

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID
Directori 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. | G. RODRÍGUEZ LAFORA Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington. | | |
| J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa. | A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina. | M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina. | J. SANCHIS BANÚS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General. | | |
| L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa. | F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes. | J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. | J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina. | | |
| 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. | F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII. | | |
| V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII. | B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz. | S. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense. | L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián). | | |
| L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid. | T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid. | A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias. | R. DEL VALLE Y ALDABALDE Del Hospital General. | | |
| A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina. | F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular. | | | | |
| | Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES | | | | |
| | Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina. | | | | |

PROGRAMA 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: Consideraciones sobre una observación de bocio congénito familiar tratado médicamente, por el Dr. J. Bravo y Frias.—Cura de la blenorragia femenina. Su importancia social y consideraciones, por el Dr. Sicilia.—Notas clínicas sobre meningitis, por el Dr. Suñer.—El riñón y las glucosurias, por Justo Caballero y Fernández.—El paludismo en Marruecos, por el Dr. Sadi de Buen.—**Periódicos médicos.**—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Homenaje á Cajal.—Preparatorios y postparatorios, por el Dr. Luis Marco.—Homenaje al Dr. Isla.—El Sr. Pulido y la obra del Dr. Ferrán, por Victor M. Cortezo.—Homenaje de gratitud.—La muerte de Dupuytren, por Nadar.—**Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesaldeo.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios

Consideraciones sobre una observación de bocio congénito familiar tratado médicamente

POR EL

DR. J. BRAVO Y FRIAS

Del Hospital general y de la Institución M. de Puericultura;
 Académico C. de la Real de Medicina.

HISTORIA CLÍNICA DE NUESTRA OBSERVACIÓN

El 19 de Mayo de 1920 vemos por primera vez á la enfermita Rosa V., natural de Salduero, provincia de Soria, de dos meses, nacida en parto normal (presentación de vértice).

Su padre A. V., de cincuenta y cuatro años, es sifilítico antiguo (hace treinta y dos años), se trató con mercurio y no tuvo otras manifestaciones secundarias que una roséola facial y placas mucosas en la boca. Hizo tratamiento intenso durante dos meses y se casó á los quince años de contraer la infección. No ha tenido desde entonces ninguna manifestación, pero sí tres pulmonías, y en Méjico, donde estuvo de soltero, paludismo.

No presenta nada anormal en el tiroides.

Su esposa P. V. de V. sólo ha padecido de sarampión, tiene treinta y cinco años. Ni en la familia de esta señora ni en la de su esposo existe ningún caso de bocio, y lo mismo sucede en el pueblo donde viven.

De este matrimonio han nacido once hijos.

El primero fué una niña, que vive y está sana, tiene diez y siete años, y no ha presentado ninguna manifestación heredosifilítica, pero se crió, según la madre, poco desarrollada.

Después vino un parto prematuro de siete meses, un niño con bocio bien manifiesto, sin ninguna otra lesión.

El tercero, fué una niña normal y sana que vivió once meses y murió de meningitis; el cuarto, un niño con bocio, que según manifiesta la madre se ahogó á los quince días de nacer; el quinto, un aborto de dos meses que la madre atribuye á una metritis post-partum del anterior embarazo.

El sexto hijo es la niña P. V., de once años, que representan las figs. 4.^a y 5.^a.

También el séptimo niño murió con bocio y fenómenos asfícticos, á los pocos días de nacer.

El octavo y noveno no le tuvieron, uno de ellos murió á los diez y siete meses de tos ferina, el otro vive y está sano, y el décimo es una niña que fué lactada con biberón y se crió mal, pero que vive y está sana, siendo el once y último el enfermito que motiva esta historia clínica.

En resumen, diez partos y un aborto, cinco niños con bocio y cinco sin él; de los nacidos con bocio viven dos, de los cuales son las fotografías que acompañan al presente trabajo, y de los nacidos sanos tres. De los cinco que viven ninguno presenta síntomas específicos,

tampoco tenían manifestaciones, según la madre, los fallecidos.

La reacción de Wassermann y Sachs Georgi fué positiva en ambos progenitores al ser observados por nosotros.

En nuestra primera observación Rosita V. tiene dos meses, pero la madre nos manifiesta con la triste experiencia de los casos anteriores, que notó que la niña tenía bocio desde el momento del nacimiento.

Al mes y medio pesaba 3 kilos 600 gramos. Se ignora el peso que tenía al nacer, pero dice la madre que durante los dos meses transcurridos desde el nacimiento la niña no ha engordado nada, y al fin de este tiempo pesada por nosotros no sólo no ha ganado, sino que pesa 3.550 gramos. Durante estos dos meses ha padecido grandes crisis de asfixia y tiene siempre que tener la cabeza inclinada hacia atrás (véase fig. 1.^a) porque si se le obliga á inclinarla hacia adelante las crisis de sofocación aumentan. Durante el último mes el llanto es ronco y la niña duerme mucho teniendo que despertarla para mamar, lo cual hace con energía, no llora casi nunca y tiene desde el nacimiento estreñimiento muy rebelde.



Fig. 1.^a.

En el cuello se aprecia una tumoración muy evidente que es la que obliga á la cabeza á estar en la posición de extensión que hemos indicado (véase fotografía 1.^a). La tumoración tiene por límite superior la región suprahiodea é inferior la supraesternal, siendo su extensión lateral hasta las regiones esternocleidomastoideas de ambos lados, y reproduce en su forma la de la glándula tiroidea con sus dos lóbulos grandemente hipertrofiados de consistencia uniforme y blanda siguiendo á la laringe en los movimientos de deglución. El cuello tiene un perímetro de 23 centímetros en la parte más abultada de la misma y sólo 20 en la base. El tumor no es adherente á la piel, no presenta ningún síntoma inflamatorio, ni se notan arborizaciones vasculares en la piel que lo recubre.

Como fenómenos generales además de la hipotrofia en relación con la talla, puede apreciarse fuerte hipertriosis, sequedad de la piel que se descama abundantemente, fontanelas ampliamente abiertas y con perímetro cefálico de 40 centímetros.

Como luego diremos, al discutir los muchos puntos interesantes de esta historia clínica hicimos el diagnóstico de bocio congénito con insuficiencia tiroidea (hipotiroidismo), pero como en los antecedentes hereditarios hemos consignado la presencia de sífilis en los padres, estimamos útil prescribir yoduro, tiroidina y fricciones mercuriales.

Desde este momento dejamos de ver á la enfermita, y los datos que ahora consignaremos los debemos á la amabilidad de su inteligente médico de cabecera doctor D. Domingo Manrique.

A los pocos días hubo que suspender el yoduro porque además de intolerancia la niña empeoró de estado general perdiendo de peso.

Se le hicieron tres series de 10 fricciones de pomada mercurial de un gramo y la dimos durante veinte días III gotas dos veces al día de tiroidina Ibys.

Al mes y medio de este tratamiento todavía no gana de peso, pero el estado general ha mejorado algo, la piel esta menos seca, la niña más despierta, pero el bocio en vez de disminuir ha aumentado algo (25 centímetros de perímetro cervical en vez de 23).

El 29 de Julio, dos meses y medio después de la primera observación, la niña toma VI gotas de tiroidina veinte días todos los meses. La piel está completamente normal habiendo desaparecido la descamación. El estado general ha mejorado, la enfermita aumenta de peso (20 gramos por semana) aunque lentamente, y algunos días, aunque pocos, hace sus deposiciones espontáneamente. El bocio ha disminuído y el perímetro cervical es menor (22 centímetros en vez de 25).

Desde el 29 de Julio de 1920 hasta el 29 de Enero de 1921, no teníamos noticias concretas aunque sabíamos que continuaba mejorando, cuando fuimos llamados á verla en un viaje que hizo á Madrid á 1.º de Febrero de este mismo año, fecha en que se obtuvo la fotografía 2.^a.

Nos vimos gratamente sorprendidos por la mejoría obtenida, que casi puede calificarse de curación.

La niña ha tomado tiroidina durante seis meses (veinte días cada mes). Los síntomas generales han desaparecido. Está alegre é inteligente como los niños normales de su edad, no tiene hipertriosis y aunque no la pudimos pesar, su desarrollo físico es poco inferior al de los niños de su edad. Las deposiciones son espontáneas (una ó dos al día).

Localmente el bocio ha disminuído tanto de tamaño que la cabeza puede ser colocada normalmente y la piel que le cubre forma numerosos pliegues transversales que pueden apreciarse bien en la fotografía 2.^a y en esta posición ya no se presentan síntomas de sofocación. Por última vez hemos vuelto á ver á la enferma en Noviembre de 1921 y su estado local y general puede verse en la fotografía 3.^a. Tiene veinte meses y empieza á andar, su talla es de 69 centímetros y el peso

9,525 gramos. El perímetro cefálico alcanza 47 centímetros, el cervical, 24. Todavía la voz es ligeramente ronca y existe algo de bocio. La fontanela no está completa-



Fig. 2.a.

mente cerrada, pero puede hablarse de curación puesto que aunque algo atrasada para su edad tanto en lo físi-



Fig. 3.a.

co como en la inteligencia, la mejoría es muy evidente. Además esperamos que sea mayor, porque hace ocho meses que sin consultar con nadie la madre ha suprimido el tratamiento tiroideo, que volvemos a prescribir

en vista de que persisten síntomas de hipotiroidismo.

Las fotografías 4.^a y 5.^a representan la hermana de la enfermita que hemos historiado.



Fig. 4.a.

