

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
L. GARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Lujaciones del hombro, por el Dr. J. Goyanes.—Protozoosis en los niños observadas en el Sur del Perú, por el Dr. Edmundo Escamé.—Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por los agentes naturales, por Ramón Villegas.—El riñón y las glucosurias, por Justo Caballero y Fernández.—Bibliografía, por E. L.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Cartas de los Sres. Menéndez Pelayo y Pulido sobre el lenguaje y el estilo literario en los médicos.—Remitidos, por Valentín Martín Calderón.—A propósito de la nueva orden para recetar, por Alfonso F. Pacheco.—Primer Congreso Nacional de reorganización sanitaria.—D. Alfonso X, el Sabio, por el Dr. D. Nicasio Mariscal.—Sección oficial: Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Marina.—Ministerio de Hacienda.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

LUJACIONES DEL HOMBRO

LECCIÓN CLÍNICA

POR EL

DR. J. GOYANES

Frecuencia.—Las lujaciones de la articulación del hombro, llamada también del húmero, por ser éste el hueso periférico que interviene en la formación articular, son las más importantes de todas, pues su frecuencia es mucho mayor que la de las demás. Representan, según los datos estadísticos, el 50 al 55 por 100 de todas las lujaciones. Lo expuesto que se halla el hombro á las violencias exteriores, el largo brazo de palanca que forma el húmero y su gran movilidad, así como la constitución anatómica de la articulación, favorecen su producción.

Estas lujaciones son cuatro ó cinco veces más frecuentes en los hombres que en las mujeres, lo que se explica fácilmente, teniendo en cuenta el género de vida de cada sexo. En los niños son raras, y en los ancianos menos frecuentes que en los adultos; en éstos aumenta la predisposición con la edad, de tal manera, que los decenios 5.º y 6.º de la vida dan el mayor contingente.

División.—Teóricamente puede decirse que el húmero al lujarse puede situarse arriba, abajo, delante ó detrás de la cavidad glenoidea, y en consecuencia ad-

mitirse estas cuatro variedades de lujación; pero si se tiene en cuenta la situación de la bóveda acromioclavicular por encima y la inserción en la parte baja de la cavidad glenoidea, del potente manojó que forma la cabeza larga del tríceps, puede asegurarse que las lujaciones hacia arriba y hacia abajo no corresponden al grupo de las llamadas típicas ó regulares, y en consecuencia podemos dividir aquéllas en lujaciones hacia delante y hacia atrás, en la siguiente forma, aceptando en gran parte la clasificación de Hoffa (1):

- 1.º Lujaciones hacia delante ó preglenoideas:
 - a) Lujación subcoracoidea.
 - b) Lujación subclavicular ó intracoracoidea.
 - c) Lujación axilar, con su variedad la erecta, de Middeldorph.
- 2.º Lujaciones hacia atrás ó retroglenoideas:
 - a) Lujación subacromial.
 - b) Lujación infraespinosa.

Algunas de estas variedades pueden ser completas ó incompletas, según que la cabeza humeral haya ó no perdido todo contacto con la cavidad glenoidea; pero las variedades incompletas suelen ser raras y de menor interés en la práctica.

Lujaciones hacia delante ó preglenoideas:

Mecanismo.—Pueden producirse estas lujaciones por un mecanismo directo, que consiste en un golpe, choque

(1) HOFFA: Lehrbuch der Fracturen und Luxationen.

ó caída sobre el muñón del hombro; de ordinario la violencia actúa en la parte posterior ó superior y empuja violentamente la extremidad del húmero hacia abajo y adelante, es decir, hacia la parte más débil de la cápsula articular. Para que esto suceda se necesitan violencias traumáticas considerables, y á la luxación suelen acompañar entonces lesiones contusivas ó heridas en la región del hombro. Pero el mecanismo más frecuente en la producción de estas luxaciones es el *indirecto*. Entonces la violencia traumática está multiplicada por la acción de palanca que ejecuta el húmero para luxarse. Una caída al suelo con el brazo en extensión y abducción suele ser la causa más frecuente en estas dislocaciones. Pueden reducirse á tres las fases ó tiempos del acto de la luxación; en el primero el brazo ejecuta un movimiento de abducción é hiperextensión fisiológicos, pero llevados al extremo; en el segundo el húmero obra como palanca, pues persistiendo la acción traumática, y continuando la excursión, fuera ya de los límites fisiológicos, la tuberosidad mayor se apoya contra el borde superior de la cavidad glenoidea y quizá el cuello quirúrgico se aplica y choca contra el acromión, con lo cual se forma una palanca de primer género, cuyo brazo de la potencia es mucho mayor que el de la resistencia; entonces la cabeza humeral conducida hacia la parte inferoanterior y más débil de la cápsula, la desgarrar y rompe por su inserción glenoidea ó humeral y sale fuera de la cavidad articular. En el tercer tiempo el brazo es conducido por haber cesado la fuerza luxante y por contracción de los músculos á la posición normal, pero la cabeza del húmero desplazada y retenida fuera de la articulación por las contracciones musculares y tensión ligamentosa, queda permanentemente allí situada fuera ya de la articulación y, por lo tanto, luxada.

Cuando la caída se realiza estando el brazo en fuerte elevación, la cabeza humeral sale de la cavidad articular por la parte inferior capsular y queda alojada en la axila en contacto de su pared interna ó torácica, si el movimiento de reposición del brazo es poco amplio, y entonces persiste en fuerte abducción; así se origina la luxación axilar. Una tracción violenta del brazo hacia arriba ó un golpe sobre el brazo ó codo estando fuertemente elevado y separado, pueden también dar origen á la luxación axilar.

Si falta el tercer tiempo ó momento del mecanismo descrito de estas luxaciones anteriores del húmero, y el brazo, llevado enérgicamente hacia arriba por la violencia traumática, persiste en abducción forzada ó también enhiesto, dirigido hacia arriba, y en esta posición se mantiene, tanto por su propio peso, cuanto por la contracción de los músculos que en él se insertan, se produce la variedad de luxación llamada erecta, bastante rara, descrita por vez primera por Middeldorph. Casi siempre se trata en estos casos de caídas con el brazo muy elevado, como sucede al precipitarse por el hueco de una escalera, en un pozo, etc. Entonces el movimiento final de adducción que acompaña á las luxaciones, no se produce, y el brazo queda en fuerte adducción ó elevación.

Cuando la cabeza humeral, al romper la cápsula en el segundo tiempo de la luxación se desvía fuertemente hacia adentro, de tal manera, que á diferencia de lo que sucede en la luxación subcoracoidea, pierde todo contacto con la apófisis coracoidea y se sitúa hacia dentro, es decir, por debajo de la clavícula, se origina la luxación subclavicular, de la cual algunos diferencian todavía la intracoracoidea, pues en ésta la cabeza humeral conservaría el contacto con el lado interno de la coracoides, pero quedando situada por debajo de la clavícula.

Además del mecanismo descrito, puede producir las luxaciones anteriores la simple y pura contracción muscular, como sucede raramente en el acto de lanzar una piedra con la honda ó la mano, restallar un látigo, realizar un movimiento de rotación, y á veces también durante los ataques epilépticos ó eclámpicos. Entonces la causa de la luxación reside en la contracción antagónica del deltoides que es adductor, y del pectoral y gran dorsal, que obran como abductores. Estando el brazo en adducción, el primero de estos músculos tira del húmero hacia arriba y los abductores hacia abajo y adentro, concluyendo por desplazar la cabeza por delante de la cavidad glenoidea.

Lesiones anatómicas.—La cápsula está rasgada en estas luxaciones anteriores en la parte antero-inferior entre los tendones del sub-escapular y la cabeza larga del tríceps. En las luxaciones incompletas puede la cápsula no estar rota, sino tan solo distendida y relajada; á veces también la cápsula está despegada de las inserciones en el cuello escapular junto con el periostio de la escápula. La rasgadura capsular por donde emerge la cabeza humeral es más considerable en la variedad de luxación subclavicular. Las partes no desgarradas de la cápsula que forman el ojal suelen estar tensas y retienen fija la cabeza del húmero, como ha descrito Faraboeuf; pero el refuerzo capsular que adquiere más tensión es el ligamento coraco-humeral, como sabemos desde los estudios de Kocher. El es el que retiene, principalmente, fija en su posición anómala la cabeza del húmero.

Los tendones de los músculos que se insertan en la cabeza del húmero suelen estar contundidos y rasgados; más raramente se rompe el tendón de la cabeza larga del bíceps; éste suele colocarse de modo oblicuo, desde su inserción en la parte alta de la cavidad glenoidea hacia el canal intertubercular del húmero; pero puede interponerse entre la cabeza y la cavidad, y aun enrollarse alrededor de aquella, constituyendo un obstáculo para la reposición.

No es infrecuente que á la luxación del húmero acompañen fracturas por arrancamiento de las tuberosidades de este hueso; la más frecuente es la de la tuberosidad mayor á causa de la acción enérgica de los músculos supra é infra-espinosos y redondo menor. Cuando esto ocurre, la tuberosidad mayor desprendida se coloca de modo que su superficie cruenta ó de fractura se aplica á la cavidad glenoidea y la porción de la cabeza humeral de donde aquella se ha desprendido se adapta y enclava en el borde infero-interno glenoidal,

según han demostrado Roser y Körte. Menos veces ocurre que el músculo sub-escapular arranque la tuberosidad menor. También se producen á veces desprendimientos del reborde cartilaginoso de la cavidad glenoidea ó de segmentos óseos de la misma, y en los grandes traumatismos la luxación puede ir acompañada de fractura del cuello de la escápula ó del cuello quirúrgico del húmero, como hemos tenido ocasión de observar.

Los vasos y nervios sufren siempre más ó menos los efectos de la luxación, de tal manera que se hallan comprimidos ó contundidos. Sólo en casos excepcionales pueden experimentar roturas de sus túnicas que determinan trombosis ó aneurismas traumáticos; la compresión nerviosa se traduce por perestesis y por parálisis, siendo el nervio axilar el más expuesto á estas lesiones.

Síntomas.—Los correspondientes á la luxación subcoracoidea suelen ser tan marcados que el diagnóstico se hace con facilidad, á veces á través de las ropas (Pitha). Desnudo el paciente se nota su hábito característico; la cabeza está inclinada hacia el lado de la lesión; el codo en flexión y apoyado sobre la mano del lado no lesionado; el paciente se queja de dolores fuertes en el hombro, propagados á todo el miembro y también de perestesis (hormigueos, etc.) Por inspección se aprecian los siguientes síntomas: relieve grande del acromión y depresión subacromial; posición del brazo en abducción; deformidad de la región articular; excentricidad del eje del brazo y alargamiento aparente del mismo, sobre todo visto por detrás; la cavidad de la axila parece más profunda y la pared anterior de la misma está alargada; la región por debajo de la apófisis coracoides presenta un mayor relieve.

La depresión subacromial y el relieve del acromión son la consecuencia natural de la falta de la cabeza del húmero en la cavidad articular. Se ha comparado el aspecto que ofrece entonces el hombro al de un maniquí. La abducción es de tal grado, que el brazo forma con la pared lateral del tórax un ángulo de unos 20°; es la consecuencia de la fijación de la extremidad del húmero por los ligamentos y músculos. La excentricidad consiste en que la prolongación ideal del eje del brazo hacia arriba, no conduce al muñón del hombro, sino más adentro y hacia adelante hacia la fosa de Morenheim, tanto más cuanto mayor desplazamiento interno tenga la cabeza del húmero; al nivel de la inserción del deltoides en el húmero parece apreciarse á veces el vértice de un gran ángulo abierto hacia afuera.

La palpación confirma los datos anteriores; el brazo está rígido, de tal manera, que los movimientos pasivos son muy limitados en todos sentidos, sobre todo en el de la adducción; así es que no se puede conducir el brazo hasta ponerlo en contacto con la pared externa del tórax. Este síntoma es de tal valor, que nosotros desechamos en seguida el diagnóstico de luxación típica cuando podemos conducir el brazo hasta ponerlo en contacto del tórax. Los limitados movimientos que se pueden imprimir al brazo luxado, van acompañados de dolores bastante intensos en las luxaciones recientes; el brazo ofrece siempre una resistencia elástica á los mis-

mos, volviendo á adquirir su posición; los movimientos, además, se realizan en su mayor parte á favor de la rotación de la escápula.

Se descubre también, por medio de la palpación, á no ser que se trate de un paciente muy obeso ó que el exudado traumático lo impida, que la cavidad articular está vacía y la cabeza humeral ausente; ésta se palpa por debajo de la coracoides en la fosa de Morenheim. Los movimientos activos son muy limitados, van acompañados de dolor y se producen á expensas de la escápula.

Por medio de la medición se demuestra que hay de ordinario acortamiento real del brazo. Los puntos convenientes para determinar la longitud de aquél, son el acromión y la punta del epicóndilo externo. Debe siempre, como es natural, compararse la longitud con la del miembro sano. El perímetro acromial está aumentado de longitud; para determinarle se aplica el extremo de la cinta métrica al vértice del acromión, se rodea con ella la axila y se vuelve al punto de partida; la longitud de esta medida es siempre mayor en el lado de la lesión.

En los casos de diagnóstico difícil, podrá acudir al examen en narcosis, y, entonces, se aprovecha ésta para practicar la reducción; pero hoy con la radiografía, la narcosis está menos indicada para la determinación diagnóstica. Para obtener el roentgenograma debe el paciente estar echado sobre la espalda ó sentado; la placa se colocará en la parte posterior del hombro y la dirección del rayo anticatódico será perpendicular al plano anterior de la articulación. La imagen radiográfica demuestra la salida de la cabeza humeral de la cavidad y su desplazamiento interno permite apreciar el contorno libre de la cavidad glenoidea y la falta de contacto de las superficies articulares. No suele, por lo tanto, dejar duda alguna. Además, descubre las lesiones óseas accesorias, como la fractura de las tuberosidades, del borde cotiloideo, de la cabeza humeral, del cuello escapular, etc.

El diagnóstico de la existencia simultánea de fracturas de las tuberosidades ó del borde cotiloideo, suele hacerse á veces por la exploración, si se percibe una movilidad excesiva en el brazo, y sobre todo si se aprecia crepitación al imprimir movimientos pasivos. Estos mismos síntomas suelen apreciarse cuando á la luxación acompaña la fractura del cuello anatómico ó del quirúrgico del húmero.

En la luxación axilar, los síntomas propios de la subcoracoidea suelen estar modificados en el sentido siguiente: la cabeza del húmero hállase alojada profundamente en la axila, de tal manera, que es fácil de palpar en esta cavidad; el brazo se halla en fuerte abducción, el codo muy separado del tórax; á veces puede verse ó sea apreciarse por simple inspección la cabeza humeral en la axila. El relieve del acromión es considerable, el deltoides está muy aplanado, y en algunos casos llega á ser cóncava la superficie deltoidea subacromial. El alargamiento aparente del brazo y de la pared anterior de la axila son también más considerables que en la luxación subcoracoidea. En cambio, por

debajo de la coracoides no se nota elevación alguna y aquella apófisis se aprecia bien en los individuos flacos.

En la *luxatio erecta*, variedad de la axilar, el brazo está elevado y el codo puede llegar al nivel de la cabeza ó más alto; la mano suele apoyarse en ésta ó estar sostenida en su elevada posición por la del lado sano, para impedir los dolores.

En la *luxación subclavicular* la cabeza del húmero hace relieve en la fosa de Morenheim, por debajo de la clavícula, allí donde se juntan los bordes del deltoides y pectoral mayor. Se la palpa allí con facilidad. El brazo está en abducción no muy acentuada y en rotación hacia dentro, pero el codo no puede aproximarse enteramente á la pared lateral del tórax. La cavidad axilar está muy reducida y estrechada por delante, de tal modo, que apenas se puede introducir los dedos; en cambio, por detrás se palpa el borde de la escápula hasta la cavidad glenoidea. Con el nombre de *luxatio horizontalis*, ha descrito Bardenheuer una variedad de luxación axilar en la cual el brazo quedó fijo en aquella posición.

La luxación supracoracoidea es muy rara; se admite, según Busch, que para que se produzca es preciso que se rasgue el tendón del subescapular y sean arrancados ó rotos el acromión ó la apófisis coracoides; pero Mayo Robson observó un caso de luxación supracoracoidea que no iba acompañada de fractura ósea. La cabeza del húmero hace gran prominencia entre el acromión y la coracoides; la depresión subacromial es tan sólo posterior y poco manifiesta; por detrás puede palparse la cavidad glenoidea ó por lo menos su borde posterior. Si hay fractura de la coracoides se percibe crepitación.

El diagnóstico diferencial de las luxaciones preglenoideas se hará en un capítulo final, después del estudio de todas las lesiones traumáticas del hombro.

El pronóstico de las luxaciones preglenoideas recientes y regulares es por lo general favorable, porque la reposición se realiza con facilidad y la restitución funcional del brazo suele ser completa.

El pronóstico es, sin duda, más favorable en los individuos jóvenes que en los viejos. Un tratamiento mecanoterápico precoz favorece el pronóstico y acorta el período de curación. Cuando á la luxación preglenoidea acompañan lesiones periarticulares, como desgarros extensos tendinosos ó musculares, arrancamiento de apófisis y, sobre todo, lesiones nerviosas, el pronóstico es más desfavorable y pueden persistir perturbaciones funcionales que determinen una incapacidad parcial para el trabajo. La distensión y el desgarró del nervio axilar suele producir la parálisis y atrofia del deltoides, la cual determinará la incapacidad funcional correspondiente.

Si los intentos de reposición fracasan ó si por negligencia el paciente no se somete á la reducción ó ésta no se lleva á cabo por falta de médico ó de persona que la ejecute, la luxación envejece; suele formarse una neartrosis, y al cabo de más ó menos tiempo la movilidad del brazo mejora y la capacidad funcional se hace

algo mayor; pero la función, en la mayor parte de los casos, queda perturbada honda y definitivamente.

(Continuará.)

PROTOZOOSIS EN LOS NIÑOS OBSERVADAS EN EL SUR DEL PERÚ

POR EL

DR. EDMUNDO ESCOMEL

De Arequipa (Perú).

Laureado por la Academia de Medicina de París.

En este trabajo vamos á exponer hechos que hemos observado á diario en los niños hasta los siete años de edad, revelando el interés que tiene el sentar un diagnóstico científico y preciso, del cual emana el tratamiento lógico, desterrando en lo posible todo proceder empírico.

Debemos dejar constancia plena, de que no sólo en el vasto grupo de las protozoariosis humanas, si que también en el dilatado campo de casi toda la patología, la percepción de las causas nosológicas por medio de nuestros sentidos es posible, no siendo aceptable admitir en la actualidad el ejercicio médico sin el auxiliar poderoso del Laboratorio y en particular del microscopio, como no es dable la práctica del cirujano sin el instrumental que debe acompañarle.

La extensión restringida que la capacidad periodística impone con grande lógica á esta clase de trabajos, me obliga á ser breve y lacónico, saltando detalles y buscando sólo lo esencial para presentarlo en sinopsis.

ESPIROQUETOSIS

Entre los espiroquetos (protozoarios) y los espirilos (bacterias), las diferencias no están definitivamente zanjadas, existiendo puentes de paso que no interrumpen por este lado la escala de la naturaleza entre los reinos vegetal y animal.

Lo que nos ha hecho colocar algunas dolencias en este grupo, se debe en particular á la acción rápida y enérgica de los grandes arsenicales, más que otros caracteres, aparte de la similitud microscópica.

Hemos estudiado los espiroquetos de dos maneras: viendo las preparaciones en fresco con tinta de china ó al ultramicroscopio y con coloración al violeta de Klaussner, después de fijación al calor ó á los vapores de bromo.

Casi nunca ó nunca hemos encontrado los parásitos solos; siempre se hallan acompañados por variada flora y aun fauna, llamando sólo espiroquetosis á aquellas en que han predominado superabundantemente él ó los espiroquetos.

ESPIROQUETOSIS GINGIVAL

Estomatitis bastante frecuente en los niños, con dolor é hinchazón en las encías, que en veces se extiende á algunos sitios de la mucosa palatina ó á la lengua ó mejillas. Esta rubicundez se acompaña de salivación y al presionar las encías puede salir pus, en el cual abundan los espiroquetos.

Algunas veces hemos visto desarrollarse abscesitos peridentarios gingivales, y aun grandes abscesos submaxilares, en los cuales se veía, en cultivo puro, el *spirillum dentium*.

Tratamiento.—Enjuagatorios cada dos horas con agua oxigenada, diluída al 20 por 100. Toques, tres veces al día, de polvo de neosalvarsán ó de galil, en glicerina neutra, siguiendo el reborde de las encías é insistiendo en que el medicamento penetre en los focos purulentos. Bebidas emolientes, medicación amoniacal y balsámica.

En los abscesos dentarios espiroquetóticos, la administración de licor de Pearson, en niños mayores de tres años, ha modificado en veces, favorablemente, la evolución de la enfermedad.

Licor de Pearson.....	8 gramos.
Jarabe simple.....	8 —
Agua destilada.....	100 —

Dos cucharaditas al día.

En caso de supuración se practica la incisión quirúrgica, ó mejor el drenaje filiforme, que cura en muy poco tiempo, sin dejar cicatriz.

ESPIROQUETOSIS AMIGDALINA

En las amigdalitis, sean superficiales, crípticas abiertas ó crípticas cerradas, flegmonosas, es frecuentísimo encontrar espiroquetos como factores nosológicos de primer orden.

Antes de recurrir al microscopio, la forma circinada, producida por el hecho de la biología misma del parásito, ya nos hace pensar que es un espiroqueto con sus movimientos en tirabuzón el que se cultiva en el tejido superficial amigda, lino.

Las amigdalitis son eritematosas, pultáceas, ulcerosas-pseudomembranosas y flegmonosas, según el grado de la lesión, y al examinar el exudado predomina la presencia de espiroquetos. Asociaciones constantes se hallan en la angina pseudomembranosa y en la angina de Vincent.

