron 3 días con perfecta integridad del sensorio hasta un ataque el 6.º día de la inyección más intenso que los otros, que dejó la enferma en un sopor dulce que acabó tranquilamente en coma, muriendo 7 horas después de este último ataque.

El tercero era una infeliz hetaíra, histérica, alcohólica y con una sífilis maligna precoz. La 1.ª inyección de 30 centigramos de salvarsán produjo un efecto maravilloso sobre las lesiones; quince días después la 2.ª inyección de la misma dosis; una hora después escalofrío violento, náuseas, vómitos, rigidez de la nuca y trismus unilaterales seguidos de pérdida del conocimiento; después de estos síntomas y recobrado el conocimiento la enferma se encontró bien hasta que el día siguiente comenzó un cuadro de trastornos digestivos de fisonomía arsenical clásica, en que no faltaba la hepatomegalia, terminando con trastornos asfícticos 4 días después de la 2.ª inyección.

En los dos últimos casos se practicó autopsia, que demostró trastornos bulbares en el primero y una intoxicación arsenical clásica en el último junto con los trastornos cerebrales propios de la salvarsánica.

Del estudio de mis casos y de los que me han enseñado las otras publicaciones extranjeras resumiré mi criterio dividiendo las muertes por salvarsán en dos grupos.

1.º Casos por deficiencia fijadora de los órganos desintoxicantes (*síndrome arsenical abdominal clásico*) 3.º caso.

2.º Casos por neurotropa arsenical a causa de degeneración parenquimatosa visceral previa (*síndrome encefálico (cerebral o bulbar)*) 1.º y 2.º casos.

Poco claras deducimos de nuestros casos las consecuencias con todo, creemos que alguna enseñanza nos han reportado.

- 1.º Necesidad de no comenzar por dosis altas, ni siquiera medias.

(1) Sólo hay el caso del Dr. Luque Morato en el *Consejo Societario* de Córdoba y algunas publicaciones que como la del Dr. L. Sierra no hacen referencia a observaciones personales.

- 2.º Rechazar el aumento de dosis en los casos de reacción nitroíde.
- 3.º Obligar al enfermo a descansar el salvarsán obligándole a guardar cama después de la inyección.
- 4.º Cuidar la dosis en los enfermos con insuficiencia de los órganos demitoxicantes, entre los cuales se comprenden las embarazadas.

F. Las contraindicaciones

Sigue pensándose por algunos como en el comienzo del salvarsán; entonces se seguían las reglas que muy prudentemente recomendaba Ehrlich, la practica ha depurado la cuestión y es preciso desaparecer el error.

Las *lesiones renales* no son una contraindicación, sino al contrario: el salvarsán es un medicamento precioso y sobre todo único para los *sifilíticos renales* y para los *nefríticos con sífilis*. Unos y otros, antes del salvarsán, sobre todo los segundos, se encontraban totalmente desarmados, porque el mercurio agravaba enorme y constantemente las lesiones; con el salvarsán los *nefríticos han hallado precisamente su medicamento*.

Las lesiones de fondo de ojo, sobre todo las degenerativas y los procesos crónicos de este órgano, eran considerados como contraindicaciones; hoy día no se tiene en cuenta esta contraindicación; si las lesiones son específicas; mejoran; si no lo son, se ha demostrado que no son arsenotropas y si se trata de parasífilis pueden, en ciertas circunstancias, mejorar, jamás el medicamento contribuye a acelerar su desarrollo progresivo.

Las lesiones *degenerativas del sistema nervioso central* indican la precisión de no forzar las dosis, pero indudablemente no contraindican el salvarsán.

Queda la contraindicación formal del salvarsán para las lesiones *degenerativas vasculares* y las *cardíacas* todas, pero sólo para la endovenosa, pues la intramuscular nos ha prestado, como hemos dicho ya, excelentes beneficios en estos enfermos. Entran en esta contraindicación los individuos con diátesis hemorrágica.

G. Las indicaciones de necesidad

El salvarsán es indispensable en los siguientes casos:

- 1.º En los sifilíticos con idiosincrasia para el mercurio demostrada anteriormente.
- 2.º En los sifilíticos que sin esta idiosincrasia el tratamiento hidrargírico hubiese cansado o enfermado un determinado órgano (boca, intestino, riñón).
- 3.º En los sifilíticos con nefropatías.
- 4.º En los casos de accidentes sifilíticos de rápida evolución (gomas palatinas, mielitis, gomas cerebrales).
- 5.º En las sífilis galopantes.
- 6.º En los sifilíticos profundamente anemiados.