Paquita V. tiene once años. Pesa 23 kilos y tiene una talla de 1,15 centímetros y un perímetro cefálico

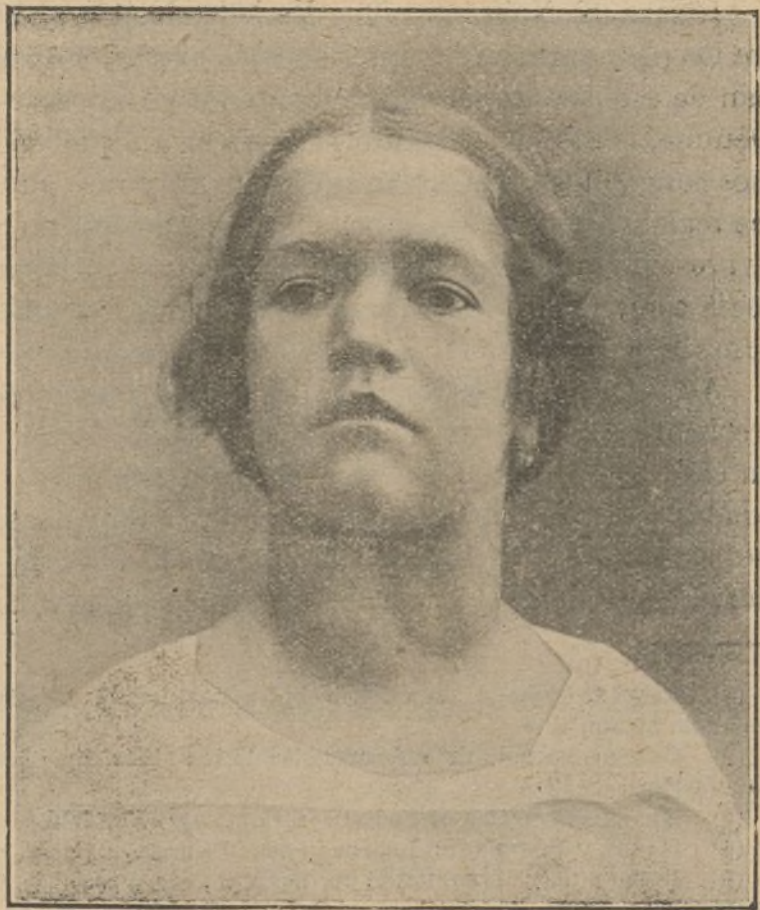


Fig. 5.a.

de 52 centímetros. Presenta un bocio de gran tamaño que ya se manifestaba al nacer (el parto fué de nalgas). El cuello mide en su parte alta 29 centímetros y 33 $\frac{1}{2}$ en el sitio más prominente de la tumoración. Se crió

bien, pero hasta los dos años padeció fuertes accesos de sofocación. No ha sido tratada, y la tumoración fué creciendo lentamente hasta hace un año en que aumenta con bastante rapidez. Blanda y uniforme al principio como la de su hermana, en la actualidad se ha hecho nodular teniendo tres nódulos grandes de consistencia coloidea y otros varios más pequeños. Ha padecido sarampión y tos ferina y hace un año escarlatina mucho más intensa que sus otros hermanos.

COMENTARIOS

El bocio congénito constituye una verdadera rareza clínica, y si esto fuera dudoso bastaría anotar que libros de Pediatría como el de Bendix (1) ni siquiera le mencionan, otros como Unger (2), sólo muy brevemente se ocupan de él, y en general, nos hemos visto precisados a consultar numerosa bibliografía pediátrica y quirúrgica para encontrar algunos datos acerca de esta afección.

Así Getzowa citado por Kerley (3) ha podido encontrar hipertrofias congénitas del tiroides en cretinos, á veces con degeneración de la glándula. Garre y Borchard (4) en las regiones bociógenas, frecuentes casos de cretinismo con ó sin bocio congénito. Bourgeois y Lenormant (5) bocios congénitos en los centros de endemia y casi siempre en hijos de bociosos. Eiseselberg en el tratado de cirugía de von Bergman (6) afirma que es raro, y Demme (7) que es uno de los que mejor han estudiado la enfermedad, afirma que en las regiones bociógenas sólo ha visto 37 congénitos en 642 bocios observados.

Lesage (8), Nobecourt (9) y Finkelstein (10), que entre los pediatras son los que con más extensión se ocupan de este asunto, citan solamente las estadísticas de Demme, pero todos los autores insisten en que los bocios congénitos constituyen un hecho muy raro aun en las regiones bociógenas, y podemos afirmar que no sólo se presenta en la especie humana, sino que en la patología comparada se citan algunos ejemplos más numerosos de lo que generalmente se cree.

Así, según Yost y Koch (11) el bocio congénito es frecuente en los perros, habiéndolo Zehokke observado en él 30 ó 40 por 100 de estos animales de todas las edades, y Schaaf encuentra un 7 por 100 con alteraciones estrumosas; además de los perros jóvenes lo padecen las terneras y las cabras. Pero la aparición del

bocio en los animales es más frecuente en ciertas regiones, y observaciones de esta naturaleza han sido citadas por Pütz, Rueff, Pflug, Wörtz y otros autores.

Pero aun siendo raro el bocio congénito en las regiones de endemia bociosa, se ha podido siempre señalar el papel de la herencia tanto en el hombre como en los animales. Folger, por ejemplo, cita el caso de cabras con bocio cuyas tres crías le padecieron, y análogos describe Eichner en las terneras. Bourgeois y Lenormant afirman que casi siempre en la especie humana se ve el bocio en hijos de bociosos. Friedrich (1) refiere el caso de una familia en que el padre y cinco hijos lo presentaban; y Broca (2) cree que la herencia materna es constante en el congénito (23 casos de 24). Según Eiseselberg, en algunas regiones de Chiesa y Monchy es considerado incluso como una buena herencia, citando este autor una aldea formada por 92 parientes, de los cuales 45 lo padecían.

Por nuestra parte, y á pesar de ser Madrid el centro adonde acuden enfermos de todas las provincias españolas, hemos tenido ocasión de observar numerosos casos de bocio en adultos, pero en niños, á pesar de haber examinado cerca de 7.000 recién nacidos entre los acogidos de la Inclusa de Madrid, Institución de Puericultura y consultas de niños del Hospital General y Clínico de la Facultad de Medicina, son estas dos observaciones las primeras que en siete años de práctica de la especialidad pediátrica hemos podido anotar y desconocemos que en la bibliografía española se hayan publicado observaciones análogas.

Pero además, la nuestra tiene mayor interés por tratarse de un caso esporádico ya que en el pueblo de Salduero (Soria), según nos manifiesta el Dr. Manrique, no existe bocio ni cretinismo, y aunque en España la distribución topográfica y geográfica del bocio está por hacer, según Marañón (3) la endemia bociógena se halla limitada á los Pirineos catalanes, provincias vascas, Santander, Asturias y León, montañas de Avila y Toledo y región de las Hurdes ó Jurdes en Salamanca donde es muy grande.

Pero siendo el bocio congénito esporádico una rareza extraordinaria según los autores citados, puede verse, sobre todo, en hijos de bociosos esporádicos, tanto en el hombre como en los animales donde Haubner y Gurlt lo han encontrado; lo que es excepcional en nuestro caso, es la ausencia de antecedentes de bocio en la familia paterna y materna y el carácter familiar de la afección no citado por ningún autor de los estudiados por nosotros para documentar nuestra observación clínica y, sobre todo, en contraposición con la autorizadísima opinión de Broca que afirma que la herencia materna es constante en el bocio congénito.

Para terminar de comentar estas dos interesantes observaciones clínicas no podemos separar el estudio de la etiología en nuestro caso del de el diagnóstico y sintomatología. Excluida la herencia y endemia, queda

(1) BENDIX: Tratado de enfermedades de los niños. Edición española Marin, 1913.

(2) UNGER: Tratado de enfermedades de los niños. Edición española Espasa.

(3) KERLEY: Practice of Pediatrics. Saunders, Filadelfia, 1913.

(4) GARRE y BORCHARD: Lehrbuch der Chirurgie, Leipzig, 1920.

(5) BOURGEOIS y LENORMANT: in Begouin, etc. Précis de Chirurgie, 1909 á 1913.

(6) BERGMAN: Tratado de cirugía. Traducción española.

(7) DEMME: Archives de Medicine des Enfants, 1904.

(8) LESAGE: Traité des maladies des nourrissons, 1912.

(9) NOBECOURT: Précis des Maladies des enfants. Paris, 1912.

(10) FINKELSTEIN: Lehrbuch des Sauglingskrankheiten, Berlin, 1921.

(11) YOST y KOCH: in Brüning und Schwalbe Handbuch der Allgemeinen Pathologie und der Pathologischen Anatomie des Kindesalters, Wiesbaden, 1912 á 1921.

(1) Citado por Lyot. Maladies du corps thyroïde in. Traité de Chirurgie de le Dentu et Delbet.

(2) BROCA: Chirurgie infantile, Paris, 1914.

(3) En HERNANDO y MARAÑÓN: Manual de Medicina Interna.

el papel de un factor evidente en los antecedentes: la sífilis de los padres.

El papel de la sífilis es dudoso en la patogenia del bocio. Broca (1) no admite este factor. Finkelstein (2) no cree que pueda atribuirse á esta infección. Furst (3) en cambio, lo estima posible. Lesage (4) admite la existencia de un bocio sífilítico y Garre y Richard la posibilidad de aparición de una tiroiditis sífilítica muy bocio. Por nuestra parte, y comparada al pulsando los datos de nuestra observación, dudamos mucho de que la sífilis haya tenido influencia en la patogenia por las siguientes razones:

Efectivamente, ambos progenitores presentaban una sífilis latente con reacción de Wassermann positiva, pero tan antigua y sin ninguna manifestación, que sólo nuestras repetidas preguntas hicieron recordarla, tan antigua era. A pesar de ello hicimos tratamiento específico ante la duda del papel que pudiera tener, aunque creíamos demasiado raro la existencia de una tiroiditis específica como único síntoma de una heredosífilis.

Además, la repetición hasta cinco casos de bocio congénito en la familia sin otras manifestaciones habla también en contra de esta afección. Por último, porque un tratamiento de tan poca duración estimamos que fué insuficiente, y, en cambio, atribuímos la curación al empleo de la tiroidina, que es, en nuestra opinión, lo que originó la mejoría.

Podría objetarse, y pasamos así al diagnóstico, que nuestro caso no fuera de bocio, sino de tiroiditis ó sífilis del tiroides.

Como esta afección es también muy rara no poseemos ningún caso para poder comparar con el actual y hemos de atenernos á las mejores y más complejas descripciones de las mismas en el magnífico Tratado de anatomía patológica y patología general de la edad infantil publicado bajo la dirección de los Dres. Bruning y Schwalbe, y estos autores afirman que las lesiones sífilíticas sólo alcanzan un grado muy moderado, según de Quervain y otros, y adoptan tipos granulomatosos ó nodulares (Demme Birch-Hirschfeld) ó formas duras con hipertrofia del tejido conjuntivo (Perrando) ó degeneraciones cirróticas (Otto Seifert) ó nódulos circunscritos. En nuestro caso la hipertrofia tenía todos los caracteres del bocio simple y, por tanto, nada parecido á las anteriores lesiones, pero además la otra enfermedad mayor no tratada presenta también un bocio parenquimatosos de once años de fecha que se ha transformado en nodular, y repugna creer que en tan largo tiempo una sífilis no hubiese ocasionado la destrucción de la glándula, su ulceración ó la aparición de otras lesiones específicas, cosa que no ha sucedido.

Por último, en lo referente al tratamiento debemos hacer constar que nuestro caso confirma las observaciones de Finkelstein, referentes á la intolerancia del yodo, que no sólo provoca iodismo, sino en ocasiones pérdida de peso y empeoramiento del estado general.

(1) BROCA: (Loc. cit.).

(2) FINKELSTEIN: (Loc. cit.).