Los síntomas clínicos son: dolor en la región, disfagia, quebrantamiento general, polidipsia, dolor en el ángulo de la mandíbula, reacción glandular, fiebre más ó menos intensa; síntomas que con un acmé al segundo día, terminan en veces en cuatro días. Cuando los síntomas se exacerban demasiado, es que sobreviene el flemón amigdalino, cesando con la abertura natural ó artificial del absceso.

Tratamiento.—El mismo que el anterior, siempre que el microscopio haya demostrado el predominio espiroquetótico.

ESPIROQUETOSIS BRONQUIAL Y BRONCOPULMONAR

De mucho tiempo atrás habíamos notado la rapidez con que mejoraban algunas bronquitis y bronconeumonías que encerraban entre sus parásitos causales espiroquetos, por la administración de arseniatos ó cacodilatos añadidos á la medicación corriente de ellas.

Esta práctica empírica se me hizo usual hasta encontrar su explicación en el descubrimiento de la acción específica del arsénico y sus derivados contra todas las espiroquetosis protozoáricas humanas.

El hecho ha sido evidenciado en los últimos tiempos en Francia, en donde se emplean también aquellos compuestos químicos en los casos en que superabunda, ó por lo menos, existen en cantidad apreciable, las diversas razas de espiroquetos en el esputo de los niños atacados de bronquitis ó de bronconeumonía.

Los síntomas clínicos de las bronquitis no difieren de los corrientes, con su mayor ó menor gravedad relativa.

La terapéutica que me ha dado los mejores resultados es la siguiente:

Arseniato sódico.....	0,001 (1 mlgs.)
Benzoato sódico.....	6 á 8 gramos.
Sulfato de esparteína.....	0,15 —
Extracto fluido de quina....	} a a 6 —
Extracto fluido de kola....	
Hidrolado de flor de violeta.	120 —
Jarabe de Tolú.....	30 —

Cucharaditas, una cada dos horas, que se repiten durante los ocho días que casi siempre constituyen el ciclo normal de estas dolencias.

Vaselina líquida.....	30 gramos.
Gomenol.....	30 —

M. s. a.

Echar XX gotas de este aceite en cada ventana de la

nariz, hasta que pase á la garganta, tres á seis veces al día, como *anticatarral* y *profiláctico de otitis* y de *meningitis*.

Hacer hervir agua con hojas de eucaliptus, en la habitación, á permanencia.

La vaselina gomenolada intranasofaríngea mantiene la fluidez de las secreciones y favorece la fagocitosis; idéntico efecto se obtiene con la respiración húmeda-balsámica que, además, activa los movimientos expulsivos de los cirros del epitelio traqueal, tan necesarios en la defensa orgánica natural de los enfermos.

Envoltura de brazos y piernas para efectuar una derivación permanente de flujo congestivo hacia ellos y aplicaciones rubefacientes al pecho y pulmón, ó, en su defecto, el uso de cataplasmas sinapizadas completan la terapia de las bronquitis ó bronconeumonías de los niños, la que si se instituye con todo rigor, desde el primer momento, conducirá casi siempre á un éxito seguro.

TREPONEMOSIS ESPECÍFICA

La treponemosis específica en los niños es sumamente frecuente de observar; ella puede ser precoz ó tardía. Su conocimiento es de absoluta necesidad para instituir un tratamiento rápido y oportuno, que puede decidir del porvenir completo del enfermo.

El lactante que presenta pénfigo, catarro nasal precoz ó intenso, con grietas nasales y labiales y cráneo natiforme, debe seguir lo más rápida é intensamente posible una terapia enérgica, con tanta mayor razón, cuanto que sus órganos internos, nobles, cultivan también la mayoría de las veces el treponema de Schaudin, soportando admirablemente la terapia hidrargírica y yodurada.

Los grandes arsenicales serán manejados con prudencia, por su acción especial sobre la célula hepática ya bastante lesionada por la pululación que en ella hace electivamente el treponema.

No nos parece necesario entrar en más detalles acerca de estos hechos de conocimiento mundial y de apreciación fácil.

AMIBIASIS

La amiba se cultiva de preferencia en el intestino grueso, en el hígado y en las encías de los niños, siendo raro que ataque al infante antes de los dos años.

AMIBIASIS GINGIVAL

Afección rara, pero que hemos visto al haberla buscado.

Se trata de estomatitis más ó menos intensas, con descamación, exulceración y sangrado de la mucosa, que segrega un pus que, al ser examinado, demuestra la presencia de amibas vivas, en bastante proporción, asociadas á otros agentes patógenos.

La cura es sencilla; bastan toques iodados ó al nitrato de plata al $\frac{1}{10}$ ó al permanganato de potasa al $\frac{1}{10}$, hechos cuidadosamente en toda la zona atacada. Buenos resultados me han dado, asimismo, los toques con solución de clorhidrato de emetina al $\frac{1}{10}$.

Tememos, sin haberlo aún demostrado, que las amibas bucales ó mejor sus quistes deglutidos por los niños, puedan en veces ser causa de los cultivos amibianos que se hacen en el hígado ó en el intestino grueso y cuya causa original escapa á la investigación.

Por este pensar, creemos que todo niño atacado de amibiasis gingival debe ser tratado con energía hasta la desaparición completa del protozoario.

AMIBIASIS INTESITAL

La amibiasis intestinal, constituyendo una de las disenterías, la hemos visto con bastante frecuencia en Arequipa y

en los niños de toda edad. Se caracteriza sinópticamente en clínica, por fiebre la mayoría de las veces, dolores intestinales, evacuaciones frecuentes muco-sanguinolentas ó parecidas á lavado de carne, con tenesmo y malestar general.

La cámara recientemente emitida y sin mezclarse con la orina, encierra gran cantidad de amibas, en especial en los grumos muco sanguinolentos preparados á fresco, sin fijación ni coloración entre lámina y laminilla.

Cuando el niño pasa de dos años, tomamos el grumo directamente del interior del recto, valiéndonos de un espéculo nasal; éste será rectal si pasa de cuatro años.

Tratamiento.—En los niños casi siempre hemos obtenido la curación en cinco días, inyectando bajo la piel supradeltoidea ó bajo la de la fosa ilíaca, un centigramo diario de clorhidrato de emetina con un centigramo de sulfato de esparteína.

Hemos hecho poner dos lavados diarios de decocción de raíz de ratania al 10 por 100 y hemos instituido abundante alimentación hidrocarbonada, sola ó añadida á la leche, aprovechando de todos los farináceos que en los últimos tiempos se han preparado con profusión y éxito en la alimentación infantil.

Hacemos beber á voluntad decocción de arroz, membrillo, linaza y goma.

AMIBIASIS HEPÁTICA

La hemos observado primitiva y consecutiva á la amibiasis intestinal.

En el primer caso, el diagnóstico es muy difícil de hacer.

Un niño al que el hígado aumenta de volumen, consecutivamente ó no á una amibiasis intestinal, que pierde en su estado general, con ó sin fiebre y en que las cámaras son frecuentes con ó sin amibas ó sus quistes, debe sospecharse como atacado por un cultivo amibiano en el parénquima hepático y se está en el derecho de intentar un tratamiento emetínico de prueba, el que muchas veces ha coronado con el éxito más completo las simples sospechas esbozadas.

Tratamiento.—En niños de menos de cuatro años hemos inyectado diariamente un centigramo de clorhidrato de emetina y otro de sulfato de esparteína, hasta llegar á 10 ó 20 inyecciones, seguidas ó interrumpidas, después de haber observado el efecto de las primeras.

De cuatro años para adelante, hemos hecho uso cotidiano de dos centigramos de cada substancia.

Hemos atendido al estado general por los tónicos, instituyendo la alimentación reparadora de la disentería y facilitando la digestión de todos los alimentos por medio de los fermentos digestivos con los que la restitución orgánica se hace más veloz y completa.

Casi siempre hemos necesitado de 10 inyecciones; raras veces hemos llegado á 20, y si hubiésemos notado, después de mejoría acentuada, repululación de amibas ó de quistes revelados por retrocesos clínicos, habríamos empleado la tercera serie de 10 nuevas inyecciones, á la que hasta ahora no nos ha sido necesario recurrir.

TRICOMONOSIS

Enfermedad mucho más frecuente de lo que se puede creer si se examinan sistemáticamente las heces de los niños; grave por su tenacidad si no se la diagnostica; de interminable que era en otros tiempos, en veces mortal, hoy se cura en un máximo de diez días, en los casos graves, con un promedio de tres en los casos normales, desde que tuve la suerte de aplicar en la clínica los resultados terapéuticos experimentales que obtuve en el laboratorio.

Este éxito terapéutico lo he visto confirmado por los doc-

tores Derrien y Renaud, en París, por Wenyon en Salónica, por Villa Alvarez en Bogotá, por Vaccarezza en Buenos Aires, por Mauté, Hewlett, Balfour, etc., debiéndose los fracasos á falta de técnica, á la variedad de raza ó la localización del tricomonas como lo hicimos notar oportunamente en la Sociedad de Patología Exótica, en París.

TRICOMONOSIS GINGIVAL

Al par que la amibiasis, suélesela observar en casos raros de estomatitis, asociada siempre á otros parásitos.

El tricomonas se le reconoce con facilidad por sus movimientos característicos, tanto del cuerpo como de los flagelos. La mejor observación se hace en preparaciones en fresco del líquido de las encías. Los mejores colorantes son el Giemsa y el Klausner, previa fijación por los vapores de bromo en preparaciones muy tenues.

La estomatitis cura, generalmente, después de toques diarios, á la tintura de iodo, á la esencia de trementina ó á gargarismos de agua iodada al 1/1.000.

Lo dicho respecto de la amibiasis gingival nos hace establecer el que siempre que se vea una tricomonosis gingival, debe tratársela lo más pronto y definitivamente posible.

TRICOMONOSIS VAGINAL

Muy frecuente en las niñas; su diagnóstico es fácil con sólo llevar una gota de la secreción vaginal al microscopio entre lámina y laminilla.

Esta es la única manera de diferenciarla de las otras vulvovaginitis que dan el flujo blanco en las vírgenes y caracterizadas por un grado variable de irritación de la mucosa y la secreción mucopurulenta que tinte las ropas.

Tratamiento.—Lavados vulvovaginales internos con solución acuosa de iodo metálico al 1/1.000, repetida dos veces al día. Si en tres días la enferma no está curada se hacen toques minuciosos de la mucosa vaginal y retrohimenal por medio de una torunda de algodón impregnada de una solución de glicerina iodada al 1/50, á través de la abertura del himen, procurando tocar toda la superficie vaginal y el fondo de los pliegues de su mucosa. En caso de tricomonas iodorresistentes se usará la esencia de trementina mitigada con yema de huevo batida (2 gramos de esencia por cada yema de huevo) para toques, dos ó tres veces al día.

TRICOMONOSIS INTESTINAL

Frecuentísima en Arequipa; pasan de 350 casos los que ya he observado, así en niños como en adultos.

Síntomas.—Se caracteriza por una diarrea tenaz, rebelde, recidivante, con pérdida de fuerzas y aniquilamiento progresivo. En veces, y esto es frecuente, hay tenesmo y evacuaciones mucosanguinolentas, dando otra de las disenterías de la localidad. En algunos casos he visto la sintomatología completa, dramática y gravísima del cólera infantil, en cuyas heces sólo habían tricomonas en número enorme y que desapareció la afección con rapidez asombrosa una vez diagnosticada la lesión é instituido el tratamiento oportuno.

Tratamiento.—Es específico y seguro para la tricomonosis al igual que el emetinado lo es para la amibiasis. La afección de otros tiempos, cura hoy en breves días, pero para ello es menester sentar bien el diagnóstico. Este se efectúa en fresco, poniendo una gota de la deyección entre lámina y laminilla.

Siendo la resistencia del tricomonas mucho mayor que la de la amiba, la deyección puede ser llevada de la casa del paciente al laboratorio del práctico, con la seguridad de verlo siempre vivo, ágil, típico y perfectamente diagnosticable.

El *modus operandi* del tratamiento es como sigue:

1.º Aplicación diaria de un primer lavado intestinal,

de $\frac{1}{2}$ á 1 litro de agua hervida, ó mejor de hidrolado de ratania al $\frac{10}{1000}$ que se devuelve inmediatamente.

2.º Aplicación de un segundo lavado de un litro de agua en la que se ha disuelto un gramo de iodo bisublimado (según la edad la cantidad de lavado se disminuye á $\frac{1}{2}$ y aún á $\frac{1}{4}$ de litro) el que se devuelve en seguida lo más completamente posible.

Si hubiese sensación posterior de desagrado ó de tenesmo se aplicará un tercer lavado de cuatro cucharadas de agua hervida, una cucharadita de almidón y V, X ó XV gotas de láudano que se hace retener. Régimen hidrocarbonado. Beber decocción de arroz.

Al segundo día de tratamiento todos los tricomonas han muerto y al tercero sus quistes han desaparecido también, sorprendiendo ver curarse en tres días enfermos que habían sufrido por meses de su enfermedad.

En el caso de persistencia de tricomonas, es porque, ó son iodorresistentes ó porque han invadido zonas superiores del aparato digestivo, en cuyo caso se instituye lo que sigue:

Dar cada dos horas una cucharada así formulada:

Esencia de trementina..	X gotas á 2 gramos (según la edad del niño).
Elixir parégorico.....	De 2 á 10 gramos.
Emulsión de Franck....	120 — (1)
Jarabe de goma.....	30 —

A cucharadas.

Se coloca noche y mañana:

a) Un lavado de decocción de hojas de eucaliptus, al $\frac{10}{1000}$, que se devuelve inmediatamente.

b) Otro de cuatro cucharadas de agua hervida, II á X gotas de láudano de Sydenham y X á XX gotas de esencia de trementina emulsionada en una yema de huevo, que se retiene lo más posible.

Alimentación hidrocarbonada á deseo. Bebidas de decocción de arroz. Aplicaciones calientes al vientre.

LAMBLIASIS INTESTINAL

Hemos visto en los niños la *Lambliá intestinalis* como agente causal de diarreas tenaces y rebeldes; se la diagnostica al microscopio en preparaciones frescas y se caracteriza en especial por sus movimientos bruscamente quebrados al hacer la progresión.

La hemos tratado siempre con éxito del siguiente modo:

Primer día: régimen lácteo exclusivo.

Segundo día: tomar en ayunas un papel de calomel de tantos centigramos como meses de edad tiene el lactante hasta dos años. A partir de esta época subimos un centigramo cada dos meses y al llegar á 30 centigramos nos contentamos para los demás niños hasta los siete años. Régimen lácteo absoluto.

Tercer día: régimen hidrocarbonado exclusivo, poniendo noche y mañana los enemas trementinados á la manera de la Tricomonosis.

TETRAMITOSIS INTESTINAL

La hemos observado asimismo en los niños y caracterizándose por una diarrea tenaz, sólo se la diagnostica al microscopio, viéndose las dos formas del *Tetramitus Mesnili*, á saber: la piriforme, muy parecida al tricomonas, del que di-

(1) Se prepara la emulsión de Franck mezclando:

Aceite de almendras dulces..	15 gramos
Goma arábiga pulverizada...	10 —
Agua destilada de azahar....	10 —
Jarabe simple.....	15 —
Agua destilada.....	C. s. p. 100 —

M. s. a.

fiere por la gran boca que posee (macrostoma) y la forma pequeña, redonda. El tratamiento es igual al de la lambliasis y con éxito análogo.

BALANTIDIOSIS INTESTINAL

Existe en particular en los valles de Puquina y de Siguan y se caracteriza, la diarrea crónica que es, por la presencia del grande é impresionante ciliado, *Balantidium Coli*. La escasez de los casos en los niños apenas si nos permite señalarla.

PLASMODIOSIS

En los valles del sur del Perú la malaria existe en completo desarrollo y el número de casos que se observa es cuantioso. Tambo, Vitor, Siguan, Mages, Ocoña, Camaná, etc., suministran material variado para la fijación precisa de la evolución de la enfermedad en la infancia.

Existen numerosos casos de fiebre terciana con su agente causal el *Plasmodium Malariae*, descubierto por el profesor Laveran; la fiebre cuartana, producida por el *Plasmodium Vivax* y la maligna dependiente del *Plasmodium falciparum*, que origina el mayor número de casos fatales.

Los síntomas clínicos clásicos de «escalofrío, calor y sudor», para volver á la apirexia y verse repetir los accesos á período fijo, no son siempre los que se observan, y ya sea por combinaciones parasíticas, por reacciones crónicas individuales ó por otras causas, vense formas de lo más caprichosas. En ocasiones, los accesos perniciosos son tan rápidos que no dan tiempo á la terapéutica para intervenir.

El diagnóstico microscópico no es siempre fácil de hacer, habiéndome sido necesario en ocasiones el hacer una inyección de sulfato de estricnina ($\frac{1}{4}$ de miligramo y nunca en niños menores de tres años) para ver salir á la circulación general, parásitos que, por hallarse refugiados en los órganos internos y en especial en el bazo, eran inapreciables.

La preparación á fresco ó la coloración al Giemsa lento nos han dado los mejores resultados para el diagnóstico microscópico de la enfermedad.

Tratamiento.—En los casos perniciosos recurrimos siempre á la inyección subcutánea de la solución de bicloruro de quinina (0,30 á 0,50 centigramos, repetida diariamente hasta tres días después de desaparecidos todos los síntomas).

En los casos corrientes nos valemos del tanato de quinina, en obleas ó mezclado con miel para enmascarar el gusto, de tanto valor en los niños, y lo administramos así:

Tanato de quinina, 0,10, 0,15 hasta 0,30, para una oblea ó papel núm. 20.

Los primero, segundo y tercer días, se tomará una en la mañana, al mediodía y en la noche.

Los cuarto, quinto y sexto días, uno al mediodía y otro en la noche.

Los últimos cinco días, uno al acostarse.

Se repetirá el mismo régimen, una, dos ó tres veces, según el estado de intensidad ó de duración del acceso palúdico.

Se administrará un tónico á base de hemoglobina ó de hierro, para restaurar los hematíes destruidos por el protozario y una alimentación apropiada, pero substancial.

LEISHMANIOSIS AMERICANA

Los casos observados en niños menores de siete años no son frecuentes, en razón de que pocas son aún las familias peruanas que van á colonizar la región selvática del Sur del Perú; obsérvese particularmente en los niños aborígenes.

Caracterízase la dolencia por la presentación de úlceras crónicas desde su aparición en número variable y que inva-

den especialmente las partes descubiertas ó semicubiertas de la piel.

En las formas mucosas, véase invadir las mucosas nasobucofaríngeas, casi siempre consecutivamente á la existencia de un *chancre leishmaniósico inicial*.

El diagnóstico se hace particularmente tomando con una pipeta capilar la linfa profunda del contorno de la úlcera en la región en que confina con la piel sana. Se la colorea al Giemsa; aparecen entonces las leishmanias con todos los caracteres que les son peculiares.

Tratamiento.—Nacido el tártaro emético en el Brasil con el eminente malogrado Dr. Vianna, de Río Janeiro, da la inocuidad técnica y clínica del óxido de antimonio preparado en solución por Martindale, de Londres, lo preferimos creyéndolo tratamiento de elección, tanto por sus buenos efectos, como por su manejo fácil en los niños. Al mismo tiempo se cauterizarán las lesiones al fuego ó al polvo de tártaro emético, previa anestesia local. El número de inyecciones intravenosas, musculares ó subcutáneas, es muy variable para cada niño, dependiendo su repetición de la edad del paciente, de su reacción individual y de la regresión de las úlceras, debiendo prolongarse las inyecciones más allá de la curación, para evitar las recidivas.

TRIPANOSOMIASIS AMERICANA Ó ENFERMEDAD DE CHAGAS

En nuestros valles de Vitor y de Sigües hemos encontrado, en primer lugar, niños lactantes en su mayoría atacados de variada fiebre y de edema duro, no albuminúrico, particularmente en la cara, ganglios infartados, algunos de los que presentaban signos ciertos de meningitis calificados los primeros de palúdicos y los segundos de tuberculosos.

Por otra parte, nos fué remitido un lote de insectos heterópteros hematófagos, llama los *chirimachas*, representativos de las *vinchucas* del Brasil, con grande analogía hacia la especie *triatoma*, los que han sido identificados con el *triatoma* infestans, contienen en su intestino forma herpetomónica de un protozoario, el tripanosoma.

Conectando ambos hechos, hallamos ilación perfecta en lo que el eminente Dr. Chagas, del Instituto Oswaldo Cruz, ha descrito con tanta maestría como tripanosomiasis americana; mas como después del reciente descubrimiento de triatomas en el Perú no nos ha sido aún posible ver niño alguno atacado de los síntomas mencionados, originario de las haciendas contaminadas por las *chirimachas*, nuestras afirmaciones no son sino de simple sospecha por no haber tenido la oportunidad de hallar el tripanosoma *Cruzi* en los enfermitos ó inoculados á los animales receptibles. Nuestras experiencias, haciendo picar cobayos por triatomas vivos, traídos de los valles mencionados, todavía no nos han dado resultados concluyentes; pero es un hecho indiscutible que existen en el Perú enfermos con síntomas clínicos de tripanosomiasis americana (la observación ha sido también comprobada por el Dr. Carlos E. Paz Soldán en carta que me dirige), venidos de localidades en las que existen triatomas, en cuyo intestino se han hallado formas herpetomónicas del parásito.

Por observaciones ulteriores hemos venido al cabo de que en España muchas de estas protozoariosis son de frecuente presentación; por consiguiente, su aplicación no sólo se extiende á la región americana, en que la hemos observado, sino también á muchas regiones de la Madre peninsular.

La región meridional afecta similitudes intensas con la patología de la antigua hija del Pacífico, las que se hacen más palpitantes si se estudia la nosología de las colonias actuales de la Madre Patria, y ella sabe apreciar cuán grande es la influencia de penetración y de dominio que se ad-

quiere, cuando los colonos palpan los progresos que en la curación de sus enfermedades les trae la moderna civilización, con la avalancha incontenible de sus luces.