H. Los resultados del galil.

Hemos dicho ya que creíamos al galil un variante del salvarsán; nuestros resultados nos permiten hacer esta afirmación. Escogimos para el tratamiento de ensayo enfermos con manifestaciones diferentes y en diferentes periodos evolutivos, principalmente casos en que los otros arsenicales más antiguos obran maravillosamente.

Ob. I. M. 30 años, antigüedad de tres meses.

Restos de esclerosis en la ninfa derecha, sífilide papulosa discreta, en la piel *condilomas y placas* en los genitales externos y periné.

Galil 0'30, mejoría rápida a los 15 días al administrarse la 2.º quedaban sólo las manchas en el sitio de los condilomas, las ulceraciones cicatrizaron en 4 ó 5 días.

Ob. II. A. N. 28 años, *esclerosis inicial ulcerada*, adenitis satélite.

Galil 0'40 que cicatrizó rápidamente la esclerosis; el enfermo se encontró tan bien que no volvió el día fijado para la 2.ª inyección y reapareció más tarde con una ligera roseola y rastros de induración en el sitio de la esclerosis.

Ob. III. J. M. 25 años, *sífilide recidivante bucal*; pues de 4 años.

Tratado con mercurio insistentemente y regularmente, pero el mercurio no ha bastado para acabar la esterilización definitiva.

Galil de 0'30 que hace desaparecer a los dos días las placas mucosas bucofaringeas. Se ha seguido

hasta 4 inyecciones más de galil, cada 10 días una. Descansa actualmente para practicársele la Wassermann dos meses después de la última inyección.

Ob. IV. C. S. 26 años. Heredo-lues. *Infiltrado gomoso de la piel de la nariz* y del tabique, que ha perforado; aspecto lupoides, confundido hasta nuestro diagnóstico con un lupus.

4 inyecciones de Galil desde 0'25 a 1'45 con resultados rápidos después de la primera, cicatrización 3 semanas después; ha quedado una cicatriz de excelente aspecto estético.

Ob. V. N. N. 38 años. *Sifilide gomosa de las piernas*.

3 inyecciones de 0'25 a 0'40. Las lesiones cicatrizaron lentamente, pero después de la tercera la cicatrización era completa.

La 3.ª inyección produjo un síncope.

Ob. VI. M. 26 años. *Sifilide papulosa lenticular*.

1.º inyección de galil de 0,30, las lesiones a los 15 días apenas habían sufrido modificación; la 2.ª inyección produjo una regresión lentísima de las lesiones que hizo que abandonáramos el tratamiento por emplear mercurio.

Ob. VII. J. R. 40 años *Algias terciarias; neurastenia específica*.

3 inyecciones de galil de 0'30 a 0'40: mejoría notable del estado general, atenuación de las algias; efectos tóxicos manifestados por el peso y el aspecto de piel y mucosas.

Ob. VIII. N. N. 28 anys. *Esclerosis inicial exulcerada*, de 5 semanas; *adenitis*; no hay síntomas generales ni cutáneos. 1.ª inyección de galil, la ulceración de la esclerosis se modifica pero cambia poco la induración; 12 días después y no pudiendo interpretarse como una reacción de Herxheimer, aparecen manchas, por lo cual se abandona el galil para emplear el mercurio.

En la clínica tenemos hasta 5 casos más, que por no haber reaparecido el enfermo habiendo tomado una o dos inyecciones de galil no podemos tomar en consideración.

Deducimos de nuestras observaciones unas impresiones de momento, que no pueden ser de ningún modo definitivas, esquematizándolas así:

1.º La fisonomía de su acción terapéutica es parecida al salvarsán, quizá un poco más lenta.

2.º No existen con el galil las reacciones vasculares de los arsenicales y siendo éstas reacciones las causantes de los accidentes graves del salvarsán sería bajo el punto de vista tóxico superior a este medicamento.

3.º Si no existen estas reacciones vasculares, las contraindicaciones para el galil serán menores que para el salvarsán y quizá sea el arsenical de cardíacos, arterioesclerosos y neuropatas con lesiones degenerativas.

4.º No podemos de todos modos aventurar conclusiones definitivas de comparación entre salvarsanes y galil.

I. *El valor abortivo de los nuevos arsenicales*

Los nuevos arsenicales tienen, como abortivos, un valor superior indiscutiblemente al mercurio.

Entendemos por tratamiento abortivo el que consigue evitar la sífilis constitucional y que presenta después constantemente la Wassermann negativa.

Antes del salvarsán eran excepcionales los casos en que esto se conseguía. Actualmente, más de la mitad de las sífilis primarias con un tratamiento salvarsánico, de dos meses solo o mejor acompañado del mercurio, abortan.

No es una rareza, no es un hecho excepcional; más de la mitad de las sífilis comenzadas a tratar antes de los veinte días de la aparición de la esclerosis inicial, abortan, y es más fácil conseguir esta esterilización cuantos menos sean los días de la data de aparición de esta esclerosis.