(3) FURST: Wiener Klinische Wochenschrift, 1898, núm. 46.

(4) LESAGE: (Loc. cit.).

Estimamos que la medicación tiroidea, además de mejorar los síntomas hipotiroideos, ha tenido un efecto curativo sobre la lesión, puesto que el bocio que era progresivo ha disminuído considerablemente, hecho que confirma las observaciones de Lungenbühl (1) y Fischer (2), sobre los buenos resultados de la opoterapia en estos casos.

En cuanto al pronóstico ha sido, como se ve, favorable, á pesar de la gravedad de esta afección y con tratamiento médico exclusivo, puesto que según Richard, de 32 casos de bocio congénito murieron en el parto 2 y 21 en algunos días, curando espontáneamente 7 (formas leves vasculares) y 2 tratados por la exotiropexia.

En resumen, del estudio de este caso se pueden sacar las siguientes conclusiones:

1.^a Que nuestros enfermos constituyen una observación de bocio congénito esporádico y tal vez sea el primer caso de estas condiciones descrito como familiar.

2.^a Que el bocio congénito es una rareza clínica en los países de endemia y excepcional en los casos esporádicos, pero se han citado observaciones de ambas variedades, no sólo en el hombre, sino en los animales.

3.^a Que la herencia del bocio, considerada como regla general para los endémicos y esporádicos, no se ha presentado en nuestro caso.

4.^a Que la sífilis, como es creencia general, influye poco en la patogenia, aunque existe en nuestro caso coincidiendo con el bocio, pero creemos que no es su causa por existir bocio en cinco hermanos, sin otras lesiones específicas.

5.^a Que dados los beneficiosos efectos obtenidos por nosotros en este caso con el tratamiento médico, debe intentarse siempre la opoterapia cuando los fenómenos compresivos no sean tan intensos que obliguen á intentar rápidamente un tratamiento quirúrgico y no insistir en la medicación yodada, á la cual los niños se muestran intolerantes más frecuentemente que los adultos.

Febrero de 1922.

Cura de la hemorragia femenina. Su importancia social y consideraciones

POR EL

DR. SICILIA

Del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid.

Siendo tan frecuentísimos los flujos del complicado aparato genital, sitio de tales y tan importantes funciones, acumulándose las secreciones de tan extensa mucosa, de fondos de saco, columnas, crestas, depresiones, orificios de salida estrechísimos, abocamientos de glándulas bien á las superficies libres, ya en las criptas, desaguando varias en las encrucijadas donde se acumula secreción mucosa, la cual es fijadora de otros productos morbosos importados allí por otros portadores, siendo sustancia de predilección para que tanto gonococos como otros gérmenes, sean fijados y desarrollados en esta espesa ganga nutricia, por la cual llegan has

(1) LUNGENBUHL: Bruns Beitr. zur Chirurgie, 14, 1895.

(2) FISCHER: Bruns Beiträge zur Chirurgie, 54, 1907.

ta las profundidades glandulares, siendo muy frecuente ver las flemas mucopurulentas asomar por conducto uterino, saltar de cuello á paredes vaginales y desgajarse hacia la vulva, favoreciendo la colonización, la retención que sufren los productos eyaculados en el canal vaginal, sobre todo en la pared posterior, donde suele estar aplicado y muy contiguo á modo de tapón el hocico de tenca. Como quiera que en el violento acto del coito, es cuando salen de numerosas depresiones y glándulas las concreciones filamentosas y exudados, aun cuando el proceso está distanciado del principio, en su fase más crónica, cuando aparentemente no se ven en la micción, al modo como son extraídos por un masaje sobre próstata y canalículos abocantes al conducto central, cuando se hace sobre un Beniqué, obteniendo trozos de todos los gruesos y abundancia, cosa que también observamos y esto en estado normal sin la menor sombra de enfermedad cuando se hace funcionar mucho á las partes, sea por onanismo, sea por coitos, estados especiales de urotorrea, prostatorrea, espermatorrea, que se corrigen muchas veces con reposo y regularización de los fines del aparato sexual, impidiendo salgan los líquidos fuera de sus reservorios y de los sitios oportunos, pero llamamos la atención cuando hay una de estas situaciones sobre la causa infecciosa desconocida en la mayoría que suele reconocer, encontrando en repetidos análisis gonococos y otros así como lesiones en próstata, testículos, etc., de este tipo, por lo que llevan la infección á la esfera genital de la mujer. En esta víctima inocente y propiciatoria en la mayoría de casos de los vicios y concupiscencias, pagando las culpas de los varones, que son los que en la mayoría de veces se creen invulnerables para todo, la inyección masiva de tantos elementos infecciosos produce viva inflamación que abarca gran área genital uretro-vulvovaginal, sobre todo en las desfloraciones, vulvas estrechas, desproporciones, siendo la blenorragia del que inocula, abundante y muy vivaz el contagio; en otros y son mayoría, prende primero en uretra por ser donde antes contactan los órganos sexuales y aquella cuyas células más cilíndricas y de una sola capa, pueden invadir y prender mejor los gérmenes desde el reservorio vaginal donde yacen pasivamente sin dejarse penetrar de los líquidos que le bañan por su gruesa coraza pavimentosa; algún tiempo después de eyaculados tienden por declive á correrse hacia abajo, mezclándose con las secreciones de las glándulas vulvares que han salido en cantidad, y el mismo pene por su dirección oblicua arriba y adelante en la erección recorre la pared vaginal anterior en su salida, sembrando el material infeccioso que surge por su meato y que es la última expresión operada; en menores casos la siembra es directa en el mismo cuello uterino, donde son proyectados los gérmenes desde su salida, penetrando más ó menos por fuerte proyección en el abierto conducto cervical, al modo como un salivazo contagia la sífilis ó tuberculosis de la cavidad mucosa de donde proceden estas secreciones, ocurriendo esto más en las múltiparas de desarrollada hendidura cervical que deja ectopiar más ó menos la mucosa, siendo grueso y descendido hocico de tenca que llega á aplicarse á extremo peniano, bastando el paso de una sola gota de este rico caldo de cultivo que representan los flujos recientes dentro del canal cervical para que el incendio estalle, contribuyendo la dirección desviada por las frecuentes torceduras de matriz, unas veces previas, otras consecutivas á la endometritis para que haciendo ceder la musculatura sean las más frecuentes, realizándose más fácilmente estas condiciones tras los embarazos, donde por permanecer sin tratamiento (cosa que cada día estamos más persuadidos, hay que tratar bien, sobre todo por vía indirecta de inyec-

ciones, complementando con la directa ó local mejor escogida), quedan en los canales genitales las infecciones con todo su desarrollo al máximo por el terreno general y local especiales dando á través de los amplios desgarros, aberturas, secreciones loquiales y sanguíneas, hasta una sexta parte de infecciones puerperales, sorprendiendo que cuando pasa á la sangre no suela alcanzar el estruendo de los estados locales. Con las dificultades para alcanzar tantos focos como los sitios altos colonizados, se unen la que el pudor natural de la casada ó joven que ni siquiera sospechan del peligro, opone á tratamiento precoz y á las curas intensas por las molestias que dan, sobre todo aquellas que deben actuar donde está la base, dentro de la matriz, las cuales además, exigen precauciones especiales, para evitar complicaciones, debiendo separar las que son de origen criptogénico ó saprofítico de gran frecuencia en el sexo que estudiamos, en gran porcentaje como demuestran nuestros análisis.

El tratamiento debe actuar: 1.º, localmente en la extinción de cada uno de los parajes invadidos; 2.º, aplicación de los medicamentos más apropiados, según los microbios que hayamos encontrado, previamente; 3.º, frecuencia de las curas suficientes para ir reduciendo extensión, intensidad y espesor de las lesiones; 4.º, combinación de los agentes mecánicos, físicos y químicos, en la forma que indiquen la resistencia y antigüedad de las lesiones. Respecto al primer punto, se precisa comprobar objetiva, subjetiva, macro y microscópicamente, las localizaciones casi siempre múltiples desde los primeros días, aun en los casos subagudamente ó más crónicamente desarrolladas desde el principio, por lo cual á la cura uretral debe seguir la vagina-uterina y á ésta muchas veces la rectal, sobre todo en la prostitución ó cuando la inoculación d'emblée ha sido en tierna criatura ó muchacha aun virgen, por individuo en plena potencia de virus, tanto más si ha habido violación; por el segundo punto, daremos preferencia á permanganato, sales de plata, tripaflavina, cuando imperan los gonococos, mercuriales, sales de cobre, si son los estafilococos ú otras infecciones secundariamente cócicas; por el tercer punto, sales de hierro, de tanino, de zinc, de bismuto, si son saprofitos ó dominan las células y fibras mucosas ó de descamación catarral; los lactatos y ácidos orgánicos, sobre todo el láctico si se trata de coli muy frecuentes por las mucosas genitales de la mujer. Los microbios que más y con mayor pureza se encuentran son los estreptococos en cadenas, los cocos en diplo, ya de tipo redondo, ya de gonococo, los estafilococos, los coli en bastoncitos muy desiguales, así como bacterias que conviven en las secreciones seboreicas y mucosas de estas regiones, cuya confrontación se encuentra clara en los irregulares haces de bacilos saprofitos—en un caso los cocos en cadena Gram positivos (estreptococos) y formas vibrionicas; en otro, cocos Gram positivos, bacilos positivos y filamentos; en otro; bacilos cortos Gram positivos (estafilococos); en otro, bacilos Gram negativos y glóbulos de pus; en otro, cocos Gram negativos con aspecto de gonococos y bacilos pseudo-diftéricos, en otros filamentos, glóbulos de pus y cocos; en otros, bacilos Gram negativos de tipo coli; en otros, cocos en parejas extracelulares con caracteres de gonococos; en otro, caso de flujo abundante, no se encontraron gérmenes patógenos y así sucesivamente conservamos nota de las colonias más variadas. Por estas razones, deben hacerse intervenir las distintas vías venosa, intramuscular y la digestiva, además de la local, combinando las distintas sustancias á las concentraciones más varias, única manera de obtener pronto y buenos resultados.

Bibliografía.

Hofmann, Edmund und O. Mergelsber: Ueber Allgemeinbehandlung der Weiblichen Gonorrhoe mit Gonargin, Kollargol, Silbersalvarsan, Terpentin und Trypaflavin. (Univ.-Hauklin., Bonn.) Dermatol. Zeitschr. Bd. 32, H. I., 25-39, 1921.

Seyberth L.: Erfahrung über die Haltbarkeit des Albarbins. Med. Klin., 1918, Nr. 21, pág. 521.

Meyer, Fritz, M. Die Behandlung der männlichen Gonorrhoe mit Choleval. Med. Klin., 1917, Nr. 3, pág. 72.