CONCLUSIONES

a) Las protozoariosis humanas que atacan al hombre adulto se desarrollan con igual facilidad en el organismo del niño.

b) Su diagnóstico, casi siempre fácil de hacer, exige del médico la necesidad de conocer la técnica elemental del laboratorio.

c) Siendo la mayoría de las protozoariosis perfectamente combatibles por remedios químicos, es necesario establecer un diagnóstico precoz para aplicar el tratamiento adecuado, toda vez que éste es casi siempre específico é individual para cada especie protozoárica, no obstante la similitud en la evolución clínica.

d) Muchos de estos datos no sólo pertenecen á la patología peruana, sino asimismo á la española, especialmente en sus regiones meridional-peninsular y colonial.

Tratamiento de la tuberculosis pulmonar por los agentes naturales ⁽¹⁾

POR

RAMÓN VILLEGAS

V

EL REPOSO

Accidentes del pneumotórax.

Cuando se practica el pneumotórax correctamente inyectando con suavidad el gas y guardando las precauciones de que hemos hecho mención, sobre todo por lo que se refiere á no prescindir del manómetro y dejarse guiar por sus indicaciones en cada momento, puede decirse que no hay ningún peligro en su empleo. Lo más que se advierte es un ligero grado de fatiga en el enfermo inmediatamente después de la intervención, pero que carece de toda gravedad y que puede corregirse sin más que interrumpir la inyección del nitrógeno.

Eclampsia pleural.

Dumarest ha señalado la posibilidad de este grave accidente como consecuencia de la aplicación del pneumotórax. En un enfermo que se había puncionado infructuosamente tres veces, se produjo al intentarse la cuarta punción un grave síndrome caracterizado por la inmediata parálisis de los miembros inferiores, onnubilación de la vista y pulso rápido y débil. Este estado desaparece al cabo de una hora. Semejante accidente ha sido atribuido á un reflejo nervioso que toma su origen en la pleura. Es un trastorno serio, pero por fortuna poco frecuente.

Embolia aérea.

Este peligro ha sido considerado como el mayor del pneumotórax. Se produce por la introducción directa del gas en una vena; pero no están conformes todos los autores en admitir la posibilidad de que los casos cita-

(1) Véase el número 3.554.

dos como ejemplo, puedan realmente atribuirse á tal mecanismo. Tuffier ha practicado experimentalmente inyecciones de aire en las venas de perros sin provocar trastornos de importancia. Según este autor, los casos citados por Lemke y Brauer deben más bien estimarse como víctimas de la eclampsia pleural.

Proyección del contenido de las cavernas al pulmón sano.

Este es un riesgo que se puede producir á consecuencia de una inyección desconsideradamente forzada y cuyo riesgo se limita con una prudente y discreta técnica.

Perforación del pulmón.

No creemos que sea este un peligro verdadero, y aunque deba procurarse evitarse, lo que es bastante fácil, no puede considerarse sino como una deficiencia operatoria sin transcendencia excesiva.

Continuación del tratamiento.

Todos los prácticos están de acuerdo en que es necesario repetir periódicamente las inyecciones de nitrógeno con objeto de mantener durante bastante tiempo la eficacia de la compresión.

Indicaciones de la reinyección.

El momento—variable, según la cantidad inyectada por primera vez—se determina por la aparición del murmullo vesicular y por la comprobación radioscópica de la ampliación de la zona ocupada por el pulmón después de su colapso. Al mismo tiempo, se aprecia en la pantalla de los rayos X las expansiones respiratorias antes suprimidas y que indican como insuficiente ya la compresión del gas que todavía puede mantenerse en la pleura.

Técnica de las inyecciones sucesivas.

La técnica de las inyecciones sucesivas es la misma que la descrita para la primera inyección. Más fáciles que ésta, porque las partes de la pleura se encuentran separadas y queda suprimido el riesgo de perforar el parénquima pulmonar, obviándose así las dificultades de conocer el momento en que la aguja penetra en la cavidad de la pleura.

Tiempo que es preciso mantener la compresión.

Hay que repetir el pneumotórax varias veces. Brauer cree necesario mantener la compresión del pulmón durante uno ó dos años, para lo cual reinyecta tantas veces como la auscultación ó la radioscopia demuestren la reaparición del murmullo vesicular ó la expansión respiratoria del pulmón colapsado. Las inyecciones, sin embargo, necesitan ser cada vez menos frecuentes y, finalmente, se hacen innecesarias por convertirse su acción en definitiva, llegando á un punto en que el pulmón esclerosado es incapaz ya de todo movimiento y queda inmóvil como una articulación en anquilosis por un reposo demasiado prolongado.

RESUMEN

Indicaciones.

Las indicaciones del pneumotórax son las mismas

que las del reposo general; pero siendo más riguroso y eficaz el reposo que el pneumotórax proporciona, las indicaciones de este procedimiento serán cuando se necesite un reposo más eficaz y riguroso, dada la mayor intensidad de los síntomas de intoxicación que tratamos de combatir.

Contraindicaciones.

Las contraindicaciones están determinadas por la bilateralidad de las lesiones, puesto que no es posible producir el pneumotórax en los dos pulmones, y forzados á elegir tendremos que perjudicar á uno de ellos, tanto cuanto favorezcamos al otro. El pulmón no colapsado se ve obligado á reforzar su actividad respiratoria de una manera vicariante, y es lógico que si el reposo favorece á un pulmón enfermo, asimismo lo será que el excesivo ejercicio perjudica al otro pulmón, enfermo también.

Efectos.

Los efectos del pneumotórax, cuando está bien indicado, son brillantes, hasta el punto que parecen verdaderas resurrecciones.

Técnica.

Es sencillísima y sólo requiere una observación constante del enfermo y de las condiciones que determinan fundamentalmente su aplicación, que se refieren, sobre todo, á la presión intrapleurale.

Riesgos.

Los riesgos de este método son muy raros y pueden evitarse fácilmente sin más que tener en cuenta los sencillos principios que informan su aplicación.

Resultados.

El principal resultado clínico obtenido con el pneumotórax es una desintoxicación rápida del enfermo.

El principal resultado anatómico, una neoformación conjuntiva del pulmón que ahoga y esteriliza los tubérculos y cavernas que lo infiltran.

El pneumotórax debe ser repetido hasta convertir en definitivo el inmediato resultado que se obtiene con la inyección del nitrógeno.

TORACOPLASTIA

Además de las contraindicaciones clínicas que hemos señalado para el pneumotórax artificial, existen otras de índole anatómica que lo hacen imposible muchas veces. Para que el pneumotórax pueda practicarse, es preciso que la cavidad de la pleura esté libre de adherencias, capaces de impedir mecánicamente el colapso del pulmón. En este caso, si la colapsoterapia está decididamente indicada, es preciso recurrir á otros medios, y el único que queda entonces es la toracoplastia, que consiste en la supresión de la rigidez de la pared costal que impide, por adherencias con el tórax, la retracción de las paredes de las cavernas. Cuando con el pneumotórax no ha podido lograrse un resultado satisfactorio, cabe intentar este procedimiento más radical con el propósito de complementarlo.

Es un proceder de rigurosa excepción.

Se trata, pues, de un último recurso que sólo estará justificado cuando hayan fracasado todos los demás, y la gravedad extrema del caso autorice los más atrevidos intentos. De ninguna manera puede aconsejarse de primera intención y sin agotar antes cuantos medios terapéuticos poseamos.

Únicas indicaciones.

Aunque algunos casos afortunados han hecho que ciertos autores generalicen las indicaciones de este tratamiento, yo creo que debe reservarse exclusivamente para los tuberculosos graves con cavidad y lesiones extensas en uno de los dos pulmones—si no de un modo exclusivo, que esto es imposible, por lo menos, con una notable diferencia respecto al otro pulmón—, y en los cuales hayan fracasado ya todos los recursos terapéuticos conocidos, incluso el pneumotórax, que por adherencias pleuríticas resulte imposible.

Técnica de Friedrich.

Es preciso colocar al enfermo en una posición casi sentada, haciendo que el cuerpo forme con el plano de la mesa de operaciones un ángulo aproximado de 30°; se le hace descansar sobre el lado sano y se separa el brazo del lado enfermo hacia arriba, a fin de que el omoplato forme un ángulo recto con el tronco. Una vez conseguida esta posición que Friedrich considera fundamental, se practica la anestesia con una inyección subcutánea de morfina, é inmediatamente de conseguido el efecto analgésico se realiza la incisión, que deberá partir de un punto situado á un través de dedo por debajo de la clavícula y tres traveses de dedo por fuera del esternón, describe un gran círculo hasta la décima costilla, y termina por arriba á tres traveses de dedo por fuera de la apófisis espinosa de la segunda vértebra dorsal. Sobre la herida de la incisión se practican pulverizaciones de cloruro de etilo é inyecciones subcutáneas según el método de Schleich. Sólo entonces se aplica el cloroformo, procurando administrar la menor cantidad posible de este anestésico, completando el efecto con nuevas inyecciones de morfina. Friedrich indica la conveniencia de suprimir el cloroformo desde el momento que se produce el colapso pulmonar con el objeto de conservar los reflejos traqueales que puedan provocar la tos en caso de una posible obstrucción de los bronquios. La incisión debe comprender en un solo tiempo la piel, el tejido celular subcutáneo y los músculos correspondientes, llegando hasta el plano óseo. Una vez conseguido esto, se practica la resección de las costillas según el procedimiento corriente.

Consecuencias anatómicas de la operación de Friedrich.

El mediastino falto del apoyo de la pared costal operada queda flotando en la cavidad torácica y sigue en su movimiento al pulmón en cada una de sus excursiones respiratorias. Como consecuencia de ello se produce una gran excitación cardíaca, traducida clínicamente por una taquicardia muy pronunciada—delirio cardíaco de Friedrich—pero que desaparece, gene-

ralmente, al cabo de algunas horas. Para evitar este fenómeno, Brauer aconseja colocar una venda que, comprimiendo la pared desosada, sirva de sostén al corazón, á los nervios y á los grandes vasos.

Resultados.

La casuística de enfermos sometidos á este tratamiento es poco numerosa. Sin embargo, los resultados que han podido comprobarse no son muy halagüeños, salvo excepciones que sólo demuestran lo limitado de sus indicaciones. Puede aconsejarse en ciertos casos desesperados, pero lo dudoso de su eficacia nos hará proceder cautamente antes de exponer al enfermo á una operación tan cruenta y de la que no hay derecho á esperar grandes beneficios.

Esta operación representa el más extraordinario artificio para llevar á la práctica el más natural de los remedios. En efecto, tanto este proceder como el del pneumotórax, no son sino violentas intervenciones para procurar el más absoluto reposo al pulmón enfermo.

EL RIÑÓN Y LAS GLUCOSURIAS ⁽¹⁾

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
EN MEDICINA Y CIRUGÍA

POR

JUSTO CABALLERO Y FERNANDEZ

Por este sistema es fácil determinar con bastante exactitud el título del reactivo, que se anotará, para poder luego hacer los cálculos, en la etiqueta del frasco. Cuando se emplean sustancias absolutamente puras, y se pesa con cuidado, los 34,639 gramos ó 34,64 (un miligramo no influye casi nada) de sulfato cúprico, el líquido de Fehling resulta de tal manera, que 10 c. c. son reducidos por 0,05 gramos de glucosa.

Cuando tratamos de determinar cuantitativamente la cantidad de glucosa de una solución, se procede como se ha indicado para la titulación del reactivo; sólo hay que tener la precaución de que la cantidad de dextrosa que exista en la solución objeto del problema se halle comprendida entre 0,5 y 1 gramo por 100, sobre todo si se quieren obtener resultados un tanto exactos. Si en un análisis se ve que no se halla entre esos límites, se concentra ó diluye, según los casos, pero anotando cuidadosamente esas operaciones para tenerlas en cuenta en los cálculos.

Soxhlet propone una modificación al procedimiento descrito, que tiene la ventaja de lograr una mayor exactitud, pero que en cambio precisa más tiempo, mucho más gasto de reactivo y mayor cantidad de líquido objeto del análisis; por esto es poco usado.

Otra modificación de este proceder es el que recomiendan algunos químicos: consiste en echar un exceso de reactivo al objeto de que precipite la sal cúprica, se recoge este precipitado y se pesa. Luego es fácil, valiéndose de tablas especiales, saber la cantidad de glucosa.

Ya veremos la aplicación del procedimiento de Fehling á la determinación de la dextrosa, de la orina y de la sangre; antes terminaremos la exposición de los métodos preconizados para el reconocimiento de este hidrocarbonado.

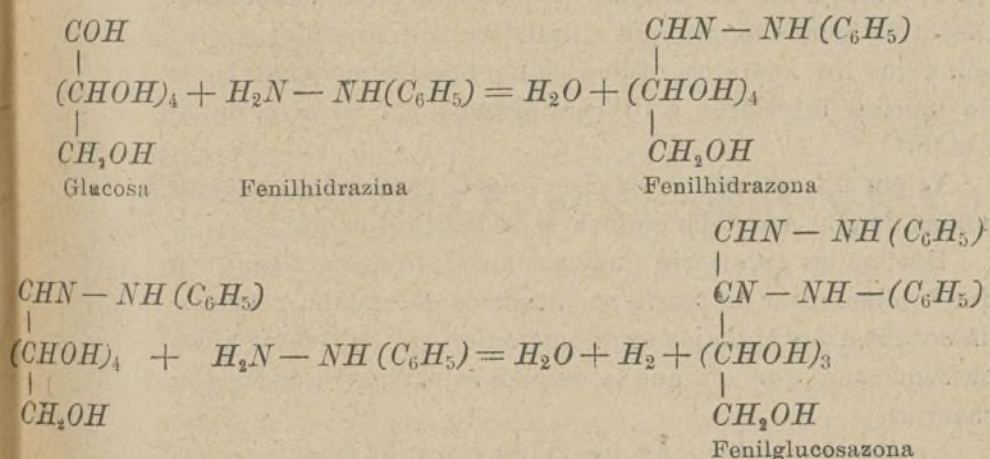
La reacción con la fenilhidrazina. Hemos dejado para el

(1) Véase el número anterior.

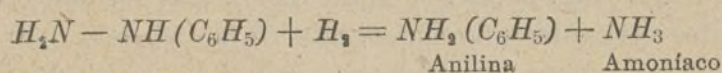
final de los procedimientos químicos el de la fenilhidrazina, que si es de uso poco generalizado por su técnica un tanto difícil y complicada, resulta, en cambio, el de mayor sensibilidad, y el que, por ende, permite reconocer cantidades pequeñísimas de exosas.

Las hidrazinas son cuerpos derivados del diamidógeno (H_2N-NH_2) por substitución de hidrógenos por radicales alcohólicos ó fenólicos.

Los fenómenos químicos de estas reacciones quedan representados como sigue:



El hidrógeno libre en esta segunda ecuación no se desprende, sino que reacciona en seguida:



La fenilhidrazina reacciona con todas las exosas, ocasionando osazonas que se diferencian entre sí por su punto de fusión.

La fenilhidrazona se presenta bajo la forma de agujas incoloras y fusibles á 144 ó 145°. La fenilglucosazona es fácil de reconocer; se observan (según Tollen y Bourgeois) agujas rojizas, poco solubles en agua, solubles en alcohol hirviendo, no descomponibles por los ácidos si no son muy concentrados, reducen el Fehling y funden á 204 ó 205°.

Nosotros hemos tenido ocasión de estudiar estos caracteres, y los resultados obtenidos serán expuestos al tratar de los trabajos propios de investigación.

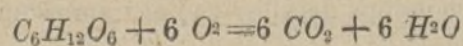
La diferenciación de unas osazonas de otras se realiza por la divergencia del punto de fusión. Así la glucosazona (debe reservarse esta palabra para la osazona de glucosa, sin darle sentido general) funde á 204-205°; la levulosazona tiene también el mismo punto de fusión. Capera, que da para las anteriores de 230 á 232°, halla 193° para la galactosazona y 210° para la lactosazona.

La técnica de obtención de las osazonas es la siguiente: Se toman 20 c. c. de la solución de glucosa (procurando que su concentración no exceda del 0,5 por 1.000) y se colocan en un recipiente con 1 de fenilhidrazina, 1,5 de ácido acético cristallizable y 3 de solución de acetato sódico al 20 por 100.

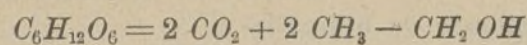
Se hierve una hora á bañomaría, se filtra y por enfriamiento se deposita un precipitado amarillo; se trata este precipitado por agua destilada, luego por alcohol etílico y, en fin, por acetona. Lo que queda sin disolver es la osazona, que puede reconocerse en el microscopio por sus hermosos ramilletes de elegantes cristales.

Este método, aplicado á la orina, se halla en algunas obras descrito con el nombre de procedimiento de Jaksch y en otras de Fischer.

Los métodos biológicos se fundan en la fermentación. La glucosa, en presencia de levadura de cerveza (levadura alta ó aerobia), se convierte en gas carbónico y agua:



Si actúa la levadura baja ó casi anaerobia, se produce anhídrido carbónico y alcohol etílico:



No hay, pues, más que recoger ese anhídrido carbónico que se desprende (y el comercio nos ofrece aparatos especiales), y al medirlo sabremos la cantidad de glucosa que le dió origen, teniendo en cuenta que, según Pasteur y Drensdorff, 100 partes de este gas equivalen á 210 de dextrosa.

Este procedimiento es poco exacto, y de aquí que su uso no se halle tan generalizado como parece debía estarlo dada su sencillez.

De cuantos métodos hemos descrito sólo unos pocos han tenido consagración definitiva; y, realmente, en la práctica de laboratorio se emplea casi exclusivamente el Fehling, aun cuando no dejen de usarse en ciertas ocasiones los métodos ópticos, la fermentación, la fenilhidrazina y algunos más.

Para usar el Fehling en los análisis cuantitativos de orina es necesario que el líquido no tenga ningún color y, además, que esté desprovisto de sustancias que á veces posee y que también reducen al reactivo. Para conseguirlo se practica la llamada defecación de la orina, que puede verificarse siguiendo varios caminos.

Si á 20 c. c. de orina se le agregan 2 del reactivo de Courton:

Acetato plúmbico.....	100 gramos.
Agua destilada.....	1.000 —
Acido acético.....	C. s.

hasta neutralizar de un modo absoluto, se forma un precipitado blanco lechoso, constituido por la precipitación de las materias nitrogenadas. No hace falta más que filtrar para obtener un líquido incoloro en el que se halla disuelta toda la glucosa.

En vez del anterior reactivo puede emplearse el subacetato de plomo (un volumen por diez de orina), filtrar, agregar ácido sulfúrico para destruir el exceso de plomo y neutralizar con lejía de sosa; obteniéndose iguales resultados que con el de Courton.

También se defeca con el reactivo de Pateint y Dufau: á 250 c. c. de nitrato ácido de mercurio se le añaden 500 á 600 c. c. de agua destilada y unas gotas de lejía de sosa, hasta que se deposite un precipitado amarillo, indicio de haberse neutralizado el exceso de ácido. A 50 c. c. de orina se le agregan 25 de este reactivo y lejía de sosa gota á gota, hasta reacción alcalina al tornasol; se filtra entonces y se obtiene un líquido incoloro, que sirve para la investigación de azúcar, tanto con el Fehling como con el polarímetro.

Se ha indicado antes que otro inconveniente del Fehling es la dificultad de precisar el momento en que todo el cobre ha sido reducido, y que sólo un ojo hábil, ó la reacción con el ferrocianuro, podían apreciar el instante final. Para evitar este defecto, Ronchesse recomienda agregar al Fehling, como hacían Causse y Bonnans, al empezar el análisis, 2 c. c. de solución al 1 por 100 del ferrocianuro potásico; el ferrocianuro disuelve el óxido de cobre y el líquido toma un color amarillento. En el momento en que se vea que el color vira á pardo, se da por terminada la reacción, ya que toda la sal cúprica habrá sido reducida. Con el ingenioso procedimiento que acabamos de describir, aunque nosotros hemos preferido, en general (pues también lo hemos usado algunas veces), la reacción clásica, se gasta algo más Fehling que el correspondiente á la cantidad de glucosa; los autores que han hecho detenido s estudios sobre este método afirman (y nosotros hemos tenido ocasión de comprobarlo) que basta multiplicar el resultado de los cálculos por 0,82 para obtener cifras exactas.

Griggi aconseja usar como indicador el reactivo de Bach, cuya fórmula es:

Clorhidrato de hidroxilamina.....	6,95 gramos.
Potasa cáustica.....	5,60 —
Aldehído fórmico.....	2,90 —
Agua.....	C. s. para 100 c. c.

Este líquido determina la producción de color violeta en presencia de 1 por 100.000 de sulfato de cobre.

Otro de los inconvenientes del método por el líquido de Fehling es que existen sustancias en la orina que obran sobre el reactivo, reduciéndolo, aunque en mucha menor proporción que la glucosa. Citaremos, como más importantes, el ácido úrico, los uratos, la urea —en mucha cantidad—, la creatina, la acetona, el indol, el escatol, el ácido glucorónico, los pigmentos biliares, la mucina, las sales azoñiacales, etc.

Existen asimismo medicamentos que al eliminarse por la orina ocasionan en este líquido alteraciones en su poder reductor, ó transformaciones en sus habituales acciones sobre la luz polarizada. Entre estos fármacos se pueden mencionar: ácido salicílico, antifebrina, antipirina, ácido crisofánico, alcanfor, bálsamo de copaiba, benzoatos, bromoformo, cloral, cloroformo, cubeba, fenacetina, glicerina, guayacol, hydrastis, morfina, mentol, paracresol, quinina, ruibarbo, salol, sacarina, santonina, sen, sulfonal, tanino, uretano, etcétera.

Claro que estos dos últimos inconvenientes se solventan con facilidad: el primero, defecando la orina, y el segundo, no administrando al enfermo tales medicamentos cuando se vaya á practicar alguno de estos análisis.

Para la investigación cuantitativa de la glucosa en la sangre nosotros hemos usado el siguiente procedimiento, recomendado por varios autores, y que es una modificación del de Claudio Bernard: Se recoge la sangre en un recipiente que tenga una cantidad conocida de agua acética al 1 por 100 y se le agregan unos cristales de sulfato de sodio puro; se hierve esta mezcla durante cinco á diez minutos (hasta que se ve que el líquido es casi completamente claro), se filtra por un papel doble y se valora por el Fehling.