J. *Su valor esterilizante*

En cambio las sífilis constitucionales, sobre todo las no frescas, resisten al salvarsán, no en el sentido de la curación del accidente, en el sentido de la esterilización definitiva.

Y nosotros dividiríamos los casos en dos grupos: en un *primero*, el menos numeroso, el salvarsán repetido con insistencia en una o dos curas cambia la reacción y hasta la mantiene negativa para siempre (nos referimos a seis años).

Y en otro grupo, el más numeroso, en que a pesar del salvarsán persiste la reacción positiva con mucha más frecuencia que con las curas sostenidas de mercurio.

Nosotros hemos visto con más frecuencia casos salvarsanados en los cuales después el mercurio ha terminado la esterilización, que casos mercurializados en que el salvarsán ha producido la negatividad de la reacción positiva.

Pero aparte del valor esterilizante del salvarsán sólo y del mercurio sólo, yo sé que con ambos me-

dicamentos se consiguen muchas más esterilizaciones y lo que es más demostrativo menudean los casos de *reinfecciones* que antes eran tan extremadamente raros. No es necesario saber más para emplearlos juntos cuando se puedan maridar, pensando después si es que el mercurio sensibiliza para el salvarsán o viceversa; o si es que se destruyen con el salvarsán los que ya eran mercuriorresistentes y con el mercurio los arsenorresistentes. Después de seis años, puede hablarse ya de casos de *curación*, de esterilizaciones definitivas y por lo menos los casos de *reinfección* son una prueba de que ha habido con este tiempo casos de curación. De los demás pensamos que los casos de *cura abortiva* en que el Wassermann persiste durante un año negativo pueden darse también por esterilizados y que en los *constitucionales* cuyos síntomas han sido dominados la primera vez y no han revedecido y las reacciones son persistentemente negativas serán en su casi totalidad curaciones, en cambio hay que desconfiar de os casos que después de desaparecidos los accidentes con salvarsán y en los períodos de descanso de tratamiento han presentado recidivas porque de éstos son los casos dolorosos que hemos presenciado en que durmiendo tranquilamente el enfermo con su Wassermann negativo y confiado en el salvarsán que ha ocasionado este cambio de reacción se ha visto sorprendido por un ataque de epilepsia, una parálisis espinal o los pródromos de una parálisis general progresiva.

A los seis años de salvarsán queda para buen número de casos en pie lo de la curación definitiva de los sífilíticos.

Sólo la persistencia de un tratamiento crónico de más años que los que desde el comienzo del salvarsán han transcurrido podrá quizá conseguir la esterilización definitiva de estos casos. No es, pues, descaminada nuestra aseveración del comienzo del salvarsán de que hasta veinte años no podrá hablarse de esterilizaciones definitivas; así como ahora fijamos reglas de ciertos casos y de las condiciones de los mismos, quizás entonces las podremos fijar para todos.

Mientras tanto, podemos afirmar que la medicación de Ehrlich, que desde los primeros momentos llevó la curación a tantos enfermos que tan tristemente iban muriendo etiquetados con el tremendo anatema «no hay redención», aborta la infección en la mitad de los casos que ha tiempo se emplea y esteriliza o contribuye a esterilizar definitivamente, mucho más frecuentemente que cuando se prescinde de él.

Hasta que transcurran más años no podremos generalizar la aseveración anterior para todos los casos de sífilis, pero vislumbramos que gracias a la entrada en terapéutica de los arsenicales podremos afirmar en todos los casos, aun en los que las destrucciones de los parénquimas nos impidan pronunciar la palabra curación, que *el organismo del sífilítico se esteriliza definitivamente*.

Sesión del 27 de mayo de 1916

Comunicación del doctor Menacho

La reabsorción espontánea de la catarata

(Segunda contribución al estudio de la *curación espontánea de la catarata*)

El proceso de la curación espontánea de la catarata puede cumplirse de tres maneras distintas: por luxación, por reabsorción y por aclaramiento.

I. *Luxación*.

La luxación del cristalino no es un hecho frecuente, pero pocos serán los oculistas que no lo hayan observado varias veces, ya sea a consecuencia de un traumatismo, ya como anomalía congénita, o como accidente senil (por friabilidad excesiva de la zónula); y fácilmente se comprenderá que cabe muy bien el caso de que un cristalino opacificado sufra la misma suerte. Estos casos son interesantes, pero ya no excitan nuestra curiosidad (1).

(1) Dr. Menacho.—«La curación espontánea de la catarata», comunicación a la 4.^a Asamblea de la «Sociedad Oftalm. Hisp. Americana», Madrid, 1907.