Gustafsson: Unsere Erfahrungen mit Choleval. Munch. Med. Wochenschr., 1918, Nr. 44, pág. 1219.

Gutmann: Iro Zur Behandlung der akuten, nicht komplizierten männlichen Blennorrhoe mit Choleval. Med. Klin., 1919, Nr. 31, pág. 742.

Eyt H.: Die klinische Behandlung der vulvo-vaginitis gonorrhoeica infantum. Therap. Halbmonatshefte, 1920, página 176.

Koller: Zur Behandlung der Spermatocystitis gonorrhoeica mit kolloidalem Silber. Schweiz. Med. Wochenschr., 1920, Nr. 5, pág. 87.

Koller H.: Beitrag zur Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit kolloidalen Silber. Schweiz. Med. Wochenschr., 1920, Nr. 21 u 23.

Menzi: Vorläufige Mitteilung ueber Behandlung der weiblichen Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Munch. Med. Wochenschr., 1918, Nr. 3, pág. 71.

Menzi H.: Behandlung weiblicher Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen, Med. Klin., 1918, Nr. 36, pág. 886.

Sommer: Ueber den Erfolg der Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Munch. Med. Wochenschr., 1918, Nr. 40, pág. 1.111.

Crohn: Intravenöse Kollargolbehandlung der Gonorrhoe. Munch. Med. Woch., 1918, Nr. 41, pág. 1.161.

Koller H.: Die Behandlung der Cystitis mit kolloidalem Silber. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Aerzte, 1919, Nr. 40, pág. 1.511.

Franzmeyer F.: Ueber die Behandlung weiblicher Gonorrhoe mit intravenösen Kollargolinjektionen. Zentralblatt. f. Gyn., 1919, N. 31.

Dreser: Zum Argentum colloidal des Arzneibuches. Zeitschr. f. experim. Pathol. u. Ther. Bd. XIX, pág. 285.

Kali K.: Die Choleval Behandlung der Gonorrhoe. Wien Klin. Wochenschr., 1910, Nr. 78.

Lewin-ki: Beitrag zur Behandlung der Gonorrhoe mit Choleval. Munch. Med. Wochenschr., 1917, Nr. 14, pág. 441.

Notas clínicas sobre meningitis. (1)

CONFERENCIA DADA POR EL DR. SUÑER, CATEDRÁTICO DE PEDIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD DE MADRID, EN LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA EL DÍA 19 DE ENERO DE 1922.

(Apuntes taquigráficos.)

Después han venido unas estadísticas mejores, y particularmente he de citar aquí las de Lewy y Netter.

Veamos ahora en qué consiste la punción ventricular, y si nos puede resolver todos aquellos casos á que he aludido en el curso de mi disertación.

Tengo aquí unos esquemas que pueden ayudar eficazmente á la exposición de estas disquisiciones.

(1) Véase el número anterior.

Esta que señalo aquí (fig. 1.^a) reproduce la topografía de la punción ventricular clásica, según la técnica de Neisser-Pollak que es bien conocida. Sabemos que esta técnica se

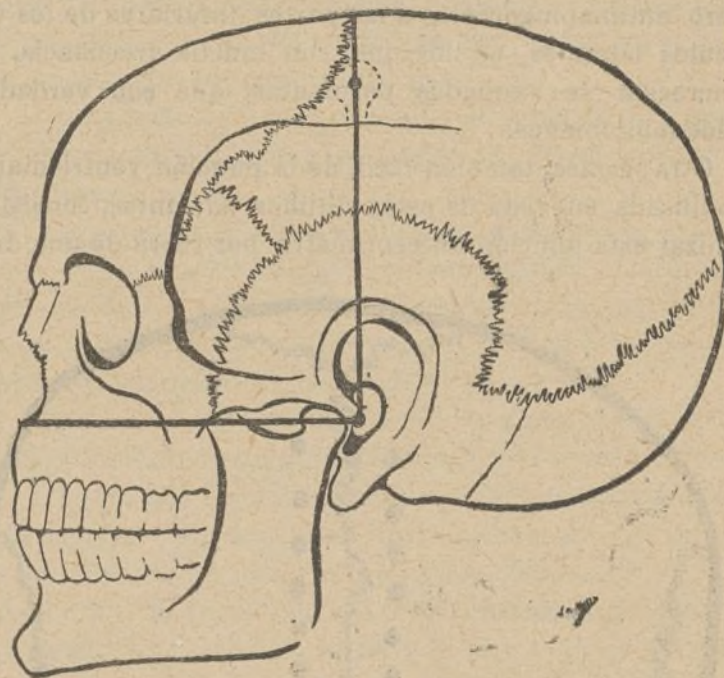


Fig. 1.^a

realiza en los sujetos cuyas fontanelas están ocluidas, trazando una línea vertical hacia el conducto auditivo externo que va cruzada por otro perpendicular á la misma y que viene de la espina nasal. A centímetro y medio, ó dos centímetros, por fuera de la línea sagital se debe hacer la trepanación, tratándose, claro está, de niños mayores ó de adultos, porque tratándose de niños de pecho, el procedimiento clásico consiste en buscar el ángulo externo de la fontanela bregmática y hacer la punción en este sitio.

La punción ventricular hecha en la forma clásica, introduciendo la aguja de un modo directo y perpendicular al eje de los hemisferios en el sitio de la trepanación, según la técnica dada por Neisser Pollak, puede hacer que esta aguja de punción se desvíe del ventrículo lateral, pase por dentro de dicho ventrículo, luego se dirija hacia el ventrículo medio, y en lugar de hacer una aspiración del líquido del ventrículo lateral, hagamos aspiración del ventrículo medio, y en vez de realizar una inyección en los ventrículos laterales, efectuemos una inyección fuera de estos ventrículos y quizá sea insuficiente para que ejerza la acción bactericida y antitóxica del suero antimeningocócico en las partes inferiores de los ventrículos laterales. Por eso modernamente y especialmente por los trabajos de Lewkowicz, se modifica la técnica de Neisser Pollak, haciendo la punción ventricular á lo largo de la sutura sagital á un centímetro ó centímetro y medio por fuera de esta misma línea en distinto sitio, á todo lo largo de la sutura sagital; porque con esta punción modificada en esta forma se trata de llevar el suero antimeningocócico, no sólo á la parte anterior y superior de los ventrículos laterales, sino también á las porciones inferiores de dichos ventrículos, y esto no se consigue más que haciendo, primero, la punción en los segmentos posteriores de la línea sagital, y segundo, estudiando bien la dirección que hay que imprimir á la aguja de punción (fig. 2.^a).

Esta punción, según la técnica últimamente dada por Lewkowicz, se debe hacer del siguiente modo:

Se traza una línea, que vaya desde el conducto auditivo externo á la eminencia parietal, y á nivel de la parte culminante del pabellón auricular se hace el orificio de trepanación, y entonces la aguja se dirige oblicuamente hacia dentro, introduciéndola de uno á cuatro centímetros, porque esto depende del grosor de la pared de los hemisferios, y en



gran parte, á su vez, está en relación con la cantidad de líquido contenido en los ventrículos laterales.

De esta manera—dice Lewkowitz—conseguimos llevar el suero antimeningocócico á las partes inferiores de los ventrículos laterales, en los que, con mucha frecuencia, hay concreción de exudados purulentos, que son verdaderos nidos microbianos.

Otra técnica, también fácil, de la punción ventricular, ya modificada en vista de estos últimos adelantos, consiste en realizar esta punción un centímetro por fuera de una de las

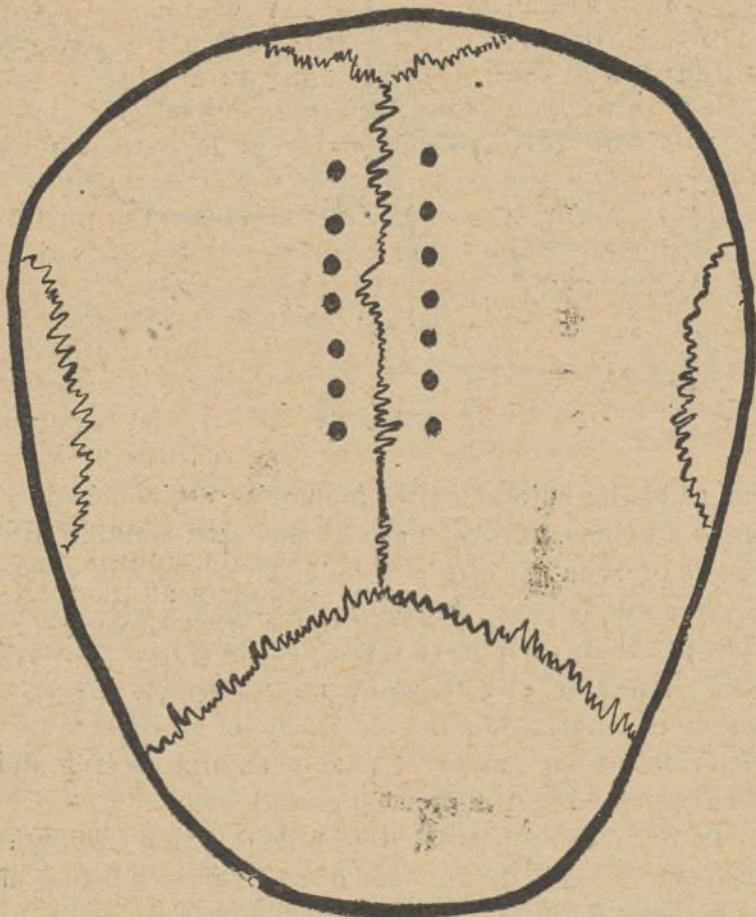


Fig. 2.a

eminencias parietales, y dirigir el extremo afilado de la aguja de tal manera que, mirándolo de frente, parezca que este extremo afilado se dirige hacia la parte externa de la córnea, y mirándolo lateralmente, parezca que se dirige hacia la parte culminante del pabellón auricular.

Esta modificación en la técnica de la punción ventricular tiende á que el reparto del suero antimeningocócico se haga de una manera más completa, alcanzando los lugares más recónditos, donde el meningococo se alberga.

Pero con este procedimiento, así modificado, ¿podemos tener la seguridad de que en todos los casos de meningitis tabicada lograremos el efecto curativo? Desde luego podemos afirmar que no; que hay algunos casos en los que con la punción ventricular por el procedimiento clásico, ni siquiera por el procedimiento modificado, es imposible llevar el suero más allá de los ventrículos laterales, ó del ventrículo medio. Son estos casos los que se refieren á las meningitis tabicadas de la base.