Cuando, como ocurre con frecuencia, la cantidad de dextrosa de la sangre no es suficiente para reducir 10 c. c. del reactivo, agregamos gota á gota solución al 1 por 100 de glucosa pura anhidra, debiendo tenerse en cuenta en los cálculos la cantidad de esta solución que ha sido preciso añadir.

Sólo es dable reseñar, y eso de un modo muy breve, algunos de los muchos procedimientos preconizados para investigar la glucosa en la sangre.

La reacción de Williamson sólo es cualitativa; consiste en la decoloración de una solución alcalina de azul de metileno en presencia de una sangre con glucosa en exceso.

El método de Seegen consiste en precipitar los albuminoides por acetato de hierro (resultante de la acción del percloruro de hierro sobre el acetato de sosa) en ebullición y dosificar con el Fehling.

El método de Abeles no tiene otra diferencia de los ya descritos, sino en que emplea para defecar una solución alcohólica de cloruro de cinc.

El método de Mering se reduce sencillamente á recoger la sangre en agua acética, hervir la mezcla, filtrar y titular con el Fehling. Nosotros hemos usado este proceder, pero lo abandonamos porque en algunas ocasiones el líquido filtrado tenía bastante color, lo que enmascaraba la reacción con el Fehling; agregando unos cristallitos de sulfato de sosa, no se presenta este inconveniente.

En la sangre puede investigarse la glucosa (dejando á un

lado los métodos microquímicos), por los procederes polarimétricos y por la fenilhidrazina.

Como resumen de todo cuanto llevamos escrito en este capítulo, diremos que debe emplearse con preferencia, tanto en la determinación cuantitativa de la glucosa de la orina como en la de la sangre, el líquido de Fehling, teniendo en cuenta los errores á que puede conducir y que ya quedan enumerados.

Cuando no se pueda emplear el Fehling, debe usarse el Nylander ó los métodos polarimétricos; pero en este último caso, manejando un aparato de sensibilidad y exactitud. Nosotros hemos tenido que abandonar este proceder en razón á que los aparatos utilizados no apreciaban cantidades de glucosa inferiores á 10 centigramos por 20 c. c. de líquido.

Y, por fin, cuando se quieran buscar cantidades pequeñísimas de glucosa, debe emplearse la fenilhidrazina.

Hechas las anteriores indicaciones, prólogo obligado en que fundamentar la teoría por nosotros defendida, y apoyada en nuestros trabajos experimentales, procede sacar alguna conclusión que indique la verdadera patogenia de las glucosurias.

No creemos andar muy descaminados al afirmar que *ninguna de las teorías expuestas anteriormente explica la causa de la glucosuria*. No negaremos que en su mayoría pueden ser tenidas en cuenta por aquel que intente resumir las diferentes corrientes sobre patogenia de la diabetes, pero insistimos en que no sirven para explicar la de la glucosuria.

La confusión que acostumbra á padecerse en este caso, y la falta de diferenciación entre la enfermedad y el síntoma, originan estas lamentables equivocaciones.

Podrá argüirse que algunas de esas teorías han sido expuestas para explicar la patogenia de la diabetes y que en ellas no se menciona para nada la glucosuria. A esta objeción responderíamos que así se patentiza más el error de los autores. Cuando tratan de explicar las causas de la diabetes, buscan única y exclusivamente la razón de presentarse azúcar en la orina de los enfermos y la relación que puede existir entre las alteraciones de algunos órganos y el síntoma mencionado.

De modo que proponen una hipótesis sobre la cual se fundamenta la patogenia de la glucosuria y no de la diabetes, ya que en este último caso habría de indicarse el por qué de la polidipsia, de la polifagia, de la poliuria y de la autofagia, caracteres fundamentales de la forma clínica que se describe como tipo de esta enfermedad.

Lo que precisa comprender es la causa de que se encuentre á veces, en la orina de algunos sujetos, una tasa de azúcar superior á la normal; debemos dejar á un lado todo cuanto no esté comprendido en las anteriores líneas, de suerte que ni siquiera nos debe preocupar el por qué puede presentarse hiperglicemia.

Nuestro trabajo se reduce única y exclusivamente á la siguiente pregunta: ¿A qué obedece, cuál es el motivo de la glucosuria? Para responderla proponemos la hipótesis que á continuación se indica.

La teoría, que nosotros llamaremos químico biológica, fué planeada, como ya hemos apuntado, por el sabio Dr. Rodríguez Carrácido, en una conferencia que tuvimos el placer de escuchar. Entusiasmados por la lógica de la argumentación, empezamos en seguida á trabajar en el tema; pero como las palabras se las lleva el viento, quedando sólo en el auditorio lo fundamental del concepto, y como, por otra parte, el susodicho catedrático no ha publicado (ó al menos no tenemos de ello noticia) su trabajo, nosotros completamos su teoría en los pequeños detalles que el tiempo ha borrado de

nuestra memoria. En una palabra, la hipótesis es del maestro Dr. Carracido—á quien nos congratulamos en patentizar nuestro agradecimiento por habernos concedido permiso para que sus concepciones nos sirvieran de fundamento para esta tesis doctoral;—pero nosotros, humildes discípulos, tal vez la hayamos variado un poco, no, ni mucho menos, con ánimo de corregirla, sino como consecuencia de la necesidad de completarla.

El riñón es uno de los órganos que más trabaja en nuestra economía, y creemos haber patentizado ya que no es un filtro, sino una glándula de poderosa actividad. Debemos suponer *a priori* (después se verá la confirmación) que gasta una gran cantidad de glucosa, y, por tanto, que la sangre de la arteria renal ha de tener mucha mayor cantidad de este hidrocarbonado que la de la vena renal, no sólo para restaurar la propia del órgano y para subvenir á las combustiones que en su enorme trabajo ocasiona, sino también para responder á las transformaciones que la glucosa debe sufrir en el parénquima renal, y que no son despreciables.

Bechamp y Hofmeister afirman que la glucosa puede por oxidación, en presencia de sulfato amónico, transformarse en urea. Ellos han logrado ocasionar la reacción *in vitro*, y suponen que lo mismo debe pasar *in vivo*; y como parece demostrado que en la glándula renal existe, entre otras, una diastasa oxidante, no es disparatado el suponer que una parte de la urea que se elimina por la orina procede de la glucosa que entra por la arteria.

Existe en la economía una indudable relación entre los proteicos y los hidrocarbonados, de tal suerte, que es necesario admitir hoy que cuerpos de un grupo pueden dar lugar, ya por síntesis progresiva, ya por metamorfosis regresiva, á compuestos pertenecientes al otro. Enblen y Krauss han hecho un particular estudio de la alanina y han logrado, según ellos dicen, comprobar el anterior aserto. ¿No podemos, pues, suponer que alguna porción de la glucosa que entra en la glándula renal se transforma en albuminoides?

Pero aun hay más: sabemos que en Química Biológica se estudia un núcleo de compuestos resultantes de la combinación de un albuminoide con una molécula de glucosa, llamándose genéricamente glucoproteidos. Es, pues, legítimo admitir reaccione una porción de dextrosa, como acabamos de indicar, y dé lugar á un cuerpo de este grupo.

Además, conocida es de antiguo, y hoy casi generalmente admitida, la íntima relación existente entre los lipoides y los hidratos de carbono, y ya indicamos la facilidad con que éstos dan lugar, cuando existen en cantidad determinada, á grasas que serán destinadas á cumplir el papel de reservas nutritivas. Tenemos aquí otra causa de disminución de la glucosa que entra en un órgano, en nuestro caso el riñón. Recordemos, por estar en su lugar, las acertadas palabras de Levene y Meyer: «El azúcar no es siempre destruido condensándose á veces en productos de peso molecular más elevado.»

El riñón puede sufrir alteraciones, ó, por acto reflejo, disminuir su normal funcionalismo; el riñón puede asimismo recibir una mayor cantidad de glucosa de la necesaria para su función metabólica; luego de estas premisas se puede llegar á una consecuencia lógica: el riñón puede y debe intervenir en la regulación del azúcar orgánico.

El Dr. Rodríguez Carracido expone este asunto con gran claridad, cuando dice: «En la sangre debe acumularse glucosa en proporciones tan crecidas que el riñón no las detiene, no por ser incapaz, sino al contrario, les da paso porque continúa ejerciendo su función de mantenedor de la normalidad de la sangre y elimina lo que al organismo le sería perjudicial, rebajando incesantemente el aumento perturbador

que sin su correctivo trastornaría el sistema osmótico de los líquidos intraorgánicos.»

Si la glándula renal recibe, por tanto, por su arteria una cantidad de azúcar superior á la necesaria para desempeñar sus funciones, tiene necesariamente, siendo como es un órgano de defensa y tratando de evitar la hiperglicemia, que eliminarla por la orina, ya que si se desprendiese de ese sobrante por la sangre que saldrá por la vena, aumentaría la tasa de dextrosa circulante, lo que ocasionaría innegable trastorno en la economía.

La teoría que acabamos de exponer explica por qué puede presentarse glucosuria, y lo que ocurrirá:

1.º Cuando exista hiperglicemia (repetimos que no es este el lugar de explicar la causa de este fenómeno), ya que el riñón recibe más glucosa de la que necesita;

2.º Cuando la glándula presente una disminución de su actividad, ya que entonces, aunque reciba de la sangre la cantidad normal de azúcar, es excesiva, dado su hipofuncionalismo; y

3.º Cuando existan alteraciones de los centros nerviosos que presiden el trabajo normal, ya que nos encontramos en el mismo caso anterior.

Normalmente, según hemos dicho, se halla una pequeña cantidad de glucosa en la orina; pero esto no desmiente la teoría, ya que puede considerarse como la pérdida que toda máquina sufre cuando está en actividad, y que en este caso puede prácticamente despreciarse.

(Se continuará.)

Bibliografía.

ARCHIVOS DE CARDIOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA (año III.—Directores: D. G. Pittaluga y D. L. Calandre).—Dirección y Administración: Blanca de Navarra, 4, Madrid.

Esta importantísima publicación, que ha alcanzado con este primer número de 1922, el tercer año de su existencia, ha despertado muy justificadamente el mayor interés en nuestros ambientes profesionales y ha alcanzado merecidísima estimación en el extranjero. Las Escuelas de Cardiología y de Hematología de Francia, Alemania, Italia, Inglaterra, Estados Unidos y América española, están en constante relación con los directores de los *Archivos de Cardiología y Hematología*, los cuales han llevado á cabo un noble esfuerzo, afortunadamente coronado por el éxito, para colocar á la producción científica nacional, dentro de la especialidad, al nivel de las mejores de los demás países y dotarla de un órgano adecuado. Los trabajos originales publicados por los *Archivos de Cardiología y Hematología* en 1920 y en 1921, debidos á colaboradores como Goyanes, Novoa Santos, Jiménez Asúa, Gil Casares, Elizagaray, Mut, Gordon Ward, José María Corral, E. de Salamanca, F. G. Criado y A. M. Padilla, Más y Magro, Huertas, C. Jiménez Díaz, Madinaveitia, Bermejillo, Bonilla, Regueiro López, Del Río Ortega, Simónena, Alvarez de Toledo, Hernández Guerra, Martelli y otros, sin contar los de Pittaluga y de Calandre, son buena prueba de la intensidad de la labor llevada á cabo y del acierto que ha tenido la dirección de los *Archivos*. Abundantísima y escogida es la parte bibliográfica. En cada número se da cuenta de 20 ó 30 de los más interesantes trabajos, memorias, publicaciones y libros, aparecidos en las revistas científicas del extranjero. Todo el que quiera estar al corriente del movimiento intelectual contemporáneo en materia de Cardiología y Hematología, debe leer los *Archivos* que publican Pittaluga y Calandre.

E. L.

Periódicos médicos.

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Exantema febril de la niñez (exantema súbito).**— Los doctores Borden S. Veeder y T. C. Hempelmann publican la siguiente nota clínica:

Una mañana llamaron á uno de nosotros para ver á un niño de diez años, que tenía una temperatura de 104° F. (40° C.). Una cuidadosa exploración física resultó absolutamente negativa. Se nos dijo que la mañana antes el niño se había levantado quejándose de ligera cefalalgia; pero había ido á la escuela, que se hallaba á algunos kilómetros de distancia, en el campo, en donde permaneció todo el día, y se puso á jugar base ball, á pesar del dolor de cabeza y de la sensación de malestar. Al regresar á su casa estaba muy cansado y no quiso cenar. Se observó que la temperatura era de 102° F. (38° 8 C.) y á la una de la mañana había llegado á 104° F. (40° C.). No pudo descubrirse la causa del ascenso de la temperatura, y se practicó la segunda exploración á la una de la tarde, en vista de que la temperatura había llegado á 105° F. (40° 5 C.). La temperatura continuó así toda la tarde y noche, y bajó á 101° F. (37° 7 C.) á la mañana siguiente. La exploración física continuó negativa. El muchacho no parecía hallarse en estado muy tóxico, ni se quejaba de ningún dolor. Al verificarse la exploración el tercer día se exhibieron tres pequeños puntos de un rojo pálido en el abdomen, que no se habían visto el día anterior. Estos brotaron como «manchas color de rosa»; pero dos de los tres tenían por lo menos un diámetro de tres dieciseisavos de pulgada (5 milímetros). La temperatura continuó elevada todo el día, llegando á 103° F. (39° 4 C.). El recuento leucocitario reveló un total de 3,200 glóbulos, con 80 por 100 de linfocitos. Debido á esta fórmula baja se creyó que el niño desarrollaba con toda probabilidad tifoidea, y que la iniciación súbita con la hipertermia se debía al ejercicio que había hecho el primer día de la fiebre. Aquella tarde vomitó algo después de tomar algún alimento, siendo este el primer signo ó síntoma anormal aparte de la fiebre. Se obtuvo un homocultivo así como sangre para una Widal, resultando ambas negativas.

Lo vimos á la mañana siguiente (el cuarto día) como á las nueve de la mañana, y la temperatura había bajado á 100° F. (37° 7 C.). Todo el tronco, del cuello hasta las piernas, estaba cubierto de una extensa erupción macular. Las lesiones tenían un diámetro de un octavo á tres dieciseisavos de pulgada (3 á 5 milímetros), eran de un color rosado pálido y había algunos sitios en que eran coalescentes. Desaparecían con facilidad á la presión y eran con más frecuencia maculares y macopapulares. Sólo había muy pocas lesiones esparcidas en la parte inferior de la cara y de los miembros. Al llegar la noche había desaparecido casi por completo el rash, y por completo á la mañana siguiente. La temperatura continuó baja después de presentarse la erupción, y la convalecencia tuvo lugar sin complicaciones ni contratiempos, aparte de que el pequeñuelo se hallaba como quien dice absolutamente agotado por la infección y no se sintió capaz de hacer gran cosa durante la semana ó diez días siguientes.

Este caso, aparte de la edad, es típico de un grupo que hemos observado durante el invierno pasado. El período de hipertermia, que por lo general dura tres días, va seguido del desarrollo de una erupción el cuarto día concomitante con una rápida baja de la temperatura á lo normal. La erupción, que se volvió muy generalizada en doce á veinticuatro horas, desaparece en otras veinticuatro á cuarenta y ocho

horas. Durante el período febril existe una falta absoluta de todos los signos y síntomas físicos. No existen ni coriza, ni amigdalitis, ni tos, ni bronquitis, ni infarto linfático, ni esplenomegalia, ni diarrea, ni estreñimiento. Lo más notable es la falta absoluta de síntomas junto con la hipertermia. Se espera con paciencia que se manifieste una neumonía enmascarada ó alguna otra causa de la fiebre obscura cuando de repente se presenta la erupción y baja la temperatura. A menos que se esté á la mira de este complejo peculiar, el médico pasará varios días ansiosos.

En los últimos tres ó cuatro años hemos observado casos aislados de este complejo peculiar de síntomas; pero no hicimos ningunos esfuerzos para estudiar el grupo hasta el otoño de 1920. Sin embargo, durante el invierno y la primavera pasados hemos visto más de veinte casos, en ocho de los cuales se hizo un recuento sanguíneo. Este reveló con una excepción desviaciones tan notables y uniformes de lo normal que parecen características de la enfermedad y apoyan la opinión de que se trata de una cantidad clínica separada que no reconoce ninguna de las obras de texto actuales. Las alteraciones en el cuadro sanguíneo consistieron en una leucopenia marcada con una linfocitosis relativa. Esto, junto con la falta de todos los otros signos y síntomas clínicos, nos ha permitido en varios casos predecir la aparición del rash al cuarto día de la enfermedad. El único recuento (caso 6 en la tabla adjunta), en el que no se descubrió linfocitosis relativa, se hizo en el quinto día, después que la temperatura bajó á lo normal.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD

Otras dos características notables de la enfermedad son la falta aparente de contagiosidad y su predilección por los lactantes más bien que por los niños mayores. Quizás convenga considerar algo más detenidamente las características esenciales de la enfermedad tal como la hemos observado.

Iniciación.—Es brusca. El interrogatorio cuidadoso no nos ha revelado ningunos síntomas hipertérmicos. Por lo general, la madre ó ama han advertido que el niño ha padecido fiebre y al obtener la temperatura han descubierto mucha fiebre. El único niño de edad mayor en esta serie se quejó de cefalalgia y malestar el primer día.

Síntomas.—No existen síntomas aparte de la fiebre y laxitud que produce la hipertermia. No se observan vómitos, diarrea ni dolor, y la exploración física, más minuciosa en nuestros casos, no ha descubierto ningún signo físico anormal, tal como tímpano congestionado, amígdalas inflamadas, gingivitis, infarto ganglionar, signos torácicos ó abdominales y síntomas relacionados con el sistema nervioso central. Los ganglios postcervicales no están infartados. Por regla general, la orina ha sido negativa. Por lo común, existe una falta de signos tóxicos y postración moderada. A pesar de la hipertermia, los niños, por lo general, toman su alimento sin dificultad. A medida que la fiebre baja á lo normal se desarrolla la erupción é inmediatamente los niños parecen sentirse bien y obran en este sentido. El niño mayor se mostró algo irracional cuando la fiebre llegó á los 105° F. (40° 5 C.); pero poco después deseó levantarse y ponerse á jugar ó que le leyeren cuentos. La falta de toxemia, junto con la hipertermia, es digna de nota.

Evolución.—Existe una uniformidad notable en la marcha de la enfermedad. La fiebre, que sube súbitamente de 102° á 104° F. (38° 8 á 40° C.) ó más, continúa elevada, quizás con ligeras remisiones matutinas, hasta el cuarto día, en el cual, junto con la aparición del rash, desciende á lo normal por crisis y el niño se conduce como si se sintiese bien de nuevo. Rara vez la temperatura disminuye al tercero ó

quinto día, en vez del cuarto. La temperatura máxima que hemos observado ha sido de 104° á 105° F. (40° á 40,5 C.), y existe la tendencia de parte de la fiebre á disminuir 1° ó 2° por la mañana más que durante el día. Sin excepciones, la convalecencia en nuestra serie se ha manifestado sin contratiempos.

Sangre.—Como se indica en la tabla, existe ordinariamente una leucopenia que puede ser bastante notable, bajando de 3,200 glóbulos en dos casos. En todos menos uno de nuestros ocho casos (caso 7) hubo además una linfocitosis relativa, excediendo los linfocitos de 80 á 90 por 100. Esto ha producido en varios casos la sospecha de una infección tifoidea; pero en tres casos la reacción de Widal ha resultado negativa. Aparte de un aumento relativo de los linfocitos y la disminución relativa de los polimorfonucleares, los otros glóbulos, al parecer, se hallan en relación normal. En un caso un homocultivo permaneció estéril.

ANÁLISIS SANGUÍNEO

Caso.	Edad.	Día del recuento...	Temperatura.	Fórmula leucocitaria..	Linfocitos...	Polimorfonucleares....	
1	10 años.	4.º	105º	3,200	80	18	Widal negativa, homocultivo.
2	9 meses.	3.º	104º	3,200	90	7,5	
3	10 meses.	3.º	102º,6	6,000	88	11	
4	10 meses.	2.º	103º	7,000	80	12	
		5.º	Normal.		89	11	
5	14 meses.	3.º	104º	8,600			Widal negativa.
6	15 meses.	3.º	103º	6,800	75	25	
7	3 ½ años.	5.º	Normal.	6,600	28	72	
8	10 meses.	3.º	102º	6,600	88	8	

Por desgracia, sólo se hizo un homocultivo, y éste en la mañana en que se presentó el rash, y la temperatura bajó á lo normal.

Edad.—La mayoría de los casos corresponden de los seis á los diez y ocho meses de edad. El más pequeño de los ocho niños en los que se verificaron recuentos leucocitarios fué un lactante de nueve meses y el mayor un niño de once años. Sólo se han observado dos casos en niños de más de dos años. Todos los otros casos no comunicados que hemos visto han sido de niños entre las edades de seis meses y dos años.

Transmisibilidad.—En ninguno de los ocho casos comunicados, ni en ninguno de los otros observados, pero que no se han comunicado, hemos visto otro caso en la misma familia.

En los casos 3 y 5 había otros niños en la familia, y en los casos 4, 6 y 7, otro niño. No tan sólo había otros niños expuestos en el caso 1, sino que el niño asistió á la escuela el primer día de la enfermedad y no se manifestó ningún otro caso en la escuela. Por consiguiente, en lo que hemos podido observar, la enfermedad no corresponde al grupo ordinario de exantemas infantiles transmitidos por el contacto directo. Jamás hemos visto la enfermedad aparecer por segunda vez en el mismo niño.