Existen, indudablemente, y han sido descritos por todos los autores modernos, casos de meningitis meningocócicas en las que los compartimientos inferiores, aquellos que están por delante de la protuberancia de los pedúnculos cerebrales, se hallan tabicados y aislados del resto de los espacios subaracnoideos. En estos casos, la punción ventricular y la inyección de suero, empléese el procedimiento que se quiera, no consiguen llevar á estos receptáculos microbianos la cantidad de elementos curativos suficientes. De aquí que muy recientemente se haya expuesto una técnica, no ejecutada más que por unos cuantos cirujanos, que tropieza con gran-

des dificultades y que, sin embargo de ello, tiene un aspecto teórico muy racional. Me refiero á la técnica de Beriel, de Lyon, que se ha empleado por este autor, y por otro cirujano (Cazamian),

Esta técnica, que he procurado señalar de un modo esquemático en la figura que aparece aquí en primer término (fig. 3.a), tiende á introducir el suero antimeningocócico en

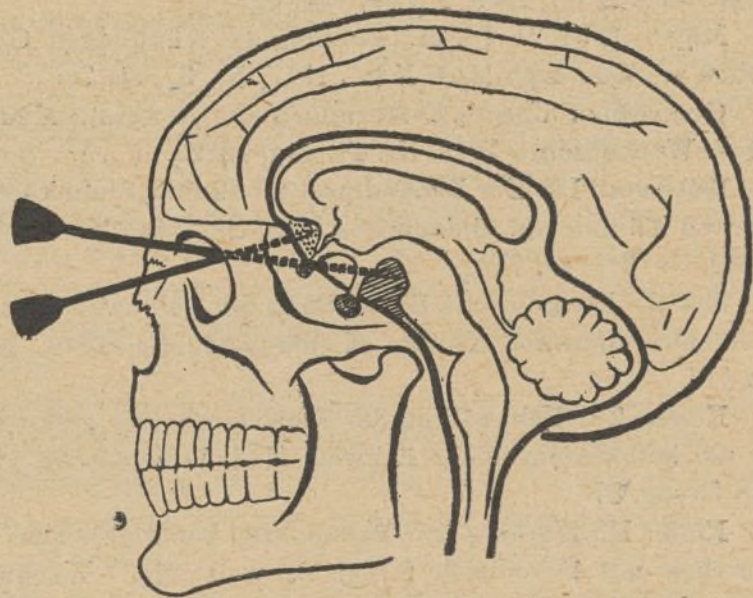


Fig. 3.a

aquellos compartimientos inferiores, y también en los superiores, y para ello busca una vía de delicadeza extrema, que es la vía orbitaria. Introduciendo la aguja por la pared externa de la órbita, se atraviesa la hendidura órbito-esfenoidal, para con un movimiento oblicuo de abajo arriba, llegar al confluente llamado superior.

Todos los autores que han ejecutado este procedimiento—la mayor parte en el cadáver—están conformes en que ofrece grandes dificultades y peligros de herir vasos y centros nerviosos; pero hay, además, este argumento en contra. Dice Longo, que en estos casos de tan numerosos tabicamientos meníngicos, no podemos tener la seguridad, aun con la difícil técnica de Beriel, de conseguir la introducción del suero antimeningocócico en todos los espacios subaracnoideos que están infectados. ¿Cómo podemos llegar á adquirir la convicción de que la parto más posterior, ó, si queremos, más inferior de estos confluente de la base, no está, á su vez, tabicada, impidiendo la llegada del suero? Es posible que tengamos la fortuna de abrir uno de esos receptáculos é introducir una cantidad de suero antimeningocócico en este sitio; pero ¿podremos llegar á los otros receptáculos tabicados?...

A este argumento yo me permito añadir otro, que hace, á mi juicio, sumamente seria esta intervención, y es el de la región anatómica y fisiológicamente tan delicada, donde estas punciones se practican.

Yo tengo la experiencia de las punciones ventriculares que hice hace ya bastante tiempo, á poco de leer los primeros casos de Lewy.

Recuerdo que en aquella época (me refiero á un período de siete ú ocho años) no estaban bien determinadas, ó, por lo menos, no habían llegado á mí de una manera clara, las dosificaciones del suero que había que introducir por la punción ventricular.

En el primer caso que tuve, se trataba de una niña, á quien hice la trepanación por la técnica de Neisser-Pollak, introduciendo en un ventrículo la cantidad de 18 c. c. La inyección en los primeros centímetros cúbicos fué bien; pero, al llegar al décimooctavo, de una manera brusca y repentina, la enferma sufrió un síncope que ereí fuera mortal; pere

después de un trabajo enorme, y de más de una hora de respiración artificial, fué reanimándose.

Pues bien, si ésto me pudo ocurrir á mí en aquel período en que la dosificación no era bien conocida, ignorándose ó ignorando yo, al menos, hasta qué punto había que introducir líquido antimeningocócico en los ventrículos laterales, creo que con más facilidad puede suceder, en una técnica tan delicada como la de Beriel, con la que se va á introducir suero, primero, en una región mucho más difícilmente accesible, segundo, en un compartimiento de capacidad menor que el que representan los ventrículos laterales, y tercero, en una región tan delicada como es la protuberancia, los pedúnculos y, sobre todo, el bulbo. Creo yo que en este caso podemos más fácilmente producir un síncope que puede ser mortal.

Sin embargo, constituye indudablemente un adelanto y en Medicina conviene no ser misoneísta, porque todos los días estamos viendo que las cosas, al parecer más peligrosas, dan luego el mejor resultado. Así, por ejemplo, en el año 1903, ¿qué era la punción lumbar sino una cosa muy rara? Se la tenía miedo y venían muchos trabajos hablando de las dificultades, de los peligros que encerraba, y hoy constituye un procedimiento de los más inofensivos, de los más sencillos, tanto, que está al alcance de todo el mundo, no ya sólo de los médicos, sino hasta de los estudiantes.

¿Quién sabe, pues, si esta técnica de Beriel, que hoy nos parece muy difícil, y casi temeraria, dentro de algunos años llegará á ser un procedimiento hacedero?

Como síntesis de cuanto vengo diciendo, y para hacer resaltar la importancia que en el estudio de la terapéutica de las meningitis meningocócicas tienen las llamadas meningitis tabicadas, he trazado en este esquema que aquí presento (fig. 4.^a), las zonas que, á mi juicio, permiten estable-

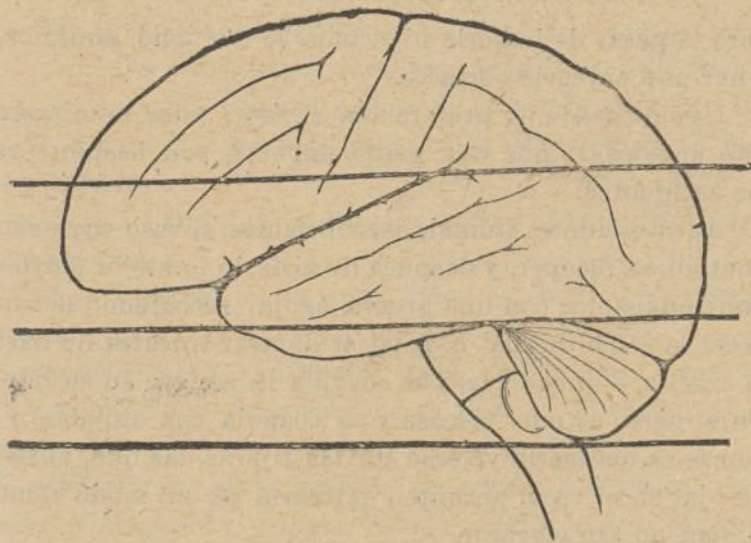


Fig. 4.^a

cer una clasificación fundamental de las formas de tabicamiento meníngeo.

La más interesante es, quizá, la ventricular. Esta zona ventricular puede aislarse por arriba, de la superficie de los hemisferios, y por abajo, de las regiones del bulbo y médula.

Hay una segunda zona, que pudiéramos llamar de la base, que da origen á las meningitis basales tabicadas, y hay, por último, una tercera zona, que es la raquídea, la medular, en la cual los tabicamientos asientan, sobre todo, en la parte superior de la médula cervical.

Siempre que tratemos enfermos de meningitis meningocócica, debemos tener presente que podemos hallarnos frente á zonas tabicadas en uno de estos tipos, y, por lo tanto, que la sueroterapia no podrá ser activa si no logramos in-

tervenir en estas oclusiones ó receptáculos en donde anidan los microbios que dan lugar á la enfermedad.

Según las últimas adquisiciones, la terapéutica específica de la meningitis meningocócica se apoya, no solamente en el conocimiento del suero, sino en algo más: en el empleo de las vacunas antimeningocócicas.

A propósito del suero, voy á hacer algunas indicaciones, así como también acerca del valor de estas vacunas antimeningocócicas.

Con respecto al suero se ha discutido mucho, sobre todo desde que los bacteriólogos han conseguido multiplicar las variedades y especies de meningococos y de parameningococos, y han hablado de la necesidad de emplear sueros específicos, con relación al tipo de cada enfermo.

Parece que este camino tiene una lógica segura y aplastante. Es cierto que allí donde existe una especie diferenciada, el suero que debemos utilizar ha de ser específico contra esta especie; pero esto, que teóricamente es algo que no se puede discutir, tropieza con grandes obstáculos en la práctica, porque el tratamiento de los enfermos de meningitis meningocócica es de urgencia y el éxito de la terapéutica depende de la precocidad de la inyección del suero, y no siempre se encuentra el médico en lugares en donde haya recursos de laboratorio que le permitan hallar la especie, ó la variedad del meningococo, ó del parameningococo, y hasta en el supuesto de que éste se descubra, no siempre se tiene á disposición un suero preparado de una manera exacta para la especie microbiana descubierta.

Por otro lado, la experiencia enseña que, en manos de algunos médicos, de la mayor autoridad y respeto, como, por ejemplo, Mlle. Condat, que han descrito los casos á que voy á referirme, los enfermos de meningitis meningocócica pueden curarse con un suero paraespecífico, es decir, con un suero polivalente de meningococos y parameningococos, que no son precisamente los que están representados en aquel tipo de enfermos.

Por eso digo que, aun reconociendo el fundamento científico de la teoría, quizá en el orden práctico se haya exagerado un poco la necesidad de tratar estos enfermos con sueros absolutamente específicos, sin que con esto quiera yo negar la aspiración lógica de llegar á este ideal.

Y ya que estoy hablando de los sueros, diré también el valor que, según algunos trabajos, se asigna al empleo de los sueros de convalecientes.

Por desgracia, es éste un recurso terapéutico con el cual no podemos contar en todas las ocasiones. Es muy difícil tener suero de convalecientes; pero investigaciones realizadas hace próximamente un año por dos autores italianos, Di Cristina y Sidoni, permiten abrir un campo de aplicación para esta terapéutica del suero de convalecientes, que consiste en el empleo de la autosueroterapia. Esta autosueroterapia se hace sobre la base de la utilización de las vacunas antimeningocócicas. Di Cristina y Sidoni han logrado preparar vacunas antimeningocócicas que en sus manos parecen haber dado resultado en casos rebeldes á la sueroterapia clásica, y estos mismos autores han expuesto, además, que en los enfermos de meningitis meningocócica, con el empleo de estas vacunas se puede obtener un suero antitóxico y antibacteriano, que permita ser inyectado en el mismo sujeto y lograr (hay un caso notabilísimo publicado) la curación aun en pacientes rebeldes al tratamiento por la sueroterapia clásica.

Claro es que este hecho requiere confirmación, mayor número de comprobaciones, mayores estadísticas; pero representa, tal vez, el último progreso en el orden de la sueroterapia de la meningitis meningocócica.

Y como el tiempo avanza, voy á suspender esta disertación, remitiéndome á otra ocasión que, sin duda, se me presentará, para tratar de otras formas de meningitis que traía anotadas.

He terminado.

El Sr. *Presidente*: Se levanta la sesión.

EL RIÑÓN Y LAS GLUCOSURIAS ⁽¹⁾

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

POR

JUSTO CABALLERO Y FERNANDEZ

Casares recomienda diluir el líquido azucarado de suerte que para reducir los 10 c. c. de Fehling sea necesario gastar de 5 á 10 c. c. de la solución objeto del análisis. Hemos seguido este consejo siempre que tuvimos interés en hacer una determinación muy exacta, pero para las necesidades de la clínica es suficiente el procedimiento descrito, que es, por otra parte, de mucha mayor sencillez.

Uno de los problemas que preocupaban nuestro espíritu era el convencernos, *de visu*, si la orina normal tenía ó no glucosa. Considerando que existiera, como dicen los autores, este hidrato de carbono en el producto catabólico del riñón de un hombre sano, en una proporción tan pequeña que resulta difícilmente apreciable, se nos ocurrió que lo más conveniente sería concentrar dicha orina.

Para esto colocamos 500 c. c. de ella en una gran cápsula de porcelana, encima de la cual, y sin que le tocara, había un embudo en comunicación, por un tubo de goma, con una trompa de agua. Dispuesto así el aparato, se pone un mechero debajo de la cápsula, y en cuanto la orina llega á ebullición, se abre el grifo del agua y la trompa empieza á hacer el vacío, lo que da lugar á una intensa corriente de aire que favorece la evaporación del agua de la orina. Este proceder permite reducir con relativa rapidez los 500 c. c. á 50, ó sea al décimo de su primitivo volumen.

Defecando la orina que queda, y siguiendo el método de Fehling, vimos que, en los dos casos que hicimos la prueba, la orina tenía 0,054 y 0,059 gramos de glucosa por litro. Para hacer determinaciones de líquidos azucarados, cuando la cantidad de glucosa es pequeña, hemos seguido un procedimiento que expondremos al referir nuestros análisis de sangre.

Pero para resolver el problema de modo que pudieran acompañar á este trabajo pruebas fehacientes, hemos procurado obtener osazonas. Los 50 c. c. de orina, resultantes de la concentración descrita, y previa defecación, fueron tratados por la fenilhidrazina en la forma expuesta en su lugar, habiendo logrado obtener unos hermosos cristales de glucosazona.

Con este motivo procuramos determinar algunos caracteres de estas osazonas; la glucosazona es poco soluble en el agua fría, pero bastante en la hirviente, á la que comunica reacción ácida al tornasol, insoluble en alcohol absoluto frío y soluble cuando está en ebullición. Se disuelve en el éter, tomando el líquido un color rosado; pero si se deja reposar algunas horas, se ven sedimentar unos cristales que el microscopio reconoce como del cuerpo que estamos estudiando; también se disuelve en sulfuro de carbono y acetona hirviendo; en cambio, en el cloroformo es casi insoluble.

(1) Véase el número 3,557.

Esta osazona, tanto en solución alcohólica como acuosa y etérea, reduce el líquido de Fehling. Hemos intentado obtener alguna reacción colorida que permitiera reconocer las osazonas sin necesidad de microscopio, y para ello, teniendo en cuenta su reacción ácida, la hemos tratado por algunos compuestos básicos, sin que el éxito coronase esta parte de nuestros intentos.

Prosiguiendo los experimentos, hemos practicado varias determinaciones de glucosa en la sangre. Sólo en dos enfermos que presentaban glucosuria nos ha sido posible investigar su azúcar circulante, habiendo hallado en uno de ellos (cuyo análisis de orina ya hemos transcrito) 3,54 gramos de glucosa por 1.000 y en el otro sólo 2,90. Eran, pues, dos casos de glucosuria con hiperglicemia y, por tanto, no nos interesan directamente.

También hemos practicado determinaciones con cinco perros, siguiendo la técnica que vamos á exponer. Se preparan unos recipientes que tengan 10 c. c. de solución al 2 por 100, medidos con una pipeta bien graduada, de ácido acético. Para mayor precaución, y por si alguna parte de sangre se coagulaba á pesar del ácido (lo que pasa si se pone mayor cantidad de sangre que del anterior líquido), se pesaba el recipiente antes de empezar la operación en el perro. En la misma vasija se marca con tinta la raya correspondiente á 20 c. c.

Una vez hecho esto, se anestesia al perro, siendo esta operación más delicada de lo que parece á primera vista; estos animales son muy sensibles al cloroformo, y nosotros habíamos tenido ocasión de ver que en algunos se presenta rápido síncope mortal. Para evitar este inconveniente ensayamos el anestesiarse á uno con inyecciones intraperitoneales de

| | |
|------------------------|-------------|
| Agua destilada..... | 100 gramos. |
| Hidrato de cloral..... | 50 — |
| Cloruro mórfico..... | 10 — |

pero, á pesar de haberle inyectado 35 c. c., no pudimos obtener una narcosis perfecta.

Hemos usado de preferencia el éter, pues administrado este anestésico por una mano experta, son bastante raros los accidentes.

Anestesiado el animal, descubríamos el vaso cuya sangre queríamos recoger, y después de aislarlo lo mejor posible, lo puncionábamos con una gruesa aguja, recogiendo la sangre hasta la señal de 20 c. c. A pesar de usar trócares de bastante calibre, algunas veces se coagula la sangre en su interior (en el perro es muy viscosa y se coagula con rapidez) y entonces es necesario valerse de las tijeras, las que, abriendo un ojal en el vaso, permiten extraerla de un modo cómodo, si bien no tan elegante.

Recogida la sangre que se ha podido (operando con gran cuidado, evitando, mediante una buena hemostasia, la pérdida de plasma circulante), y nosotros generalmente lográbamos extraer la de cuatro vasos—arteria renal, vena renal, yugular y carótida—, se determina lo antes posible la cantidad de azúcar, con el fin de evitar la glucolisis.

Se empieza por medir, en una probeta bien graduada, los centímetros cúbicos que hay entre solución de ácido acético y sangre, que son generalmente 20, pues ya indicamos que hacíamos una señal en el recipiente de cristal donde recogíamos lo que se extraía de la intervención. Como pusimos primero 10 c. c. de la solución de ácido acético, existen 10 de sangre; algunas veces, cuando el perro era grande, colocábamos 20 c. c. de la repetida solución y otros 20 de sangre.

Si en el recipiente se observa algún coágulo, es necesario valerse del peso (y por esto se pesan antes todas las vasijas, como dijimos) y reducir éste á centímetros cúbicos.

Conocida la cantidad de sangre que vamos á analizar, se cuela la mezcla en una cápsula de porcelana—o mejor en un vaso de Bohemia—, se le añaden unos gramos de sulfato sódico cristalizado y no efflorescido, un poco de agua destilada y se hierve unos cinco minutos á fuego lento. Se observa entonces que en el centro del recipiente queda un líquido claro, y es este momento el en que debe darse por terminada la ebullición, filtrando en caliente.

Lo que pasa á través del filtro—es conveniente que sea doble—es un líquido claro y sin ningún color. Cuando la sangre se ha coagulado parcialmente se opera del mismo modo; pero después de filtrar la parte líquida se exprime el coágulo repetidas veces, recogiendo el líquido que resulte de estas operaciones y agregándolo al que antes se filtró.

No queda más que determinar la cantidad de glucosa que hay en este líquido, valiéndose del método de Fehling. Pero como en la sangre no hay ordinariamente suficiente dextrosa para reducir los 10 c. c. del reactivo, se puede operar agregando la glucosa necesaria, como ya indicamos en lugar oportuno.

Los cálculos son sumamente sencillos. Supongamos que 10 c. c. de sangre, más 4 de la solución de glucosa al 1 por 100, han reducido los 10 de Fehling; como sabemos que esta cantidad de reactivo se reduce por 0,05 gramos de glucosa, y hemos necesitado agregar 4 c. c. de solución de dextrosa al 1 por 100, ó sea 0,04 gramos de dicho hidrocarbonado, los 10 c. c. de sangre tenían 0,01 gramo de glucosa, y, por tanto, el litro tendrá 1 gramo.

Sacando las medidas de nuestros análisis, los resultados obtenidos son los siguientes:

| | | |
|---------------------|------|-----------------------------|
| Arteria renal..... | 1,15 | gramos de glucosa por 1.000 |
| Vena renal..... | 0,75 | — — — |
| Arteria carótida... | 1,10 | — — — |
| Vena yugular..... | 0,95 | — — — |

Estas cifras nos patentizan:

1.º Que la sangre de la arteria renal tiene más glucosa que la de la carótida (ensayamos también la de la crural y daba poco más ó menos lo mismo que la de la carótida); luego es la arteria ó cuando menos de las arterias más ricas en dicho hidrocarbonado.

2.º Que la sangre de las arterias tiene más azúcar que la de las venas; y

3.º Que la sangre de la vena renal es de las que tienen menos proporción de dextrosa.

Todos estos hechos refuerzan considerablemente nuestra teoría, haciéndola incontrovertible en algunas de sus afirmaciones.

El resultado de estos análisis se presta á maduras reflexiones y presenta al propio tiempo interesantísimos problemas.

El primer hecho que merece nuestra atención es la diferencia en la cantidad de glucosa que se observa en unas arterias respecto de las otras. Es realmente notable que la sangre que, saliendo del corazón en el sístole ventricular, embocando por la aorta y pasando una porción á la carótida, y continuando otra hasta poder enfilar por la renal, presente en una arteria diferente proporción de glucosa que en la otra. Nuestra primera idea, fuerza es confesarlo, fué el atribuir esa diferencia, pequeña de todos modos, á errores cometidos en los análisis, no obstante haberlos practicado con el mayor esmero posible; pero Lépine y Boulud, como indicamos antes, dan á la arteria crural 0,68 de glucosa por 1.000 y á la carótida sólo 0,50. Otros autores han observado también notables diferencias, y esto nos ha hecho suponer que debe haber algo distinto de un error analítico.