Rash.—La erupción—la única lesión característica—es muy típica. Se presenta á medida que la temperatura baja, se desarrolla rápidamente, llega al acmé en unas doce horas y luego desaparece en unas veinticuatro á cuarenta y ocho horas. La descamación es muy ligera ó falta por completo. En el niño de más edad se observaron algunas lesiones (tres) en el abdomen veinticuatro horas antes de desarrollarse el rash por completo. La erupción es morbiliforme,

y consiste en pequeñas máculas ó maculopápulas de un rojo pálido de un dieciseisavo á tres dieciseisavos de pulgada (1,5 á 5 milímetros) de diámetro. Desaparecen á la presión como puntos rosados. Las lesiones son, por lo general, profusas y se hallan bastante bien distribuídas en todo el cuerpo, la parte inferior de la cara, el cuello y los miembros. Por lo general, existen más lesiones en el tronco que en la cara y los miembros. El tronco del cuello á la pelvis ha estado tan cubierto en algunos casos que una moneda pequeña tocaría varias lesiones. En algunos casos se observó coalescencia de las lesiones, produciendo un aspecto abigarrado algo indicativo de urticaria. Las lesiones son más bien maculares que papulares, y hemos observado con frecuencia una aureola pálida alrededor de la mácula.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sólo hay que considerar tres exantemas.

Sarampión.—La falta de todos los síntomas catarrales y de las manchas de Koplik, el carácter y desarrollo de la erupción y su naturaleza no transmisible distinguen la enfermedad del sarampión. (El niño mayor había tenido tanto sarampión como escarlatina.)

Escarlatina.—La falta de angina, la iniciación y la evolución de la enfermedad, el cuadro sanguíneo, el tipo y marcha de la erupción y la falta de descamación, distinguen la enfermedad clara y fácilmente de la escarlatina.

Rubella.—La iniciación, la hipertermia, aparición tardía y tipo de la erupción y la falta de adenopatía postcervical, distinguen el estado de la rubella. En la rubella la erupción se presenta en el acmé de la fiebre y la temperatura baja gradualmente. Además, posee un cuadro sanguíneo absolutamente distinto. La rubella no ha abundado en St. Louis en este invierno, y el hecho de que la enfermedad no se desarrolla en otros niños de la misma familia ni en otros niños expuestos milita en contra de que el estado sea un tipo raro de la roséola epidémica.

En vista de que los niños no recibían ninguna medicación, no existe la posibilidad de que se trate de una urticaria medicamentosa.

COMENTARIOS

Opinamos que el síndrome es una entidad específica que no se ha descrito en ninguna de las obras de texto, de pediatría ó enfermedades infecciosas. Su curso clínico distintivo y la naturaleza y tipo de la erupción, el cuadro sanguíneo y la naturaleza no contagiosa del estado presentan un cuadro inconfundible para el clínico. Además, creemos que se trata del mismo estado que describió Zahorsky de St. Louis en 1910 como «roséola infantil», y de nuevo en 1913 como «roséola infantum». En el primer trabajo, Zahorsky describió el síndrome, y en 1913 comunicó breves historias de treinta y tres casos observados durante un período de tres años. Sólo se observaron dos casos en niños de más de dos años y medio: uno en un niño de nueve años y el otro en uno de catorce años. Zahorsky observó el período de hipertermia sin síntomas que duraba varios días, seguido de una erupción morbiliforme que se desarrollaba á medida que bajaba la temperatura. Su descripción clínica armoniza con el cuadro que hemos observado. Por desgracia, no comunicó ninguna fórmula sanguínea; y en conversación nos dijo que no se había fijado en las modificaciones que presenta en tales casos el cuadro sanguíneo normal.

Zahorsky designó el estado roséola infantil ó infantum—término éste que emplean algunos de los autores y dermatólogos antiguos al describir algún vago exantema de la infancia. Se ha abandonado la expresión casi en absoluto,

puesto que de cuando en cuando se ha separado este grupo de distintas unidades clínicas—erupciones tóxicas, alimenticias, rubella, etc., y, como hemos dicho, no se considera ya más la roséola infantum como una entidad clínica. Es difícil averiguar si el síndrome que hemos observado es ó no el mismo descrito en algunas de las obras de texto más antiguas, debido á lo escaso é indefinido de las descripciones. No consideraremos que roséola infantum sea el nombre más apropiado de este síndrome, puesto que se usó antiguamente el mismo término para describir un grupo de enfermedades numeroso é indefinido. Por consiguiente, proponemos el nombre «exantema súbito», por describir el síntoma clínico más notable, á saber: la súbita é inesperada aparición de la erupción al cuarto día. Creemos que se trata de una entidad clínica separada que merece un sitio aparte en la nosología médica y un sitio en nuestras obras sobre pediatría.

Presentamos este trabajo con la esperanza de que pueda motivar estudios más detenidos del estado, á fin de que se determine con todo cuidado su posición exacta. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Diciembre de 1921.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La anestesia del nervio laríngeo superior aplicada al tratamiento de ciertas toses espasmódicas, por E. Halphen (de Paris).—La fisiología nos enseña que el nervio laríngeo superior da á la parte alta de la laringe (repliegues ari-epiglóticos, epiglotis), á la base de la lengua y gracias á la anastomosis de Galeno á la parte baja de la laringe, así como á la tráquea, una sensibilidad muy viva y muy especial. También sabemos que uno de los efectos de la sección de este nervio es la anestesia de la mucosa laríngea.

Por otra parte, la clínica nos pone de manifiesto que la más pequeña gota de líquido que caiga sobre el circuito glótico, así como la inflamación del espacio inter-aritenoideo y la irritación de la glotis por partículas de líquidos expulsados de la tráquea ó elaborados *in situ*, bastan para determinar la tos.

En general, podríamos afirmar que la tos es el resultado de la excitación de las extremidades terminales del nervio laríngeo superior ó recíprocamente que el nervio laríngeo superior es el nervio de la tos.

El laríngeo superior no es en verdad el único nervio cuya irritación ocasiona el espasmo glótico y la tos que él determina, puesto que existen otras zonas tusígenas en la faringe, velo palatino, fosas nasales y conducto auditivo que dependen del pneumogástrico, del trigémino y aun del suelo del cuarto ventrículo; pero no es menos cierto que lo más frecuentemente de la tos espasmódica tiene su origen en el embudo laríngeo y que anastesiando esa región es como casi siempre lograremos combatirla.

Ahora bien, estudiando la terapéutica de la coqueluche y de la traqueitis, por ejemplo, echaremos de ver inmediatamente que, aparte de un tratamiento especial por galvano cauterizaciones, apenas si se emplean otros recursos que los opiáceos y los antiespasmódicos, resultando extraño que no se haya pensado en intervenir directamente sobre el nervio laríngeo superior para calmar estas toses cuyo origen espasmódico, laríngeo, es evidente.

Máxime cuando los laringólogos vienen practicando con éxito desde hace mucho tiempo inyecciones de cocaína y alcohol sobre el trayecto de dicho nervio contra la disfagia

dolorosa de las laringitis bacilares: método que, sin fundamento alguno, está considerado todavía como de excepción, al alcance sólo de una minoría, siendo su técnica fácil y sus buenos resultados manifiestos.

Teóricamente convencidos de que el laríngeo superior es el nervio exclusivo de la tos, hemos aplicado esta concepción al tratamiento de una enfermedad que á primera vista parecía corresponder clínicamente al género de afecciones que nosotros deseábamos tratar. Esta enfermedad es la coqueluche, y aun cuando los casos tratados por este método no son todavía muy numerosos, ellos nos permiten, sin embargo, aportar con elusiones interesantes, puesto que la gran mayoría de nuestros enfermos han sido mejorados, modificándose las quintas de tos, disminuyendo su frecuencia y su intensidad y aun cesando completamente á veces en pocos días.

La técnica que nosotros seguimos, rápidamente descrita, es la siguiente: Procedemos siempre por vía lateral, tomando como puntos de referencia, por arriba el gran cuerno del hiodes y por abajo el cuerno del cartilago tiroides que hacemos resaltar bajo los tegumentos haciendo retroceder la laringe por presión digital. A igual distancia de ambos puntos de referencia clavamos nuestra aguja, primero superficialmente, paralela á la piel y después perpendicular á ella bajo el músculo tiroideo, hasta un centímetro de profundidad aproximadamente. Hecho esto, inyectamos á cada lado de 2 á 3 c. c. de alcohol de 90°, frío, porque el alcohol caliente es ya anestésico y nosotros tenemos necesidad de que el enfermo acuse la sensación dolorosa, irradiada hacia el oído y producida por la inyección, para asegurarnos de que nuestra aguja está bien en contacto con el nervio.

Nuestros coqueluchosos nos han advertido de que la aguja ha alcanzado su objeto por el desencadenamiento inmediato de una quinta de tos, alarmante y en extremo típica que podría servirnos para el diagnóstico de la afección y que, por otra parte, se atenúa con bastante rapidez.

La inyección de alcohol hecha en el lado opuesto, una vez calmados tales fenómenos, no ocasiona ya ni tos ni espasmo.

A consecuencia de dichas inyecciones las quintas disminuyen en frecuencia é intensidad durante los dos ó tres primeros días, para desaparecer completamente hacia el cuarto ó quinto.

El niño no obstante sigue tosiendo, pero su tos no tiene ya carácter espasmódico, ni presenta fenómenos de asfixia, ni va seguida de expulsión de mucosidades, ni de vómitos, lo cual tiene capital importancia en una afección tan grave para los niños tiernecitos. El niño queda solamente como acatarrado, cuyo catarro se cura, por sí mismo, aproximadamente en una semana.

En unos niños las quintas ceden inmediatamente á la primera inyección, mientras que en otros hay que repetirla para hacerlas desaparecer.

Ocurre igualmente que en el curso del catarro que sigue á la desaparición de las quintas de tos, y cuando ya creíamos al niño curado, la tos vuelve á adquirir súbitamente sus caracteres patognomónicos, como si la anestesia que habíamos realizado cesara de manifestarse. Sucede aquí lo mismo que en las disfgias tuberculosas tratadas por este procedimiento, y tanto en un caso como en otro bastará renovar las inyecciones para conseguir el efecto deseado.

Los inconvenientes, y por tanto las contraindicaciones, de este método, son nulos, y su inocuidad absoluta permite renovar la anestesia transitoria del nervio laríngeo superior



tantas veces como lo exija la persistencia ó la reaparición de la tos espasmódica.

En honor á la verdad debemos decir, que algunos casos han sido refractarios á este método, cualquiera que haya sido el número de inyecciones practicadas, quizá por defecto de técnica ó mala infiltración del nervio por el alcohol inyectado.

Para terminar, y á título documental, relataremos un caso de traqueitis tratado por este método en un estudiante de Medicina.

B. A., veintisiete años. Tose desde hace dos meses sin remisión. Se hace examinar repetidas veces por auscultación, radioscopia, radiografía etc., y siempre con el mismo diagnóstico: traqueitis, rino faringitis, tos de origen laringo-faríngeo. El examen nos demuestra de parte de la laringe algunas vellosidades inter-aritenoides, y del lado de la bucofaringe una gruesa amígdala lingual y una pared faríngea roja, con tendencia hipertrófica. Las pulverizaciones de eudraína, las fumigaciones y las inhalaciones de vapores gomenolados ó de agua de laurel cerezo, los toques con cloruro de cinc y nitrato de plata, las pociones calmantes con cetona ó bromoformo, etc., no tienen ningún resultado.

Se ensaya durante un mes y á razón de dos por semana, inyecciones intra-laríngeas de aceite eucalipto-gomenolado; ninguna sedación. La tos irritante fatiga al enfermo que no puede trabajar, pierde el apetito, adelgaza y se neurasténiza.

Nosotros le practicamos una inyección de alcohol á lo largo del nervio laríngeo superior. Á los dos días recibimos una carta ditirámica en la cual el joven compañero nos anuncia que ya no tose y nos pide que le hagamos una segunda inyección para evitar la recaída.

Se marcha á vacaciones y á los dos meses nos comunica que la curación ha llegado á hacerse completa.

Si nosotros conseguimos con esta comunicación que nuestros compañeros usen más frecuentemente de esta práctica, verdaderamente sencilla, creemos haber hecho una obra útil y quedaremos satisfechos. (*Revue de Laringologie, d'Otologie et de Rhinologie*, núm. 23, 15 de Diciembre de 1921). —T. R. I.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La solución de sulfato de magnesio como auxiliar en la anestesia.—El Dr. Arthur H. Cartis publica la siguiente curiosa nota clínica:

Una mujer casada y bien nutrida, de treinta y cinco años, se quejó de dolores abdominales y molestias pélvicas persistentes, consecutivos á una operación pélvica que le habían verificado nueve años antes. La exploración reveló un fibromioma uterino y señales de adherencias en el hipogastrio. La orina contenía algunos cilindros hialinos. En la misma mañana de la operación, durante un período de treinta y cinco minutos, la enferma recibió una hipodermocclisis de 310 c. c. de una solución al 4 por 100 de sulfato de magnesio, químicamente puro. Se preparó esta solución con la misma sal usada para preparar la solución que se inyectó en los otros dos pacientes que se operaron en el mismo día. Antes de la anestesia por el protóxido de azoe y de oxígeno, se administraron dos inyecciones hipodérmicas de un octavo de grano (8 miligramos) de morfina. El abdomen incindiado, reveló un fibromioma del útero, con adherencias pélvicas masivas. A pesar de las adherencias, la operación no fué muy difícil y se completó en una hora.

La enferma descansó cómodamente durante seis horas. Después la molestaron náuseas persistentes y pequeños vómitos repetidos. Se manifestó un aumento gradual del pulso y una elevación moderada de la temperatura. El abdomen se distendió moderadamente, pero se expulsaron sin dificultad gases y heces. El lavado gástrico no alivió los síntomas. Evacuó orina, en forma satisfactoria, durante diez y ocho horas; luego se volvió muy escasa, se tiñó profundamente de bilis y contenía muchos cilindros hialinos y granulares. A las cuarenta y ocho horas había ictericia pronunciada; el pulso era de 158; la temperatura de 102° F. (38° 8 C.); leucocitos, 16.000; la respiración era penosa, pero no muy acelerada. La muerte ocurrió á las doce horas, después de un período de agotamiento marcado.

En la autopsia que verificó el Dr. Edwin F. Hirsch, se encontró ictericia pronunciada, marcadas alteraciones adiposas agudas del hígado, marcada degeneración turbia de los órganos parenquimatosos, múltiples petequias en la pleura, pericardio y endocardio, una reciente histerectomía supravaginal quirúrgicamente reparada, y otras alteraciones no relacionadas con la causa de la muerte. No se examinó la cabeza. No existía infección peritoneal. No se había alterado la mucosa del estómago y del intestino. Los cultivos de la sangre del corazón y del líquido pericardíaco, tanto aerobia como anaerobiamente, resultaron estériles después de la incubación. Histológicamente, las células hepáticas contenían muchas vacuolas de grasa. El citoplasma y los núcleos no se coloreaban tan intensamente como el tejido normal y todas las alteraciones fueron idénticas á las que se han observado en el tejido hepático, cuando el anestésico ha producido la muerte. El epitelio renal se había alterado en forma semejante.

El análisis químico del tejido hepático no reveló señales de metales pesados ni de fósforo; el contenido de magnesio del hígado, después de deducir la cantidad que normalmente existe en el hígado humano, representaba 5,33 gramos de $MgSO_4, 7H_2O$.

COMENTARIOS

Debido á los síntomas clínicos y á las alteraciones autópticas no puede atribuirse la muerte de esta paciente á otra causa aparte de la anestesia. No se sabe que la anestesia por el protóxido de azoe y de oxígeno produzca las alteraciones hepáticas y renales que se observaron, y todo parece indicar que el sulfato de magnesio fué el agente nocivo. Por las observaciones en los animales inferiores, de que estas inyecciones producen hiperglicemia y glicosuria, se sabe que las inyecciones de sulfato de magnesio no dejan de producir su efecto en los tejidos. Algunas de estas observaciones se hicieron con soluciones á una concentración de sulfato de magnesio, no mayor del cuarto molar (3 por 100).

Los análisis ulteriores de la hiperglicemia asocian este fenómeno con las alteraciones en la concentración pH (acidosis) del tejido hepático. Parece, pues, que el sulfato de magnesio produce alteraciones en el hígado que provocan hiperglicemia y glicosuria y que cuando se producen alteraciones hepáticas más profundas, no es imposible que se produzcan graves lesiones histológicas.

CONCLUSIONES

1. La hipodermocclisis preliminar de solución de sulfato de magnesio, por lo general, disminuye la cantidad necesaria de otro anestésico general y alivia mucho la molestia postoperatoria.

2. El estudio del caso fatal comunicado aquí, junto con los datos obtenidos en la previa experimentación en animales, indican que la solución de sulfato de magnesio á veces produce alteraciones profundas en el hígado y que no puede considerarse un anestésico seguro para uso general, (Edición española de *The Journal*, A. M. A., 15 de Diciembre de 1921).

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Complicaciones de la gonococia, por el profesor Chauffard.**—Actualmente se sabe que la gonococia es una infección grave, en el curso de la cual pueden sobrevenir complicaciones muy serias por parte de los diversos aparatos. Chauffard describe tres casos de complicaciones de esta naturaleza; unos comunes, de artritis gonocócicas agudas y de talalgia crónica de los blenorragicos; otro, de una forma muy rara, excepcional, miositis aguda del bíceps producida por el gonococo. En general, las miositis infecciosas son complicaciones raras. El caso que describe Chauffard, es el siguiente: mujer de veinticuatro años, que se queja de dolores reumáticos del hombro y codo derechos; presenta antecedentes bacilares familiares y personales (ganglios cervicales operados y curados por helioterapia). Siguiéron los dolores articulares á un comienzo anginoso, como en un verdadero reumatismo; al no mejorar por el salicilato sódico (aun con 6 gramos), se pensó en el origen gonocócico. El segundo examen de las secreciones uretro vaginales fué positivo; confirmado el diagnóstico de artritis gonocócicas, se trató por inyecciones de suero antgonocócico y por punción de la articulación é inyección en ella del mismo suero, con los mejores resultados. A los pocos días apareció un dolor al nivel de la corredera bicipital, y después el bíceps braquial derecho se puso tumefacto y al mismo tiempo de una dureza leñosa, diagnosticándose de miositis gonocócica; se continuó con la seroterapia y se aplicó la pomada mercurial belladonada, recobrando el músculo su consistencia normal y dejando de ser doloroso; pero persistió la impotencia funcional y la atrofia muscular; la impotencia era en gran parte de naturaleza psíquica, por autosugestión, porque cedió á ligeros masajes, y el examen eléctrico mostró que las reacciones eran normales. El autor cita otro caso publicado con Fliessinger, en el que la miositis se acompañó de edema, siendo operado y encontrándose un absceso entre el bíceps y el braquial anterior, cuyo pus dió un cultivo puro de gonococos; se trataba en realidad de una celulitis gonocócica con miositis de vecindad. Estos dos autores encontraron en la literatura 17 casos solamente de miositis, con múltiples localizaciones; reprodujeron fácilmente estas miositis en dos series de experiencias en el conejo, hechas las primeras con cultivos de gonococos, y las segundas con la gonotoxina. Las lesiones son muy irregulares, como las renales y las miocárdicas; se caracterizan por una afinidad mayor para las materias tintóreas, por una estriación difusa y por la presencia del «fraccionamiento discoide», descrito por Zenker; conducen á la reabsorción de las fibras musculares enfermas y á la retracción esclerosa cicatricial final. Los casos que se resuelven sin supurar, parecen obedecer á la gonotoxina, aunque de la estadística de estos autores se deduce que la resolución total y rápida de estas miositis es poco común. *Artritis*; hombre de cuarenta y dos años; á los nueve, crisis de reumatismo articular agudo, por lo cual quizá quedó predispuesto para la artritis gonocócica que presentó

más tarde. Quince días después de adquirir una blenorragia, poco cuidada, dolores muy intensos en ambas rodillas; continúa trabajando, lo que le fué muy perjudicial, ingresando en el hospital con dos artritis tibiofemorales graves. Se le practica una paracentesis de la rodilla obteniendo 100 centímetros cúbicos de líquido, casi el máximo que puede contener una rodilla de adulto; líquido amarillo verdoso, dicróico, muy fibrinoso y con polinucleares en citolisis; después, en la misma rodilla, inyección intraarticular de suero antimeningocócico, por no haber antgonocócico. Además, tratamiento por la vacunoterapia. *Talgia gonocócica*: Hombre que ha sufrido tres blenorragias, empieza á padecer del talón derecho; se aprecian dos puntos dolorosos, uno á nivel de la inserción del tendón de Aquiles, sobre el calcáneo, y otro por bajo del talón, á nivel de la inserción de la aponeurosis plantar. Se percibe, además, una eminencia ósea; esta calcaneitis es muy dolorosa.

La cuestión terapéutica que demandan los casos de este género, está actualmente en plena evolución. Estamos muy lejos del tratamiento de la gonococia, basado únicamente en el empleo de los antiguos antiblenorrágicos. Sin embargo, todas las medicaciones vacunoterápicas ó seroterápicas, cuyos buenos resultados se conocen en las complicaciones articulares, tienen una acción nula sobre la uretritis y la epididimitis gonocócicas, es decir, sobre las dos lesiones típicas, fundamentales de la blenorragia. No se puede esperar nada de las medicaciones específicas, vacunoterápicas, para el tratamiento de la uretritis ó de la epididimitis. Hay que recordar la acción notable en las epididimitis agudas del salicilato de sosa, administrado generalmente á la dosis de 6 gramos al día. En el tratamiento de las artritis graves gonocócicas, la medicación específica puede hacer mucho. En otro tiempo el tratamiento de estas artritis consistía en inmovilizar la articulación durante algunas semanas; el resultado era la desaparición del dolor, la regresión del estado inflamatorio, pero al mismo tiempo la atrofia muscular masiva, la anquilosis más ó menos completa, la pérdida funcional de la articulación. Hoy se considera como un resultado lamentable lograr una buena anquilosis. Se utiliza actualmente la vacunoterapia con mucha más preferencia á la seroterapia. Debré y Paraf han propuesto inyectar directamente el suero en la articulación, lo que constituye un método excelente. Félix Ramond ha propuesto dos métodos; uno, la autoseroterapia, que consiste en puncionar la articulación é inyectar 20 c. c. de su contenido en la región pararticular. Más interesante es la otra técnica, que consiste en, después de haber evacuado la articulación, llenarla de aire esterilizado, ó sea en hacer una neumoarticulación como se hace una neumoserosa para el tratamiento de las pleuresías recidivantes y de las peritonitis; este método ha dado buenos resultados. Como medicaciones accesorias, pero que nunca hay que olvidar, se practica el calentamiento de la articulación con el anillo de lámparas eléctricas, el masaje de los músculos atrofiados, y algo más tarde, la electroterapia, sin abandonar las aplicaciones de pomadas al colargol ó de gomenol al tercio. (*Journal des Praticiens*, núm. 43, 22 de Octubre de 1921).—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. —Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. —Independencia y retribución de la función forense. —Dignificación profesional. —Unión y solidaridad de los médicos. —Fraternidad, mutuo auxilio. —Seguros, previsión y socorros.

Boletín de la semana.

Los tropiezos autonómicos.

Las cosas improvisadas, hechas á tontas y á locas, inspiradas en presunciones propias y alentadas por egoísmos ajenos, pueden prevalecer más ó menos tiempo en la *Gaceta* y aun sostenerse en equilibrio inestable dentro de la general indiferencia que, como cómplice de todos los desafueros, de todos los errores y aun de todas las inercias, es atmósfera cierta y segura de la política española.

Cuando con calor en nosotros no acostumbrado y sin antecedentes de pasiones hostiles á los que desde luego consideramos con la indulgencia que se debe á los improvisadores, sobre todo cuando no hay motivo ni deseo de suponerles mala intención; cuando, en una palabra, combatimos los decretos de autonomía universitaria por considerarlos imprevistos, de un efectismo pernicioso y de un seguro éxito negativo, anunciábamos que la práctica vendría á demostrar á cada paso la imposibilidad material del procedimiento, planteado como se planteaba, y que las dificultades surgirían á cada paso en el camino del encanijado organismo de la prosopopeyesca autonomía.

No hablemos de lo ocurrido en Zaragoza, de la nebulosa Asamblea de Madrid ni de tantas otras cosas que servirían de lección á quien capaz de lección fuera, y veamos por hoy lo ocurrido en Salamanca con la enseñanza clínica en aquella Facultad de Medicina.

El pleito no es solamente salamanquino ó salmantino, como otros dicen; es el pleito de toda la enseñanza clínica en España. Apenas si tres Universidades cuentan en todo nuestro país con hospitales clínicos independientes para su sostenimiento de fundaciones particulares, municipales ó provinciales. Madrid, con ser Madrid, apenas cuenta con un apéndice vermicular que le sirve para cubrir las apariencias de que en su Facultad se da alguna enseñanza práctica; en las demás Facultades, excepto en Barcelona, desde hace pocos años, hay enseñanza clínica merced á conciertos, arreglos y concesiones de entidades benéficas que nada tienen que ver con la enseñanza ni con la instrucción pública y que, sin embargo, sin contar con ellas sería imposible toda enseñanza de la Medicina.

Pues bien, mientras los Establecimientos de enseñanza y los de Beneficencia se han encontrado

bajo igual régimen de tutela, protegidos, regidos ú organizados por el Estado, han sido posibles los arreglos y conciertos del *statu quo* existente, hasta el malhadado Decreto de la burbujosa autonomía. Pero ahora cada Patronato, cada Diputación provincial y cada Ayuntamiento, dueño, protector ó patrono de un hospital, querrá tratar de potencia á *impotencia* con la correspondiente y endeble Universidad autonómica y el conflicto de Salamanca se multiplicará por 20, si son 20 las Facultades de Medicina que llegará á haber en España, sin que acertemos á ver otra solución que la que el patriotismo, el amor á la pública cultura y la caridad puedan inspirar á los respectivos Centros benéficos de que los hospitales dependen.

En cuanto á los estudiantes, encontramos plausible y digna de alabanza su actitud y la solidaridad que con ella han despertado. Lo que á ellos importa es que les proporcione medios de aprender y recursos proporcionados con sus gastos para cultivar la parte más esencial de su instrucción. Ellos nada tienen que ver con cuál pueda ser la causa de que se les niegue una enseñanza que pagan. Si la causa son los disparates ministeriales, corrijanse ellos; si son injustificadas resistencias opuestas por los mal entendidos intereses de los que rigen los patronatos benéficos, corrijanse y modifiquense. Lo que á todo estudiante de Medicina interesa y con él á todo el que ame la cultura nacional y tenga sentimientos humanitarios, es que todos los establecimientos de beneficencia en más ó menos escala sean aprovechados para la enseñanza práctica de la Medicina, y por el camino de la Autonomía universitaria al uso, no vemos cosa fácil la realización de este ideal que ha sido el por nosotros defendido desde la no cercana fecha en que fuimos estudiantes.

DECIO CARLAN.

Cartas de los Sres. Menéndez Pelayo y Pulido sobre el lenguaje y el estilo literario en los médicos.

En el número del 14 de Enero de *EL SIGLO MEDICO*, un ingenioso articulista que se titula *El Maestro Ciruela*, publica tan ameno cuanto instructivo artículo, acerca de los defectos de expresión con que hablan ahora algunos médicos jóvenes, ó exjóvenes, porque en esto de creerse y llamarse joven muchos hombres, se advierten tantas convencionalísimas y ridículas pretensiones, como se puedan notar en tertulias de damas ya

carabineras, á quienes la edad ha castigado inclemente con su *irreparable outrage*; y á fe que este artículo merece admiración y aplauso. Como que en él revela el autor ser gramático profundo, escritor ingenioso, observador tan erudito como sagaz, y es de toda justicia reconocer que le asiste la razón en cuanto expone. Por lo cual deben los colegas contagiados de expresarse de un modo pedante y ridículo, poner enmienda en su dicción, y hablar como Dios, la gramática española y las gallardías de nuestro rico idioma previenen, con lo cual se mostrarán más cultos, serios y gentiles.

Este artículo nos recuerda una conversación epistolar y pública que el gran Menéndez Pelayo, y quien esto escribe, hubimos de mantener allá, por el año 1892, es decir, hace más de un cuarto de siglo, con ocasión de haber fustigado con alguna severidad el eminente erudito á los escritores médicos, por no saber escribir y permitirse un estilo y una prosa didáctica defectuosísimos.

Era entonces recibido en la Academia de la Lengua el preclaro maestro de música Sr. Barbieri, y respondiendo en nombre del Instituto á su discurso, el glorioso escritor hubo de lamentar lo descuidada que se hallaba en España la prosa didáctica; y arremetiendo extremoso contra sus cultivadores hubo de decir que «el más incorrecto de nuestros escritores amenos puede pasar por un dechado de pureza, casi por un clásico, al lado de los que son tenidos por más literatos entre los tratadistas de Medicina, de Matemáticas, de Filosofía y aun de Bellas Artes».

El que suscribe, á la sazón en pleno vigor de combatiente Caballero Andante por los prestigios de la Medicina y de sus hombres, asistió á dicha recepción (hacía ya ocho años que era, á su vez, académico) y recogiendo aquel palmetazo hubo de contestar con una carta dirigido al propio opinante, la cual mereció del atentísimo catedrático una muy cortés respuesta.

Ambas cartas fueron entonces conocidas y comentadas, y habiendo visto la primera la luz, amén de otros lugares, como prólogo en mi libro *Grandes Problemas*, que entonces publicaba, tenemos el gusto de reproducir ambas, porque parece que vienen como anillo al dedo, después de la saladísima lección del Maestro Ciruela, y confiamos en que las leerán con gusto los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO.

Decía así el que suscribe:

I

Sr. D. Marcelino Menéndez Pelayo.

Muy distinguido señor mío: Nada importa, ni al caso hace, que usted y yo no nos tratemos, y hasta que no nos conozcamos, para que honre este libro encabecándole con su glorioso nombre, so pretexto de dirigirle una carta que quisiera respondiese, en estilo levantado y con razones convincentes, á un juicio suyo contenido en la hermosa contestación que usted dió al discurso del Sr. Barbieri en el acto solemne de ingresar el popular maestro en la Real Academia de la Lengua, donde lamentándose usted, y con razón, de lo descuidada que está la prosa didáctica en nuestra España, la emprende violento y extremoso contra sus cultivadores, diciendo que «el más incorrecto de nuestros escritores amenos puede

pasar por un dechado de pureza, casi por un clásico, al lado de los que son tenidos por más literatos entre los tratadistas de Medicina, de Matemáticas, de Filosofía y aun de Bellas Artes».

He de empezar advirtiéndole que antes de que usted hablara así había publicado yo unos artículos acerca de *La Estética en las ciencias médicas*, los cuales bajo el título de *El arte médico* reproduzco en este libro, y que en ellos había expresado un juicio parecido al de usted, ¡claro que con menos belleza literaria!, cuando decía (véase pág. 182): «Nadie sabe, ni calcular puede, lo que han contribuido á elevar la cultura médica en general las obras de los Claudio Bernard, Trousseau, Jaccoud, Virchow... y otros esclarecidos médicos extranjeros, que supieron hermanar el arte de la expresión y el conocimiento de la doctrina. ¡Y nadie sabe lo que han arriscado y embrutecido el pensamiento médico español, muchos autores de malas obras que han ocupado nuestras cátedras!»

Sin embargo de esta conformidad nuestra, en principio ha de permitirme que, por veneración á mi clase, Dulcinea de cuyo prestigio he sido siempre algo Quijote, le diga que tan depresivo por lo absoluto estimé su juicio al oírle, y tal fué mi pena ante la respetable autoridad que usted le daba, por ser quién era el que lo pensaba y escribía, y por ser el sitio de su lectura el templo donde la religión de nuestro idioma tiene su oficial culto, que de seguida me impuse el compromiso de escribir esta carta-prólogo, para hacerle en muy breve espacio, y con toda sencillez, pues otro desarrollo fuera inoportuno, tres observaciones al caso pertinentes.

¿Ha querido usted referirse sólo á los tratadistas de esos libros de texto, que ustedes distinguen y honran tan fácilmente en el Consejo de Instrucción pública, y son, de ordinario, *medios de vida* donde toda injuria á la doctrina y toda infracción de la Gramática encuentran como natural asiento? Pues me callo y le envío sincero apretón de manos. ¿Se refiere á toda producción médico-literaria? Pues venga á terreno de justicia y declare que, supuesto hay en nuestro país muchísimos escritores que se dicen amenos, con unas pretensiones de literatos que no abonan su ignorancia profunda ni su pedestre estilo, impropio es de persona tan leída y pensadora como usted, y de suyo tan obligada con la clase médica—porque dignos miembros de ella abundan en su familia, y escritos médicos le dieron doctrina para sus excelentes obras,—posponerles eximios escritores médicos á quienes creo de usted muy conocidos, ya que hasta un deber es admitir que nada se escapa á la penetración y estudio de tan general y maravilloso erudito.

¡Pues qué! ¿acaso el Dr. Méndez Alvaro, que fué escultor y atildadísimo prosista, y opulento en vocablos; el doctor Latamendi, rico lexicólogo, gran maestro en el arte de la expresión, y cual ningún otro ingenioso; el Dr. Nieto Serrano, de correcta y majestuosa dicción académica; los Dres. Pi Molist y Comenge, cervantófilos de quienes pudiera decirse han heredado la áurea pluma que habieron Villalobos ó Cristóbal de Herrera en el siglo XVI; el Dr. Salillas, estilista primoroso y de arcaica gentileza; los Dres. Gimeno Cabafias y Fernández-Caro, fluidos, de amena exposición y tersa frase; el Dr. Tolosa Latour, hasta por naturaleza tierno y delicado; el Dr. Ariza, años ha perdido, sobrio y elegante como una escultura jónica..., y otros muchos (1), acaso merecen

(1) Recordamos de muchos que forman un plantel de escritores sobrado numeroso y bueno para los pobrísimos estímulos que en España tienen las producciones medicoliterarias, entre ellos los Dres. Somovillas, Weyler y Montejo, de Sanidad militar, fallecidos hace poco, y los Dres. Gordillo, Cortezo, Marqués del Busto, Serrret, Sota y Lastra, Paris, Alonso Rubio, Olivan, Francos, Pache-

ser comprendidos en ese desdichado juicio con que usted anteponer el más incorrecto de los escritores amenos al más literato de los médicos? ¿Hemos de creer, para inconsolable desdicha nuestra, que los últimos de esos puros cultivadores de la dicción, siempre consagrados á la mera vestidura retórica, y sin embargo escarnecidos siempre por las zurribandas de los Valluénas y los Alas, con justicia aplicadas, valen mucho más que estos sabios apóstoles de la doctrina y de la forma? Permitame usted que lo dude.

Dijera usted que—y respondiendo al estado general de la Nación—hoy no abundan en nuestra Medicina los buenos escritores, y proclamaríamos ser muy exacta su afirmación, y de seguida vendría el explicarle, sobre otras muchas y conocidas causas de ello, una extraña y principal, que es, ciertamente, la desconfianza con que nuestra sociedad española, un tanto rezagada en su cultura, no se escandalice usted!, recibe al médico notoriamente literario y de esmerada expresión, así en lo oral como en lo escrito, por estimarle antes dado á los gustos y regodeos del estudio que á los sinsabores y pericias de la práctica; disparatada idea sobre la cual recargan, por interés propio, esos ignaros y charlatanes profesores, que hablan lo jerga bárbara y recetando con punible ortografía, penetran á veces hasta en los regios alcázares, desalojan de su posición al mérito, y cargan sobre sus lomos de acémila el oro que á manos llenas les da la humanidad desesperada y doliente.

Interin los escritores públicos no convenzan á la sociedad de verdad tan natural y corriente como el que la palabra limpia, clara y cuidadosa, un síntoma externo es, un reflejo fiel de otras semejantes cualidades en el interno y misterioso discurso del diagnóstico y la prescripción curativa; mientras una atmósfera de buen sentido no extinga de una vez á esos charlatanes que, encontrando orégano por doquiera, llevan á menudo la osadía al extremo de solicitar su ingreso en la Real Academia de Medicina, y á veces hasta... ¡alto, pluma!—esas bellezas del estilo que suponen escogida cultura literaria serán patrimonio de aquellos profesores que, por su excesivo amor al estudio y su desinterés, miren con indiferencia el aspecto utilitario de una rama que, todavía hoy, agita las ciudades con la imbécil superstición de los apóstoles.

Aparte de este motivo, que influye de modo muy principal—¡yo se lo aseguro!—en el daño que deplora, hemos de advertir una cosa ya de usted sabidísima, y es que los libros de ciencia médica, igual que todos los de las otras ciencias, sean originales ó traducidos, tienen que rendir leal y cumplido homenaje al neologismo. Dice usted que por ellos «se ha ido formando al lado del castellano de la conversación y de la literatura, no enteramente viciados todavía, una especie de greguería ó lengua franca más propia de los antiguos arraces argelinos que de los profundos metafísicos, antropólogos, estéticos y sociólogos que nos traen y comunican las últimas revelaciones del verbo de la Ciencia», y yo encuentro justos sus lamentos y merecida la censura, si usted se refiere no más al descuido de la sintaxis, á la mera lesión de estructura gramatical y á la desestimación y olvido de lo que tenemos ya formado; pero no así en el caso de que race con ese neologismo que, proceda de donde quiera, pues siempre será de muy justificada fuente, nos trae la expresión de las

nuevas ideas que las ciencias, las industrias, la Filosofía... van creando.

Segurísimo es que usted, D. Marcelino, poseedor de tantos conocimientos, ha estudiado con esmerado interés la biología de los idiomas y las leyes de su evolución y selección, y sabe que no son como afamadas obras estatuarías, pictóricas ó literarias, que permanecen inalterables en el transcurso de los siglos representando un aspecto fijo de la belleza, sino que son organismos que viven y por eso están sometidos á las propias leyes nutritivas de asimilación y desasimilación que cumplen todos los seres animados.

¿Quién desconoce hoy ya que las lenguas cambian más pronto que las razas; que el genio literario, la preponderancia política, la conquista militar y otras muchas causas determinan sus grandes crisis; que el clima, las costumbres, la brevedad ó la eufonía son motivo de la selección que verifican incesantemente; que los grandes progresos de las ciencias, las artes, las industrias, la Política... transforman sus giros y sus metáforas, y que dejan sus fósiles y cumplen en un todo las mismas leyes de evolución que las especies animales y botánicas? El idioma literario quizás podría fijarse largo tiempo, tomando por modelo cualquiera de esas producciones que determinan el triunfo de una lengua sobre todas las demás: por ejemplo, en Italia *La Divina Comedia*, que consagró el toscano; en Alemania la traducción de la *Biblia* por Lutero, que hizo prevalecer el dialecto sajón sobre otros muchos coexistentes; en España el *Quijote*, luminoso faro adonde convertimos siempre nuestros pensamientos; pero sobre que ninguna lengua vive más de diez siglos, el idioma científico y el industrial cambian con la misma velocidad que cambian la Ciencia y la Industria, y es de buena ley, puesto que así lo quiere el fatal determinismo de los hechos, que el país que más produzca goce por ello la contribución de imponer á los demás sus discurridos vocablos, ya que suya es la paternidad de las ideas que expresan. La cantidad de germanismos, anglicismos, galicismos... que impurifican nuestro castellano, representa la cantidad de progreso que han aportado los pueblos respectivos á la vida espléndida y bienhechora de la Ciencia, como la poca cantidad de hispanismos con que ellos impurifican sus lenguas, declara el atraso de nuestra raza, su escasísima producción y su lamentable insignificancia en esa grandiosa conquista que realizan los pueblos adelantados. Por esto hubiera estimado yo más de razón que al dirigir usted sus ataques contra las malas traducciones, hubiéralo hecho sobre las muy detestables de los libros meramente literarios, que con más abundancia y menos disculpa que las de los libros científicos *perpetran* á diario muchos de esos incorrectos escritores amenos á quienes considera usted más puros y clásicos que los más literatos entre los científicos y filósofos.

Y ya que con la pluma en la mano y escribiéndole estoy, he de aplaudir con calor y hasta con gratitud aquel su propósito de hacer que no sea «la Academia Española sólo Academia de oradores ó de novelistas, sino de escritores notables y señalados en cualquier ramo del humano saber, y dignos de servir de modelos de estilo didáctico, á la vez que doctos y capaces para acrisolar y depurar el tecnicismo de su respectiva ciencia ó arte y ponerle al alcance del vulgo en las columnas del *Diccionario*». ¡Cuántas veces he sentido impulsos de coger la pluma para dolerme de la ausencia de escritores médicos en su Academia, donde tan señalados servicios prestarían! Ahí tienen ustedes á Letamendi y Nieto Serrano, indiscutibles por sus años y sus méritos: ¿por qué no los llevan ustedes á su seno para enriquecer su *Diccionario* con el copioso manantial de frases que tienen las ciencias médicas, siendo éstas las que más trabajan de todas,

co, Ulecia, Giné, Rodríguez Méndez, San Martín, Escuder, Baglietto, Suénder, Olmedilla, Iglesias, Montaldo, Calatraveño, Lozano Caparrós, Rubio, Romero, Viguri, Sanchez Rubio, Rubí... y otros que ahora no recordamos, todos los cuales, en grado y con aptitud variables, pulen su estilo y muestran condiciones cuyo mayor desarrollo no consiente la escasa cultura general de nuestro país.

más producen y mayor contingente de neologismos aportan á la evolución de los idiomas? ¿Por qué allí donde dignamente tomaron asiento los médicos D. Pedro Felipe Monlau D. Mateo Seoane y D. Tomás Corral, Marqués de San Gregorio, y donde actualmente tienen ustedes los que un día figuraron entre los profesores de las ciencias médicas, como Campoamor y Castro Serrano, no se concede representación, á los que luchan en la vida del dolor, que llena nuestra existencia más que esotra del placer, patrimonio preferente de la amena literatura; con lo cual, y con otorgársela asimismo á cultivadores de las demás ciencias, evitarían ustedes los numerosos dislates que afean el *Diccionario* en materia técnica, y las muchas deficiencias que lo empobrecen?

No dé usted á estas ligeras observaciones más el valor escaso que merece su autor, y crea, por lo demás, que siempre ha opinado como usted en lo fundamental de su tesis, y como usted, ha dicho: «Es menester que el arte de la palabra descienda hasta los últimos confines de la prosa técnica y la bañe con algún reflejo de hermosura», este su sincero admirador, q. s. m. b.,

A. PULIDO.

Madrid, 10 de Abril de 1892.

II

A esta carta el Sr. Menéndez Pelayo contestó muy cortés mandándome primero, por intermedio de su paisano el Dr. D. Modesto Martínez Pacheco, muy querido amigo mío, una tarjeta donde le decía:

Sr. D. Modesto Martínez Pacheco.

Mi querido amigo: Lejos de encontrar nada que me molestase en el precioso artículo del Dr. Pulido, tengo que darle muchas gracias por la cortesía y benevolencia con que me trata. Dígaselo usted así de mi parte, entretanto que yo pueda hacerlo personalmente. Suyo de todo corazón, *Marcelino Menéndez y Pelayo*

Y después las dos cartas que á continuación ven la luz:

Sr. D. Angel Pulido.

23 de Mayo de 1892.

Mi estimado amigo: Debo á usted mil gracias por el valioso obsequio de sus libros, que son uno de los más poderosos argumentos y eficaces testimonios que puede usted presentar en apoyo de la tesis tan brillantemente defendida en su artículo de *La Correspondencia*, al cual no he contestado porque no pude hacerlo inmediatamente, habiéndose añadido en aquellos días á mis habituales tareas un encargo extraordinario que me confió la Academia de la Historia. Hoy creo que ha pasado la oportunidad, no porque la cuestión no sea importante siempre, ni porque las palabras de usted no me parezcan en toda ocasión aignas de ser meditadas, sino porque en el fondo no hay divergencia alguna entre nosotros, y quiero evitar hasta la sombra de polémica. Salvo cierta exageración que el estilo oratorio trae consigo obligando á decir las cosas de un modo excesivamente general, yo solo insinué en mi discurso lo que usted mismo reconoce, es á saber: que la literatura científica *vulgar*, en médicos y no médicos, adolece de una habitual incorrección, principalmente nacida del mal entendido aislamiento en que viven en España los literatos y los cultivadores de la ciencia, y al hecho indispensable de alimentar éstos exclusivamente su cultura con obras extranjeras, de las cuales conviene aprovechar la doctrina, pero no calcar servilmente las palabras, sin enterarse antes de si tienen ó no tienen correspondencia en nuestra lengua, y dado que no la tengan, sin averiguar cuál

es la forma que por *analogía* deben recibir al formar carta de naturaleza entre nosotros.