No encontramos al fenómeno una explicación clara y que

deje el ánimo convencido en absoluto, y por esto, sólo nos aventuramos á indicar, por si alguna persona autorizada quiere estudiar y desenmarañar este asunto, que quizá sea un efecto que demuestre la acción del fermento glucolítico que circula con el plasma; acción que parece obedecer á una dirección inteligente, que hace que lleve cada arteria la cantidad de dextrosa que necesita el órgano irrigado por la sangre que aquélla acarrea.

Otro asunto tan interesante ó más que el que acabamos de exponer, tiene por origen la notable diferencia que existe entre la glucosa de la sangre venosa y la de la arterial, como vemos en el cuadro anterior. Vamos á fijarnos en el fenómeno, refiriéndonos preferentemente á la renal.

Es casi una perogrullada decir que la glucosa que entra por la arteria y no sale por la vena se queda en el órgano, ó se destruye, ó se transforma, ó sale por el uréter. Analicemos estos casos: el riñón no acumula reservas, y como es órgano de gran actividad funcional, resulta poco apto para almacenar sustancias nutritivas; ahora bien, desempeña una función incesante, y debe nutrir bien á sus células, lo que ha de ocasionar un gasto bastante considerable de hidratos de carbono, destinados única y exclusivamente á reponer los que se han eliminado como consecuencia del metabolismo celular.

La glándula renal, volvamos á repetirlo, ha de consumir azúcar para desempeñar un trabajo tan considerable como la producción de orina á expensas de la sangre (ya hemos visto las diferencias físicas que existen entre ambas soluciones), y esta glucosa se destruye principalmente por un sencillo mecanismo de oxidación. Sólo haremos notar que por la arteria entra una regular cantidad de oxígeno que se consume en el órgano, pero que no está en relación con el anhídrido carbónico que sale por la vena.

El determinar el valor de este gasto de glucosa es punto menos que imposible, ya que no sabemos con certeza los kilogramos desarrollados por el riñón; pero por la analogía que existe entre ambas porciones del humano ser, diremos sólo que, según Lambling, el corazón consume 4 miligramos de dextrosa por hora y gramo de sustancia muscular.

También, dada la relativa longitud de los vasos intrarrenales, importa tener en cuenta la destrucción de dextrosa por la acción del fermento glucolítico.

La glucosa puede transformarse en el interior del riñón en diversas sustancias; de las que unas se quedan en la glándula, otras salen por la vena y algunas, en fin, se eliminan por la orina. Citaremos, como más importantes, la conversión de glucosa en lipoides, glucógeno, proteicos, urea, aldehído glicérico, etc.

Y, por fin, una parte de este bicarbonatado se elimina aunque en pequeñas proporciones en el individuo sano, por la orina.

Estos son los mecanismos y diferentes transformaciones que nosotros suponemos se verifican en el interior del riñón, responsables de la diferencia de glucosa existente entre la sangre arterial y la venosa; y á este conjunto de fenómenos nos referimos, cuando hablamos lacónicamente del *azúcar gastado por la glándula*.

Otro de los experimentos practicados ha sido el ocasionar en un perro una glucosuria floridzínica.

Pudimos proporcionarnos floridzina de la casa Merk, de Darmstadt, y con ella hicimos los trabajos. Empezamos por pesar un gramo de esta sustancia y echarla en un frasco donde había 100 c. c. de agua destilada. Este glucósido es casi insoluble en agua fría, pero se disuelve bien en la hirviente; mas cuando la solución se vuelve á enfriar, se depositan en el fondo del frasco unas agujas largas de floridzina

Para poder inyectar esta substancia al animal, calentábamos el frasco al baño María hasta su completa disolución. Entonces lo retirábamos del fuego y esperábamos se enfriara lentamente; cuando la solución tenía aproximadamente de 45 á 50°, lo inyectábamos al animal.

De esta forma llegamos, inyectando primero 2 centigramos, á los dos días 3, luego 4 y por fin 5 cada cuarenta y ocho horas, á tener al perro sumamente intoxicado y disminuido considerablemente de peso.

No era nuestro objeto medir la cantidad de glucosa eliminada por la orina y sólo nos fijamos, como argumentos favorables á nuestra teoría, en dos hechos: 1.º, en la cantidad de glucosa de la sangre, y 2.º, en el estado del riñón.

Aunque la mayoría de los autores están conformes en que la glucosuria floridzínica no va acompañada de hiperglicemia, hay algunos que afirman lo contrario. Podemos asegurar que el perro por nosotros intoxicado tenía en la sangre una cantidad de glucosa igual á la de los animales normales y que, por tanto, no existe asomo de hiperglicemia.

Observado al microscopio un corte del órgano floridzínico, lo que primero llama la atención es la casi completa ausencia de los núcleos celulares, los que han sido disueltos en su mayor parte; repasando con cuidado las preparaciones, se ven algunas fases de esta destrucción nuclear. También se observa degeneración hialina, y en ciertos puntos albuminosis; no faltando tampoco zonas en las que ha hecho asiento una verdadera necrosis.

Pero hemos de hacer notar que los autores describen como características en el riñón las siguientes alteraciones anatomopatológicas, derivadas de la eliminación de glucosa por la orina.

Lesión de Armanni.—Este autor la describe del siguiente modo: «Las células se transforman en gruesas vesículas, transparentes, hinchadas, redondeadas, y en las que se observan gruesas paredes muy distinguibles; el núcleo, comúnmente pequeño y brillante, se colorea vivamente por la hematoxilina y se encuentra muchas veces cerca de la periferia. Estas células deformadas pueden, en el mismo tubo, ser gradualmente reemplazadas por otras que hayan conservado su forma cilíndrica y su apariencia protoplasmática.» El autor considera estas lesiones como pertenecientes al grupo de *degeneración hialina*.

Lesión de Ehrlich.—Es la misma que acabamos de describir, pero suponiendo que el aspecto hialino es engañoso, puesto que en realidad lo que existe es una verdadera infiltración de glucógeno, como se comprueba por la acción del iodo.

Nuestro Cajal da de estas lesiones una descripción completa, que se encuentra fielmente reproducida en nuestras preparaciones: «el precipitado (de glucógeno) suele comenzar por las células, cuyo volumen aumenta, hialinizándose el protoplasma y atrofiándose y aun desapareciendo el núcleo.» El sabio histólogo marca aquí el error de Ehrlich, pues este autor confunde la degeneración hialina con la infiltración de glucógeno, siendo así que por lo general coexisten ambas lesiones separadamente, como indica también Straus.

Lesión de Ebstein.—Se reduce simplemente á necrosis por coagulación (de Weigert), que se observa principalmente en algunas células epiteliales de los tubos contorneados.

La degeneración albuminosa es, según los autores, una complicación que se observa con relativa frecuencia en los riñones glucosúricos, pero sin relación alguna con la afección.

Si no nos fuera dable presentar pruebas fehacientes de las lesiones por nosotros estudiadas en el riñón floridzínico, podría suponerse que al describir nuestras preparaciones no

hemos hecho otra cosa que copiar lo que ya otros había escrito.

El no citar en la descripción de las lesiones por nosotros observadas la que describe Ehrlich, es sencillamente por no haber tenido ocasión de practicar el ensayo por el iodo.

Sólo debemos consignar ya, sobre este asunto, que todos los internistas están conformes en que las lesiones que se observan en los riñones glucosúricos son secundarias, y no la causa de la salida de azúcar por la orina.

La glucosuria es, pues, el resultado de la actividad de la célula renal, la que trata de regular constantemente la cantidad de azúcar circulante; y las lesiones que se observan son el resultado de esta función, no propia de esta glándula y que sólo la desempeña, á su costa, cuando es imprescindible, por peligrar la salud del sujeto. De aquí que podamos admitir, con Liefmann y Stern, que cuando la diabetes avanza, el riñón se hace cada vez menos permeable (no repetiremos nuestras ideas sobre la *permeabilidad* renal) á la glucosa; y ahora se comprenderá claramente nuestro razonamiento, expuesto cuando indicábamos que la albuminuria aliviaba la glucosuria.

Ocorre lo mismo con el riñón, en nuestro concepto, que lo que pasa con el corazón, según Lambling. El corazón del animal diabético pierde la propiedad de destruir azúcar, y no la recupera á no estar irrigado por sangre normal ó adicionada de extracto de páncreas; fenómeno semejante se va instalando poco á poco, de modo que el corazón normal que empieza á ser irrigado por sangre hiperglicémica, va perdiendo desde este momento, y de un modo paulatino, pero progresivo, su facultad glucolítica.

Para obtener las preparaciones hemos seguido dos técnicas distintas.

Los riñones normales y el de albuminosis fueron incluidos en parafina, pasando por los tiempos siguientes: 1.º, alcohol flojo (45º); 2.º, alcohol absoluto; 3.º, alcohol-xilol; 4.º, xilol; 5.º, xilol parafina; 6.º, parafina blanda (que funde á 42º), y 7.º, parafina dura (que funde á 52º).

Cortados en microtomo Minot y á 10 micras, y pegados los cortes á portaobjetos, se trataron durante dos minutos por xilol, disolvente de la parafina; alcohol absoluto, lavador del xilol, y alcohol flojo. Luego se tificaron:

a) Con hemateína y eosina, con los tiempos que se mencionan á continuación: hemateína, 7 minutos; agua acética, 3; carbonato de litina, 3; lavado en agua y eosina, 2, y lavado en agua.

b) Con la triple coloración de Cajal: azul de metileno, 5 minutos; lavado rápido en agua y picrofuchsina, 2, y lavado en alcohol.

c) Con la triple coloración de Calleja: carmín litinado, 5 minutos; alcohol clorhídrico, 1; lavado en y agua picro carmín de índigo, 2; agua acética, 2, y lavado en agua; y

d) Con el proceder de Van Gieson: hemateína, 7 minutos; agua acética, 3; carbonato de litina, 3; lavado en agua y picrofuchsina, 2, y lavado en alcohol.

Las preparaciones, después de tratadas con estos métodos, se sumergen en bicales con alcohol flojo, alcohol absoluto y xilol, y se montan en bálsamo del Canadá.

El riñón del perro intoxicado con la floridzina fué sumergido, durante una hora, en solución acuosa de formol al 10 por 100, cortado con el microtomo de congelación, teniendo el cuidado de pegar bien la pieza anatómica á la platina y mojarla de vez en cuando con agua salada (para disminuir el punto de congelación y para que el cloruro sódico, al solidificarse el agua, ayude á sujetarla á la platina), y teñidas las preparaciones con hemateína y eosina.