En esto usted convendrá conmigo en que se peca mucho, tanto por ignorancia como por descuido, y digo por ignorancia, porque la mayor parte del tecnicismo científico es ó quiere ser greco-latino, y los que le transplantan suelen no saber latín ni griego, y además desconocen que en castellano las palabras griegas y latinas no se transcriben como en francés, ni se pronuncian como los franceses tienen que pronunciarlas por las exigencias fonéticas de la lengua.

Por lo demás, bien fuera de mi intención estaba el incluir en tal censura á los ilustres literatos-médicos que usted cita, algunos de los cuales como Letamendi, Pí y Molist, que son antiguos amigos míos, y á otros los conozco y respeto por sus escritos, aunque no tenga el honor de tratarlos. Son excepciones muy honrosas, porque no invalidan la afirmación general, puesto que como excepciones se les cita.

En fin, como no ha de faltar ocasión de reimprimir pronto mi discurso con otros ensayos, entonces pondré una nota en que haciéndome cargo de las discretas observaciones de usted, procuraré fijar el alcance y sentido de mis palabras que no habrán sido enteramente perdidas si mueven á alguno de los eminentes hombres de ciencia que por mera incuria escriben habitualmente mal, á fijarse en este punto no tan secundario como parece, para la mejor exposición y divulgación de la verdad científica.

Otros puntos toca usted en su carta de índole para mí más delicada, por lo mismo que no atañen á opiniones particulares más, sino á aciertos ó deficiencias de una Corporación de que formo parte, y sobre cuyos actos, por consiguiente, toda apreciación mía habría de parecer ó apasionada ó indiscreta. Es una de las razones que me impiden dirigirme á usted en carta abierta y pública, y limitarme á esta amistosa contestación privada. Si el *Diccionario* adolece de defectos en el tecnicismo científico como todos los diccionarios vulgares de cualquiera lengua, alguna culpa habrá que achacar en ello á los médicos que han formado parte de la Academia desde su fundación, puesto que rara vez ha dejado de haber alguno, y no es de suponer que esas palabras las hayan definido los poetas. La misma Academia de Medicina ha sido consultada á veces.

Es cierto que en el momento actual no hay ningún médico académico, pero es de suponer que esto se remediará, y por lo que á mí toca, ya sabe usted mi criterio según el cual deben ir á la Academia representantes de todas las artes y ciencias con la sola condición de que sean al mismo tiempo escritores de mérito indisputable, cada cual en su ramo, porque la didáctica es un género literario como cualquier otro.

Aprovecha esta ocasión para repetirse de usted buen amigo y s. s. q. b. s. m., *M. Menéndez y Pelayo*.

Sr. D. Angel Pulido.

Madrid, 2 de Junio de 1892.

Mi estimado amigo: Creo que ha pasado la oportunidad de la publicación de mi carta, aunque ella no fuese, como ciertamente lo es, tan breve é insignificante. Salir con ella ahora tal como es, parecería de mi parte una pedantería, y ampliarla y extenderla como su argumento requiere es tarea á que no puedo comprometerme en estos días de calor y de exámenes tan fatigosos para el cuerpo y para el espíritu.

Lo mejor, por consiguiente, me parece reservar la rectificación para cuando el discurso se reimprima.

Y entretanto, dando á usted las gracias por sus bondades, se repite suyo afectísimo amigo y s. s. q. b. s. m., *M. Menéndez y Pelayo*.

REMITIDOS

Rascafría, 25 de Diciembre de 1921.

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Muy respetado señor mío: Modesto médico titular de un pueblo y suscriptor de EL SIGLO MEDICO, me atrevo á molestar su atención en réplica de que con su autoridad profesional y si cree que tenemos motivo para ello, salga en defensa de nosotros (los que no somos médicos de Madrid), contra una disposición dada estos días por el señor gobernador civil de Madrid, con buen fin seguramente, pero sin prever los perjuicios que su cumplimiento puede ocasionarnos.

Me refiero al siguiente párrafo, copiado de *El Imparcial* del 24, y que hace referencia á las disposiciones dadas para asegurar que no se despachen en las farmacias de Madrid más que recetas de profesionales:

«Por lo que se refiere á los médicos de fuera de Madrid, siempre que sea presentada en una farmacia una receta de éstos, tendrá que ir acompañada del visto bueno de uno de los médicos de esta capital ó del subdelegado de Medicina del distrito.»

¿Ha calculado el señor gobernador el efecto que en un cliente que no esté enterado el por qué de esta orden (como ocurre en la inmensa mayoría de los pueblos), ha de producir el que *la receta de su médico* tenga que *verla otro para que diga si puede ser despachada*? ¿No es lo más fácil que dispuestos á la desconfianza, crea que «el médico del pueblo» *no sabe lo que receta...* y con ésto entre en él la desconfianza hacia su médico con todas sus malas consecuencias para éste?

Esto por una parte, y por otra, ¿sabe el señor gobernador el perjuicio que al mismo enfermo puede traer el retraso, que para conseguir el producto recetado ha de traer esos trámites?

Yo, por ejemplo, que tengo el subdelegado á 45 kilómetros y con malas vías de comunicación, y Madrid á 95, ¿qué hago mientras viene la receta de Torrelaguna, si le mando al subdelegado, ó mientras en Madrid encuentran quien dé el visto bueno, si el remedio es de urgencia?...

Y bien sabe usted que no es posible exigir á un farmacéutico de pueblo que tenga constantemente en su farmacia todos los productos que la moderna terapéutica emplea, único medio de poder evitar estas idas y venidas...

Además, se me ocurre pensar, que cómo se va á hacer solidario un compañero de la responsabilidad que entraña una receta firmada por otro, sin saber el empleo que se va á dar á lo en ella prescrito, á no ser que se le envíe con la receta la historia clínica del enfermo... y me parece que ésto casi equivale á una consulta y tendrá perfecto derecho á cobrar sus honorarios por tanto. ¿Pueden suponerse los comentarios que todo esto originaria en el cliente...?

Más consideraciones se me ocurren, pero no queriéndome hacer más pesado (que demasiado molesto su atención con lo expuesto) y creyendo que con las ya indicadas son suficientes para justificar mi queja (que creo compartirán todos los compañeros que en mi caso se encuentren), doy por terminada la presente, aunque haciendo la salvedad de que creo oportuno que se trate de comprobar la *legitimidad* de las recetas, sean «forasteras», ó no, pero por otros medios que seguramente se ocurrirán á quien con buena intención y más autoridad que yo, trate de dejarnos á todos en buen lugar.

Le pido perdón por la molestia que esta carta le cause y esperando que si cree razonable prestarnos su ayuda nos la

preste en la forma que crea más conveniente, se despide de usted afectísimo s. s.

q. e. s. m.,

VALENTÍN MARTÍN CALDERON.

Médico titular de Rascafría (Madrid),
con patente de 3.^a clase, núm. 2.

Á propósito de la nueva orden para recetar.

Para resolver el enojoso pleito médico-farmacéutico actual, se nos ocurren una serie de consideraciones, que modestamente exponemos á la autoridad, por si las estimase oportunas.

Es lamentable que en algunas farmacias, pocas afortunadamente, se despachen fórmulas, solo con el afán del lucro, sin mirar, ni fijarse, si son médicos los que las prescriben, ó un Juan Particular, y esto prueba una vez más que la fiscalización del intrusismo médico es una de tantas farsas de nuestra incuria gubernamental.

Sin romper lanzas en favor de nadie, hemos de hacer resaltar la mala fe conque algunas de las recetas despachadas indebidamente y dadas después á la publicidad, han sido hechas.

No hay *sacaruros*, pero sí *sacaruro*; no existe la *tintura de canibal*, pero sí *tintura de cannabis*, el extracto de camelo es una burda imitación de canela ó de calomelanos, etc., etc.

Y echémonos los médicos en esto un poco de culpa, porque en general—«ya dice el vulgo letra de médico»—escribimos bastante mal.

Las nuevas órdenes dictadas para recetar y despachar estas recetas, nada resuelven, y en cambio nos crean algunos conflictos.

Supongamos un médico extraño á Madrid en la necesidad de recetar en la Corte, ó simplemente, á un cliente que vaya á buscar en ella una receta que no encontró en otro lugar ó en su pueblo: como á este facultativo no se le conoce en Madrid, tanto el cliente como el médico se encontrarán dolorosamente sorprendidos al ver que no se les despacha aquella fórmula que necesitan.

¿Cómo van á conocer los farmacéuticos madrileños á los médicos de toda España? ¿Cómo van los boticarios, tanto de provincias como rurales, á conocer á todos los médicos de Madrid y del resto de España? Por el solo hecho de que un farmacéutico desconozca el nombre de un médico ¿va este á privarse de prescribir, incluso para sí, una inyección de morfina?

Esto ni debe ser, ni puede tolerarse. Así, para resolver este conflicto nosotros ofrecemos la siguiente solución, por parecernos la más eficaz, rápida y fácil.

Clasifíquense los Colegios Médicos por número del uno al cuarenta y nueve. Llévase en ellos una lista detallada de todos los médicos que pertenezcan á esos organismos, y estén capacitados legalmente para formular, y expídanse, como está mandado, las patentes con la intervención de los Colegios. De esta manera en el primer trimestre del año podría imprimirse un libro con el nombre y número de patente de todos los médicos españoles, distribuido por Colegios, y ser entregados á todos los farmacéuticos de España. Podría obligarse entonces á poner en las recetas no sólo el número de la patente, sino el del Colegio á que se perteneciera simplificándolo con la inicial C (colegio), seguido del número indicador que le corresponda.

Así, por ejemplo, al formular en Madrid un médico de Toledo, ó viceversa, pondría debajo de la prescripción.—Patente núm. X C 5.

Por este sencillo medio, no sólo se conocería á todos los

médicos españoles y se tendría una exacta relación de ellos, sino que se evitaría el que pudieran despacharse recetas que no fueron hechas por médicos; dando así un rudo y definitivo golpe al intrusismo, y evitando el ridículo á farmacéuticos sorprendidos con recetas que llevasen «letra de médico».

ALFONSO F. PACHECO.

Manzanares, 20 de Enero de 1922.

PRIMER CONGRESO NACIONAL DE REORGANIZACIÓN SANITARIA

A las clases médicas;
á la intelectualidad española;
á los hombres de buena voluntad.

Es una triste realidad de la vida española, la absoluta indefensión en que nos hallamos respecto de las causas que pueden hacernos enfermar y morir, lo cual revela una organización sanitaria deficientísima, desprovista de toda eficacia. Situación tan grave para el país, tan vergonzosa además para el prestigio de la intelectualidad española, justifica que el maestro Zuloaga haya abogado por la reunión de un Congreso de reorganización sanitaria; y que hayamos acogido esta idea y nos propongamos realizarla, llamando á nuestro lado para dar cima á la empresa, á cuantos por su inteligencia, por su elevación moral, por los medios de acción de que dispongan, cualesquiera que éstos sean, constituyan un factor importante para el progreso en la vida nacional.

Vemos desarrollarse sin que nadie les vaya á la mano, endemias y epidemias; enfermedades en todo el mundo culto desconocidas, subsisten entre nosotros. Instituciones benéficas, merced á las cuales en otros países se suavizan y dulcifican desigualdades sociales, son ignoradas en España; dispone á su arbitrio de la vida humana, el comerciante que nos envenena ó nos defrauda, el patrono que agota en el trabajo más bien que las resistencias del obrero, la energía de la raza; la autoridad, complaciente con todas las demasías y apoyo de todas las injusticias, y colabora á esta acción ¿por qué no reconocerlo? el pueblo todo, ignorante del mal, resignado al sufrimiento, que disculpa, calificándolas de adversidades del destino, las consecuencias de la imprevisión y de la ignorancia unas veces, otras del desprecio de la vida de los demás, que es tan fácil desgraciadamente sentir, cuando la vida de los demás se atraviesa en el camino de los intereses.

Constituímos los médicos el órgano por el cual adquiere la sociedad la conciencia de su malestar en lo que á su salud y á las energías de su vida se refiere; por eso á nosotros compete ser el núcleo formador de este Congreso, al que han de coadyuvar también ingenieros, químicos, industriales, labradores, arquitectos, cuantos puedan aportar el fruto de su experiencia y los estímulos de su voluntad á esta obra salvadora. No es este un Congreso científico que tenga un fin especulativo; es una reunión de hombres de honradas miras, que aspiran á que la higiene impere y el interés humano se sobreponga á todo otro interés. Vamos á discutir los medios más prácticos, para inspirar en esos principios el desarrollo de la vida nacional, y una vez que hayamos convenido en ellos, discutiremos también los procedimientos para imponerlos á la Sociedad entera, y en primer término á los Poderes públicos que asisten inactivos á este inconcebible despilfarro de las energías del país.

Al hablar de imponer á las autoridades la dirección en que han de moverse, no es que tengamos presente el desprestigio del poder público de que tantas veces ha hablado el Sr. Maura, ni que empleemos ese lenguaje, suponiendo que á ese desprestigio del poder no corresponde otro tanto que el de violencia; no. Empleamos esa palabra, porque en

el régimen democrático en que vivimos, no son ni pueden ser los Poderes públicos los directores, sino los dirigidos, porque son ellos simplemente los depositarios, ó más bien los mandatarios de la voluntad nacional que reside en el demos. Tenemos, pues, el deber, quienes representamos la conciencia social, de imponerles nuestro criterio y nuestro sentido. Quizás ha sido el gran error de la generación médica pasada, no haberse dado cuenta de la transformación social que el año 1868 se produjo, y haber seguido implorando del poder público el maná de la higiene, como en los tiempos en que se estimaba que el poder bajaba de las alturas. Así hemos asistido todos á una triste comedia, en la que compañeros nuestros alardeaban de haber obtenido de tal ó cual ministro, migajas de disposiciones sanitarias, ya por favor personal, ya en fuerza de vergonzosas humillaciones, ó después de interminables antesalas. Si hubieran tenido esos desorientados compañeros conciencia de su representación, y también de la representación de la autoridad, habrían sabido imponer la orientación que los progresos científicos imprimían en otros pueblos á la vida colectiva; todos habrían ganado en prestigio, y el país en energía y en prosperidad.

Vayamos, pues, á ese noble fin con todo entusiasmo, puesta la vista en el porvenir de la nación española y en el resurgimiento de la vitalidad de la raza. Con ello haremos una obra grande que no sólo afecte á la vida, sino también á la dignidad y á las energías espirituales de nuestro pueblo. Si España es un país sin pulso, como decía Silvela, es porque es un país de depauperados y de enfermos. Démosle la salud, y él aportará á la civilización universal la fuerza de sus brazos, el temple de su voluntad y el brillo de su inteligencia. En esta labor, la clase médica española estará toda unida, y á ella cooperarán aquellos que en la organización actual han intervenido en la sanidad pública, y son los primeros en lamentar los obstáculos que se han opuesto á estas aspiraciones, que con nosotros comparten.

Dr. Verdes Montenegro, *presidente de la Comisión organizadora*.—Dr. Blanc Fortacín, *vicepresidente*.—Dr. Antonio Piga, *vicepresidente*.—Dr. Nicolás Calvín, *contador*.—Dr. Vital Aza, *tesorero*.—Dr. Ramos Acosta, *secretario*.—Dr. R. Ramos, *abogado asesor*.—*Vocales médicos*: Dres. Ara Sarriá, Anguera, Blanco, Bravo, Calatayud, Cebrián, F. Salamanca, García Viñals, González Muñoz, Lamas, Muñoz Antuñano, Mesonero Romanos, Muñozerro, Mestre, Negrín, Navarro Blasco (F.), Navarro Blasco (A.), Orta, Tirso Rodríguez, Sancho Ruiz Zorrilla, Sanchíz Banús, Taboada.—*Vocal odontólogo*, Rivera Gómiz.—*Vocal farmacéutico*, Mouriz.—*Vocales arquitectos*: B. Giner y L. Torres.—*Vocales ingenieros*: V. Serrano y A. Laffon.—*Vocal veterinario*, Santos Arán.—*Secretario general*, Núñez Grimaldos.

DON ALFONSO X, EL SABIO, considerado como impulsor de las Ciencias Médicas en España. (1)

DISCURSO LEÍDO ANTE SS. MM. Y AA. RR. EN LA SOLEMNE
SESIÓN QUE LAS REALES ACADEMIAS CELEBRARON,
EN EL SALÓN DE ACTOS DE LA ESPAÑOLA
EL DÍA 23 DE NOVIEMBRE DE 1921, PARA CONMEMORAR
EL VII CENTENARIO DEL NACIMIENTO DE DICHO REY

POR EL

ILMO. SR. DR. D. NICASIO MARISCAL

En representación de la Real Academia Nacional de Medicina.

NOTAS DE LA SEGUNDA PARTE DE ESTE DISCURSO

(31) El erudito bibliotecario del rey Carlos III, D. José Rodríguez de Castro, en su *Biblioteca Rabina*, obra de la

(1) Véase el número 3,553.

cual tomamos los datos arriba consignados acerca de la traducción y hecha por el médico de Alfonso X, hace en ella un extracto del precioso códice que contiene la expresada traducción que existía en su tiempo en la Biblioteca del Escorial, en el que enumera, una por una, las 360 piedras en él incluídas, describe, como ejemplo, una de ellas «la piedra que tira el oro» y manifiesta que, á continuación de la tercera y última parte, se sigue en el peregrino manuscrito otro *Lapidario*, compuesto por Mahomad Abenquich, «que fabla de las uirtudes dellas segund la constelación en que son criadas, e otrossi de la forma que reciben en su criança. Et aun de la color que an por su natura e de la otra que sale dellas quando las traen de resio sobre alguna cosa con agua. Et otrossi muestra como les uiene esto por la uirtud de los planetas que engendran e crien estas cosas por el poder de Dios que las fiso, e las ordeno e las mantiene cada una en su estado» (1). Dicho códice, «bellamente escrito en vitela, de letra del siglo XIII, tiene todas las iniciales—según Rodríguez de Castro, que le vió—primorosamente iluminadas, con algunos adornitos de oro, y con diversas pinturas de hombres y mujeres en el centro de la misma inicial: al pie de la descripción de cada piedra está figurado el planeta, por cuya influencia recibe virtud aquella piedra, cuyo color y figura está estampado en el centro ó cuerpo de la inicial de su respectivo capítulo; y está figurado que la labran y pulen aquellos hombres, representados dentro de la misma letra con diversidad de ropajes, sacados todos con el mayor gusto y delicadeza. Los títulos de los capítulos están escritos con tinta encarnada» (2).

(32) Si así fué, debió de arrepentirse más tarde, porque de varias leyes de Partidas se deduce que tiene á los alquimistas por unos embaidores que engañan á los hombres, haciéndoles «creer lo que non puede ser segund natura» (3); aunque en alguna otra ley no sea tan explícito, y—tal vez influido por su coetáneo «El Angel de las Escuelas», quien creía, y así lo declara, que por medio de la alquimia puede fabricarse oro verdadero—al legislar sobre algunas condiciones irrealizables que «los omes ponen a las vegadas» á sus herederos, y servirse del ejemplo de que un testador nombrase por su heredero á fulano á condición que «diere a tal Iglesia vn monte de oro», cláusula testamentaria que sería nula porque «non se puede cumplir de fecho», añade «magüer que los alquimistas cuydan que pueden fazer oro,

(1) Porque—expresa el sabio anónimo que tradujeron Abolays al árabe y Jehudad Mosca al castellano—«Ar'stotil—Aristóteles—que fué más cumplido de los otros filósofos, e el que mas naturalmente mostró todas las cosas por rason uerdadera, e las fiso entender cumplidamente segund son: dixo que todas las cosas que son so los cielos se mueuen e se enderecan por el mouimiento de los cuerpos celestiales por la uertud que an dellos segund lo ordeno Dios que es la primera uertud: e donde la an todas las otras. Et mostro que todas las cosas del mundo son como frauadas e reciben uertud unas dotras, las mas uiles de las mas nobles. Et esta uertud parece en unas mas manifiesta assi como en las animalias, e en las plantas, e en otras mas asconduda: assi como en las piedras e en los metales».

Esta confianza en las ocultas propiedades curativas de las piedras llegó hasta muy entrada la Edad Moderna, y nuestros clásicos, principalmente los del siglo XVI, están llenos de fórmulas complicadísimas de «medicinas cordiales de piedras». También les atribuían virtudes alexifármacas, como se deduce de este lugar de Maimónides, que traduzco de la versión francesa de Rabinoviez: «Tenía constantemente a mano—dice el sabio médico cordobés, refiriéndose al jeque Abu Meruan Ibn Zohar—un cofrecito de plata, conteniendo triaca magna o un pedazo de esmeralda: Dios le haya perdonado, siempre estaba en guardia contra el veneno».

(2) D. JOSEPH RODRÍGUEZ DE CASTRO: *Biblioteca Española* tomo 1: *Escritores rabínicos españoles del siglo XIII de la Iglesia*: R. JEHUDAD MOSCA.—Madrid, MDCCLXXXI.

(3) Ley IX, título VII, partida VII.

quanto quisieren: lo que fasta este tiempo non fue cosa manifiesta a los otros omes» (1), con lo que deja en dubitativo el poder aurífico de la alquimia, y meramente afirma que lo demás hombres no lo han visto.

(33) Con este título del *Tesoro* hay varias obras que se atribuyen á D. Alfonso. La en verso, es ya opinión general que es un arreglo hecho en el siglo XV (2), no obstante lo concluyentes que son, al parecer, las afirmaciones del Maestro Gil González Dávila, quien en su *Teatro Eclesiástico* y «porque haya memoria de él», copia el principio del tal libro, en donde se lee que es «fecho por mi D. Alfonso Rey de España, que he sido Emperador»; que entre «las grandes misericordias que el señor Dios me tiene fechas» y para mejor sostener el reino que heredó de sus padres, quiso concederle la piedra de los filósofos «ca yo non la buscaba», observa D. Alfonso, «e para que sepades—añade ó le hacen decir al buen Rey—en como fuy sabidor deste alto saber, yo vos lo diré en trobas: ca sabed quel verso face excelentes é más bien oidas las cosas»: «fui sabido—reitera nuevamente—en este gran tesoro en puridad, é lo fice, é con él aumente el mi aver», y las razones que, para conocimiento de la obra y de su autor, da el erudito D. Tomás Sánchez en la descripción y reproducción sin las cifras que hizo del Códice de la Biblioteca Real en su *Colección de poesías anteriores al siglo XV*.

De las escritas en prosa, es indudable, también, que, una, es traducción del latín de la que, á su vez, trasladó del provenzal de Pedro de Corbiac el Maestre Brunet ó Brunetto Latini, embajador de Florencia cerca de Alfonso X. Bien claro se expresa en el códice del Escorial y en el de la Real de Madrid, en donde hasta se dice quiénes fueron los traductores y la época en que se verificó (3). Pero entre las restantes debe de existir alguna compuesta por el Rey Sabio, ó se engañan D. Nicolás Antonio y D. José Rodríguez de Castro, que incluyen el *Libro del Tesoro* entre los escritos que él trabajó por sí mismo.

Por otra parte, tampoco se compagina muy bien con que no sea obra suya aquel códice del Escorial, que más adelante citamos, en el cual de modo tan fervoroso da gracias á Dios, porque le ha permitido terminarlo; ni aquel otro del que según D. Nicolás Antonio, tenía un ejemplar el Conde de Villumbrosa, que antes había pertenecido á D. José González, *regii Castellae & Camerae Senatoris*, cual le titula el bibliógrafo sevillano, y en el que, *docté ac excellenter*, trata de *ribus philosophiae partibus*, ó sea de la racional, de la física y de la moral, de todos los cuales deben de existir sendos ejemplares en la Biblioteca del Escorial, en la del Colegio Mayor de San Bartolomé, de Salamanca, y en la de S. M. el Rey.

(34) Según Rodríguez de Castro, cuya *Biblioteca Rabina* ha sido manantial inagotable para todos los que han tenido que fijar su atención en esta señaladísima época de la historia científica española, hizo esto D. Alfonso en su deseo de

(1) Ley IV, título IV, partida VI.

(2) Jaime Fitzmaurice—Kelly—*Historia de la literatura española*, capítulo III—supone fuera hecho por algún familiar del arzobispo de Toledo, D. Alonso Carrillo, el tenaz adversario de los Reyes Católicos.

(3) «Aquí se comienza el libro *Del Tesoro*—se lee en él, según D. Nicolás Antonio—que traslado Maestre Brunet de latín en romance francés—entendemos que fué viceversa—Et el muy noble Rey Don Sancho fijo del muy noble Rey Don Alfonso & nieto del Santo Rey Don Fernando: el VII. Rey de los que regnaron en Castiella & en León que ovieron asy nombre Don Sancho mandó trasladar de frances en lenguaje castellano á Maestre Alonso de Paredes físico del infante Don Ferrando su hijo primero heredero, & á Paulo Gómes escribano del Rey sobredicho. Et fabla de la nobleza de todas las cosas».

engrandecer la ciudad de Toledo «asiento de su Reyno, y tierra donde gozo de los primeros ayres de su vida, y donde tan necesaria y grande obra se había hecho, y que su nombre de él y de ella quedasen eternizados».

(35) O Foxo Morcillo, como quería D. Marcelino Menéndez y Pelayo que se dijera.

(36) *Libro de las formas et de las imagines que son de los cielos et de las Virtudes et de las Obras que salen de ellas en los cuerpos que son de yuso del Cielo, que mandó componer de los Libros de los Philosophos antiguos el mucho alto et honrado Don Alphonso amador de sciencias et de Saberes por la Gracia de Dios Rey de Castiella &c. fiijo del muy honrado Rei Don Fernando et de la Reina Doña Beatris e se començo año de MCCLXXVI, et se acabo año de MCCLXXIX. XXVIII año de su Reinado.* Este códice, existente en la Biblioteca del Escorial, debió de ser obra de alguno de los astrónomos que juntó en Toledo el Rey Sabio, y es, si así podemos decir, el complemento del *Lapidario*, á que nos hemos referido anteriormente.

(37) «E después lo enderezó, e lo mandó componer este Rey sobredicho, e tolló las razones que entendió que eran sobejanas e dobladas, e que non eran en Castellano derecho, e puso las otras que entendio que complian; e quanto en lenguaje enderezolo el por si.»

(38) En una copia que hizo sacar de este códice el célebre humanista Honorato Juan á ruego ó para enseñanza de su discípulo el príncipe D. Carlos, varían algo los nombres de los traductores, pues les llama Judá Elcohen ó Alhaqín—que será el Rabi Jehudah bar Moseh Hacohen—, Juan de Aspaso y Juan de Messina. El Juan de Cramona—que debe ser Carmona ó Cremona—subsiste lo mismo que en el códice original, pero cambiado el «Mossen» por «Maestre».

D. Alfonso mandó, sin duda, redactar y traducir otros libros de las *Armellas*, pues en la *Biblioteca hispana vetus* de D. Nicolás Antonio y en la *Biblioteca Rabina* de D. José Rodríguez de Castro se lee que ordenó á Rabi Zag que compusiera uno y «que lo fitiesse bien cumplido e bien llano de entender en guisa que pueda obrar con el qual omne quier que cate en este libro», y en dos lugares, por lo menos, de su biblioteca—tomo I, página 117, columna primera y tomo II, página 647, columna primera—dice Rodríguez de Castro que «al dicho Rabi Zag le mandó también que traduxese el libro de las *Armellas*, que escribió Ptolomeo». En una y otra Biblioteca se lee asimismo que D. Alfonso hizo componer «á nuestro sabio Rabizag el de Toledo»—son sus propias frases—el *Religio* o libro de la piedra de la sombra, el *Libro del Religio del agua* y el *Libro del Religio del argent vivo ó azogue*.

(39) Por ejemplo, al terminar su libro del *Tesoro* se expresa en los siguientes términos: «*Aqui se cumple de escrevir el libro del Tesoro con la gracia e bendicion del muy glorioso Señor Dios que es Rey de paz eterna. Et por su alto remedio é esfuérço lo acabé de facer. Por que él dá primeramente é otorga la vida al ome para conplir las obras, & à él lóo et bendigo con anima & cuerpo por siempre Amen.*»

(40) Ley XX, título V, partida II.

(41) Ley X, título IX, partida II.

(42) Ley, título y partida citados.

(43) Idem íd. íd.

(44) Ley VI, título VIII, partida VII.

(45) Ley XVI, título V, partida II.

(46) Ley XI, título I, partida I.

(47) «Medina Xateba—Játiva—es ciudad hermosa, y tiene Alcazaba, y se bate en ella mithkal (1) hermosa y acen-

(1) «Metical», moneda de vellón que tuvo gran curso en España durante el siglo XIII.

drada; y se hace en ella papel, que no se hallará más precioso. DESCRIPCIÓN DE ESPAÑA | DE XERIF ALEDRI, | conocido por EL NUBIENSE, | con traducción y no las | de DON JOSEF ANTONIO CONDE, | de la Real Biblioteca. | MADRID, en la Imprenta Real. MDCCXCIX.

(48) Las desgracias de nuestro monarca y el trágico destino de Conradino, decapitado en la plaza del Carmen, de Nápoles, con su primo Federico, por orden y en presencia del cruel Carlos de Anjou, sabidos son de todo el mundo. Lo que no es tan conocido ya es el fin de la rama que permaneció en Alemania, personificada en la infortunada princesa Margarita, hija del Emperador Federico II.

Casada con el Duque de Sajonia, Landgrave de Turingia, etc., Alberto, llamado el *Desnaturalizado*, sufrió la humillación de ver cómo éste traía al domicilio conyugal á su amante, Cunegunda de Elsemberg. Librada milagrosamente de la muerte que intentó darla su criminal esposo, decidió la infeliz abandonar el castillo de Wartburgo, donde vivía en tan extraño contubernio, para lo cual le proporcionó una escala de cuerda un fiel criado, esperándola con una barca en el río. Ya en la ventana del castillo por donde iba á fugarse, quiso dar un último beso al mayor de sus dos hijos, niño de pocos años, y tales fueron los apasionados extremos de amor y de dolor á que se entregó en esta suprema despedida, que, al besarle frenéticamente, le dió un mordisco en la cara, de lo que en lo sucesivo recibió apodo el joven príncipe y con él la misión de vengar á su desgraciada madre, pues muerta ésta y casado el Duque con la que hasta entonces había sido su concubina, quiso dejar sus estados al hijo que con ella había tenido, lo que provocó una terrible guerra civil entre el padre y los hijos del primer matrimonio, guerra que, tras varias vicisitudes, terminó con el triunfo de los hijos y la deposición de Alberto, quien murió al poco en Erfurth, en medio de la mayor miseria.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Inspección general de Sanidad.

CIRCULAR

De acuerdo con lo prevenido en el art. 147 del vigente Reglamento de Sanidad exterior, modificado por Real decreto de 30 de Marzo de 1920,

Esta Inspección general ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que por las autoridades sanitarias de los puertos y fronteras se verifique el reconocimiento organoléptico de todas las substancias comprendidas en la clase 12.ª del Arancel de Aduanas.

2.º Dicho reconocimiento se practicará antes de que la mercancía sea admitida y despachada por la Aduana.

3.º Solamente en caso de manifiesta duda acerca de la calidad y estado de conservación de las substancias alimenticias reconocidas, se procederá al análisis somero que sea absolutamente indispensable para la determinación de su valor higiénico. Las normas que habrán de regir en estos análisis serán las señaladas en el Real decreto de 14 de Septiembre de 1920.

4.º Los análisis á que se refiere el artículo anterior se practicarán por el personal técnico de las Estaciones Sanitarias y en los laboratorios de las mismas, siempre que cuenten con el material necesario para ello. En caso contrario se acudirá á los Laboratorios municipales ó, en su defecto, á los farmacéuticos titulares.

5.º No se someterán á análisis de ningún género los productos que ostenten marcas reconocidas y acreditadas en el mercado, ó las que vengan acompañadas de un certificado sanitario de origen, expedido por autoridad técnica competente. En estos casos se limitarán los directores de Sanidad de puertos y fronteras á la comprobación del buen estado de conservación de los alimentos.

6.º Los reconocimientos organolépticos serán absolutamente gratuitos, no pudiéndose exigir por ellos retribución alguna. En caso de ser precisa la práctica de análisis, se percibirá de los receptores ó sus consignatarios el importe estricto del material empleado, si el análisis se practicase en el laboratorio de la Estación Sanitaria; si hubiese necesidad de acudir á otros laboratorios, éstos cobrarán según sus tarifas.

Lo que se hace público para general conocimiento.—Madrid, 11 de Enero de 1922. — El Inspector general, *Manuel M. Salazar*. — Señores directores de Estaciones Sanitarias de puertos y fronteras. (*Gaceta* de 13 de Enero.)

Dirección General de Administración.

Este Ministerio, por Real orden de esta fecha y á virtud de expediente instruido á instancia de la Junta de Gobierno y Patronato de Médicos titulares, por indicación de la Inspección provincial de Sanidad de Zaragoza, ha acordado rectificar el partido médico de Badules, por hallarse equivocados varios nombres de los pueblos y no existir otros de los que aparecen publicados en la *Gaceta de Madrid* de 1.º de Julio de 1905, por el que en lo sucesivo constituirán dicho partido de Badules con el de Fombuena, Lechón y Romanos, de la provincia de Zaragoza, y el de Villahermosa, de la de Teruel, y de tercera categoría y dotación de 1.500 pesetas anuales.

Lo que se publica en este periódico oficial para conocimiento de los gobernadores de las provincias indicadas y pueblos interesados. Madrid, 14 de Enero de 1922.—El director general, *A. Alas Pumariño*. (*Gaceta* de 19 de Enero.)

MINISTERIO DE MARINA

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.), aprobando la propuesta de la Jefatura de Servicios Sanitarios de la Armada, ha tenido á bien nombrar médicos segundos del Cuerpo de Sanidad de la misma, con la antigüedad del día de la fecha, á los opositores aprobados en la última convocatoria, que á continuación se expresan, quienes deberán ser escalafonados por el orden que se relacionan y que fueron declarados aptos para el ingreso en el mencionado Cuerpo por Real orden de 30 de Diciembre de 1921 (*D. O.* núm. 1 de 1922):

- 1.—D. Manuel Domínguez Ramos.
- 2.—D. Juan José Ramírez Montesinos.
- 3.—D. Felipe Fernández y Fernández.
- 4.—D. Angel García Fernández.
- 5.—D. Julio García Pérez.
- 6.—D. Alejo Torcuato Cornago Fernández.
- 7.—D. César Tejada Salgado.
- 8.—D. Francisco Fornieles Ulibarri.
- 9.—D. Enrique Delgado Machuca.
- 10.—D. Ernesto Fernández Jiménez.
- 11.—D. José Uberos Aguado.
- 12.—D. Alvaro Sánchez Hernández.
- 13.—D. Salvador de Torres Jiménez.
- 14.—D. Juan Lambrea García.
- 15.—D. Casimiro Santiago Cornago Fernández.
- 16.—D. Alfonso Candela Martín.
- 17.—D. Miguel Sampol Antich.
- 18.—D. Gabriel Elorriaga Golf.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 5 de Enero de 1922.—*Marqués de Cortina*. (*Gaceta* del 12 de Enero.)

MINISTERIO DE HACIENDA

REAL DECRETO

A propuesta del ministro de Hacienda, de acuerdo con Mi Consejo de Ministros, oído el de Estado en pleno y como caso comprendido en las excepciones del art. 41, párrafo segundo de la vigente ley de Administración y Contabilidad de la Hacienda pública.

Vengo en decretar lo siguiente:

Art. 1.º Se concede un suplemento de crédito de 600.000 pesetas al vigente presupuesto de gastos de la Sección 13, «Acción en Marruecos.—Ministerio de la Guerra»; capítulo 6.º, artículo único, «Servicios de Sanidad Militar», para atenciones de los Parques sanitarios de campaña y Hospitales de Africa.

Art. 2.º El importe del antedicho suplemento de crédito se cubrirá en la forma dispuesta por el art. 41 de la ley de Administración y Contabilidad de la Hacienda pública.

Art. 3.º El Gobierno dará cuenta á las Cortes, en su más próxima reunión, de este Decreto por medio de un proyecto de ley especial.

Dado en Palacio á 10 de Enero de 1922.—*ALFONSO*.—El ministro de Hacienda, *Francisco de A. Cambó y Batlle*. (*Gaceta* 12 de Enero.)

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL ORDEN

Ilmo. Sr.: Por Real orden de 18 del actual se ha dispuesto que se cumpla lo mandado en la sentencia dictada por la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo, en pleito promovido por D. Manuel Serés é Ibars contra la Real orden de este Ministerio de 16 de Noviembre de 1918.

Considerando que la expresada sentencia dispone la revocación de la Real orden recurrida y que el concurso para la provisión de la Cátedra de Anatomía descriptiva y Embriología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, que la Real orden revocada anuló, se tramite y resuelva:

Considerando que el único catedrático, que en tiempo hábil se presentó en el concurso de traslación mencionado fué D. Manuel Serés é Ibars, titular de la asignatura de Anatomía descriptiva y Embriología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla:

Considerando que el Sr. Serés é Ibars es catedrático de asignatura igual á la vacante y la está desempeñando en la actualidad, reuniendo, por tanto, las circunstancias requeridas en el número 1.º del artículo 12 del Real decreto de 30 de Abril de 1915,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se nombre á D. Manuel Serés é Ibars catedrático de Anatomía descriptiva y Embriología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, con el sueldo de 8.000 pesetas anuales más 1.000 por residencia é igual número de Escalafón que actualmente ocupa.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y de más efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 31 de Diciembre de 1921.—*Siló*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 17 de Enero.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,9; ídem mínima, 695,7; temperatura máxima, 11°,4; ídem mínima, 4°,6; vientos dominantes, S. SO.

Continúa siendo muy numerosa la enfermería, principalmente nutrida por los afectos agudos del aparato respiratorio, en su mayor parte revistiendo formas de mediana intensidad; pero en algunos casos afectando las de neumonía, pleuroneumonías, bronquitis capilares y bronconeumonías. Los afectos febriles de localización intestinal disminuyen visiblemente.

La mortalidad es la correspondiente á la época del año, debiendo tenerse en cuenta para juzgar las cifras concretas el innegable aumento de población que Madrid ha tenido en los últimos años y que atenúa la proporción efectiva.

Crónicas.

Conferencia del Dr. Navarro Fernández.—El día 31 del pasado dió en el Hospital del Buen Suceso, una conferencia el Dr. Navarro, sobre el tema «Tratamiento de la avariosis por las sales de bismuto».

Hizo historia de las investigaciones, que fueron empezadas por Balzer y que, proporcionadas por el insigne Roux, han sido coronadas por un éxito indiscutible. Con todo detalle relacionó las experiencias practicadas en la aplicación del sistema y concluyó manifestando que en razón al poco tiempo transcurrido, nada se puede afirmar; pero los resultados obtenidos autorizan ya en el presente á poner en uso este nuevo tratamiento.

El conferenciante recibió al final efusivas enhorabuenas.

En conferencias clínicas sucesivas continuará el Dr. Navarro dando cuenta del resultado de sus experiencias.

Nuevo concurso de damas enfermeras.—Se anuncia á las señoras asociadas de la Cruz Roja que deseen matricularse para seguir el nuevo curso de damas enfermeras, que comenzarán el día 15 de Febrero próximo, en el Hospital de San José y Santa Adela, que la matrícula para el mismo continúa abierta hasta dicha fecha y pueden aquéllas llenar las hojas de petición en las oficinas de la Asamblea Central de Señoras, calle de Recoletos, núm. 6, todos los días no feriados, de cuatro á siete de la tarde.

Sincero pésame.—El día 31 de Enero ha fallecido en Madrid la virtuosa dama D^a Angela Sampelayo y Ortigosa, viuda de Hernández, madre de nuestro muy querido amigo y compañero el ilustre dermatólogo, Dr. Jesús H. Sampelayo. La desgracia ha vuelto á estremecer el ánimo de nuestro buen amigo, aún vivísimo el dolor de la pérdida de otro querido ser, y si en algo puede mitigar su pena el saberse acompañado en ella por los que le admiran y quieren, reciba el doctor Sampelayo y su distinguida familia el testimonio de nuestro pésame sincero.

Muerte del profesor Howard B. Cross.—Hemos recibido con gran pesar la noticia del fallecimiento en Veracruz del Dr. Howard B. Cross, enviado especial de la fundación Rockefeller, de Nueva York, para el estudio de la fiebre amarilla en Méjico.

La enfermedad que ocasionó su muerte fué la misma que venía estudiando, contraída durante sus trabajos en Tuxtepec.

Murió, pues, en el cumplimiento de su deber, y merece por sus anteriores trabajos como por el que se dedicaba últimamente, el homenaje de la clase médica universal.

Colegio de Huérfanos.—Las cuentas correspondientes al trimestre último, como anunciamos en nuestro número del 21 del pasado mes, las incluimos en la sección de anuncios, página XXXVIII.

En favor de los tuberculosos.—La fiesta á beneficio de los tuberculosos pobres celebrada en el teatro Rodríguez Caro, de Utrera, ha constituido un gran éxito.

El teatro había sido artísticamente adornado.

La llegada de los infantes D. Carlos y doña Luisa, de su hijo, la condesa de Lebrija y otras personalidades, fué acogida con manifestaciones de simpatía.

Se puso en escena el cuadro plástico «Consolatum afflictorum».

Después los infantes abandonaron el teatro, recibiendo una gran ovación, y continuó la función, representándose «El requiebro» y «La juerga del torero».

A las siete terminó el espectáculo, y á dicha hora marcharon también en automóvil á Sevilla los infantes.

Por la noche se celebró un baile en el Casino de Utrera, al que asistió distinguido público.

La cifra recaudada supone un gran éxito para los organizadores de la fiesta.

En honor del Dr. Pagés.—Los amigos y admiradores del Dr. Pagés le obsequiarán con un banquete en el restaurante Tournié, hoy, sábado, 4 de Febrero, á las nueve de la noche, por la labor realizada en la reciente campaña de Melilla.

Las tarjetas pueden adquirirse en la librería Vidal (Atocha, 98), Colegio de Médicos, Conserjería del Centro del Ejército y de la Armada y en el restaurante Tournié.

Nuestros regalos.—Ponemos en conocimiento de nuestros suscriptores que deseen recibir los números que les han de servir para tomar parte en el sorteo del microscopio, no dejen de solicitarlos de esta Administración, dirigiendo sus cartas al

Apartado 121

para simplificar de esta forma las tareas de la misma, que podía omitir el envío de los números á los que dentro de las condiciones marcadas no los hubiesen solicitado expresamente.

Números atrasados.—Con frecuencia vienen nuestros suscriptores haciendo pedido de números de meses muy atrasados que dicen no haber recibido. Queriendo siempre complacerles, pero en la imposibilidad de hacerlo cuando los números están agotados, nosotros agradeceremos que á mediados de cada mes nos escriban manifestándonos los que les falten del pasado (si es que no desean hacerlo cuando consideren que debieron llegar á su poder) y les serán remitidos.

Bioplastina Sersono.—Al presente número acompaña-mos una tarjeta del Instituto Nacional Medico Farmacológico, de Roma (representante en España: Luis Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona), cuya lectura recomendamos.

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPP

MAJOR L., y Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

Aprobado por las autoridades sanitarias de España. Único que realiza la completa esterilización

conforme lo acreditan los certificados de los Laboratorios Municipales de Madrid y Barcelona; del Instituto de Higiene Militar y del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII. Pequeños y grandes modelos. Dirigirse al administrador de La Hispanense Industrial y Comercial, Argensola, número 4, Madrid.

SOLUCION BENEDICTO

Glicero-fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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