(Se concluirá.)

EL PALUDISMO EN MARRUECOS

El problema de la infección palúdica en Marruecos está señalado de sobra por los médicos españoles.

En este momento tengo delante los trabajos de Romera Domingo (1) y de Blázquez Bores (2) (capitán médico), que lo demuestran claramente.

Este último autor cita datos muy interesantes. No podemos menos de copiar algún párrafo de su Memoria:

«La solución no la hubo y no quedó más remedio que resistir allí el empuje epidémico y escapar como se pudiera y los que pudieran; que quizá no saldrían indemnes 150 hombres de los 800 que próximamente sumaría la posición... Aconteció como tenía que suceder, dada la miseria de los elementos con que luchábamos en relación á la importancia del desenvolvimiento anofeliano, que el batallón quedó diezmado y hubo de ser, á su relevo, dado de baja para todo servicio, no ya por la falta del efectivo, con ser muy importante, sino porque los que se sostenían en filas mal podían rendir su cometido: unos en convalecencia, otros bajo la amenaza de ataques febriles más ó menos periódicos, lo que había recargado sobre los indemnes el cometido de ellos, de tantos servicios inherentes á todo batallón en campaña. Mientras por los hospitales de Ceuta, Tetuán y en la Península andaban rociados más de dos centenares de enfermos, á más de un crecido número en uso de licencia en sus casas.»

Además, tenemos el informe oficial hecho por los señores Pastor, Redondo y Palanca (médicos militares) y Blanco y F. Cid, del Instituto de Alfonso XIII y de la Sanidad interior, respectivamente.

En este artículo nos fundaremos exclusivamente en tal informe, bien documentado, y en el que se marcan orientaciones prácticas muy dignas de estima. Da las bases científicas y prácticas para la resolución del problema.

Iremos resumiéndole y citando aquellos párrafos y datos de mayor importancia.

Ya en la Real orden circular constituyendo la Comisión se lee:

«Es constante preocupación del Gobierno la morbosidad por paludismo en nuestra zona del Protectorado, que al par que disminuye el potencial militar del ejército de Africa, dificulta nuestra acción colonizadora.»

La primera parte del trabajo está consagrada al estudio de los focos palúdicos:

«Yebala.—A excepción de las partes montañosas, toda la región puede considerarse como un enorme foco de paludismo.»

Enferman de paludismo en el territorio de Ceuta-Tetuán: en el año 1917, 5.870 soldados (faltan datos); en el 18, 8.335; en el 19, 4.764; en el 20, 6.177. En el territorio de Larache enferman en esos años: 4.592, 4.082, 6.040 y 4.169, respectivamente.

«Rif.—La morbosidad por paludismo en el Rif ha sufrido un brusco aumento á partir de 1913, en la que casi podría afirmarse tuvo caracteres de epidemia. Ello es consecuencia de que, hasta el momento actual, nada se ha hecho para contenerla, á pesar de las múltiples voces de alarma que se han dado. Buena prueba de ello es que en 1917 sólo hubo 2.448 enfermos; en 1918, 1.737; en 1919, 4.425, y en los diez

meses primeros de 1920 se ha llegado á la cifra de 5.586; en total, en cuatro años, «catorce mil doscientos treinta y seis enfermos».

«Suele ocurrir que los palúdicos son tratados insuficientemente en los hospitales por la necesidad de reservar las camas para otros enfermos.» Según los datos que aportan, muchos enfermos no han estado más de siete á doce días; tiempo muy insuficiente, según ellos mismos apuntan (1). Sin embargo, pasado el período clínico y ya el enfermo curado (al parecer), podría continuarse el tratamiento en los campamentos, siempre que el análisis hubiera demostrado la ausencia de parásitos en la sangre periférica.

En un tercer capítulo estudian las causas que han favorecido el desarrollo de la endemia palúdica en la zona española.

En este capítulo hacen resaltar que todas las medidas tomadas hasta 1920 han sido insuficientes, y dicen: «De lo expuesto se deduce que en nuestro territorio no ha fracasado la lucha antipalúdica, ya que no se puede titular de tal modo á plantar algunos miles de eucaliptos, á dar una dosis escasa de quinina á un grupo de soldados y á instalar unas cuantas telas metálicas en otros tantos barracones, sin cuidarse que el uso y el tiempo los inutilice á poco de usarlos...»

En la cuarta parte exponen las bases para luchar contra el paludismo en nuestra zona. En resumen, proponen la creación de un servicio antipalúdico con personal competente, al mando de un jefe ú oficial médico, verdaderamente especializado, y de otro ingeniero, dedicados exclusivamente á este fin y dotados de relativa autonomía, aunque dependiendo siempre del alto mando y del Instituto de Higiene Militar.

Este servicio contará con personal y material adecuados, tanto de medicamentos, petróleo, etc., como de medios rápidos y propios de locomoción, y deberá fomentar los conocimientos antipalúdicos entre oficiales y tropa. Establecerá la protección mecánica donde sea precisa, instituirá sobre bases prácticas la quininización preventiva y tomará todas aquellas medidas pertinentes que el estudio de cada localidad le sugiera.

Además, proponen la reducción del servicio en Marruecos á dos años, el establecimiento de sanatorios para palúdicos en Africa y la supresión de permisos para el restablecimiento de los soldados palúdicos en sus casas.

Estas últimas medidas son de una grandísima importancia para evitar la llegada á la Península de portadores del paludismo, suprimiendo así el gravísimo peligro de la difusión y el aumento del paludismo en España.

Tratan detenidamente de la manera de poner en práctica todas estas medidas con muy buen criterio, y al final presentan el problema desde el punto de vista económico. Desde 1917 á 1920 (ambos incluidos), se ha gastado sólo en hospitalizaciones por paludismo 6.938.666 pesetas.

En conjunto creemos que esta Memoria puede servir perfectamente como punto de partida para la organización antipalúdica en Marruecos, con ligeras variantes que un estudio más detenido del servicio indicaría.

Además, y á pesar de los inconvenientes que lleva una campaña guerrera, el medio militar es muy adecuado para llevar á cabo las medidas. La disciplina, el número de hombres que quedan en las épocas de campamento libres, y que pueden destinarse á trabajos de saneamiento, etc., hacen factibles muchas medidas difíciles en un medio civil. De

(1) «El paludismo en nuestra zona de influencia en Marruecos...»—*Los Progresos de la Clínica*, 1919.

(2) «El paludismo en el Ejército y su importancia social.—Consideraciones sobre el problema en la zona de Tetuán.»—Tesis doctoral.—1920. (Publicada en *EL SIGLO MEDICO*.)

(1) Para darse cuenta del tiempo de tratamiento es necesario ver: Sadi de Buen: «Datos para el tratamiento del paludismo agudo.» (*EL SIGLO MEDICO*, Enero de 1922.)

ello ha sido buena prueba lo logrado en la campaña de Macedonia por los ejércitos combatientes, entre 1916 y 1918.

Además de las enseñanzas de vulgarización, preconizadas en la Memoria, serían de gran utilidad cursos abreviados a los médicos militares, que en un mes podrían aprender lo necesario para que cada uno de ellos dirigiera científicamente la profilaxia en su campamento, bajo la dirección e inspección del servicio. En Italia, la Cruz Roja ha organizado cursos para médicos e ingenieros civiles y militares, a los que asisten también soldados y enfermeras de la Cruz Roja, que podrían servir de modelo (1). Ya hace un año el doctor Pittaluga ofreció instruir soldados en estas prácticas; pero por causas dependientes de Guerra, que desconocemos, no llegó a efectuarse.

De no llevar a cabo este año la profilaxia, puede el paludismo llegar a límites verdaderamente catastróficos, dado el gran aumento habido en los efectivos a raíz de las nuevas operaciones. Los efectivos militares disminuirían, pudiendo llegar esta disminución a ser un verdadero problema militar, y además, si no se trata bien a los atacados, su vuelta a la Península haría, con toda seguridad, aumentar el paludismo ya presente en cantidades excesivas en algunas regiones.

Más que nada, llevamos a la publicidad estas notas para llamar la atención de que, dentro de muy poco tiempo, empezará la estación palúdica en Marruecos.

Para entonces es absolutamente necesario, es una obligación de Gobierno, que la organización antipalúdica sea un hecho.

Si no se hace, la responsabilidad de las autoridades militares será doble: de un lado, por el número de soldados que podrán ser atacados; de otro, por la llegada a la Península de muchos de ellos aún no curados.

Y si se dispersan descuidadamente estos enfermos por España, ocurrirá:

1.º Que podrán constituirse focos nuevos en algunas zonas que tengan los mosquitos transmisores sin existir el paludismo.

2.º Que podrán aparecer casos graves (de «Laverania malariae») en lugares en que sólo existen enfermos de paludismo terciario benigno.

3.º Que aumentará la importancia, el caudal de enfermos, en los focos ya constituidos.

No sabemos qué medidas habrán tomado el Gobierno y el alto mando; pero si no han pensado y hecho, deben saber que apenas quedan tres meses para que se presenten los primeros casos, y que para entonces ya deben haber empezado los trabajos de lucha antipalúdica, si se quiere que rindan la eficacia debida.

Y además deseo llamar la atención de la Cruz Roja y demás instituciones similares sobre este hecho y decir a todos los que piensan en nuestros soldados, que es la hora de mandar quinina, gasas para mosquiteros y para velos, guantes, botas y demás elementos que pueden ayudar en la profilaxia individual. Así, si las autoridades no llegaran a tiempo, por lo menos nuestros soldados podrían hacer personalmente la profilaxia con los medios que se les enviaran. Claro que estos regalos deberían unificarse por una Comisión (como se ha hecho con ciertos elementos de guerra). A la quinina, etc., deberían acompañar instrucciones claras que dirigieran su uso científico.

De todos modos, la Comisión para el Saneamiento de Comarcas Palúdicas de España, que preside el Dr. Pittaluga, y que prescindiendo de lo que atañe a Marruecos, tiene el

(1) Ver Salvador Gutiérrez: «Un curso de profilaxis antipalúdica en Nettuno (Roma)», *El Siglo Médico*, XII-1921.

deber de preocuparse de la grave cuestión del posible recrudescimiento de los focos endémicos de la Península a consecuencia de la importación de virus, redactará un texto de vulgarización indicando los métodos prácticos a seguir; de ello daré cuenta en un próximo artículo.

DR. SADI DE BUEN

(*El Sol*, 10 de Febrero de 1922)

Periódicos médicos.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Las infecciones secundarias en la fiebre tifoidea, por A. Rodet y S. Bonnamour.**—Las conclusiones de este importante y documentado trabajo, son las siguientes; las asociaciones microbianas son frecuentes en las formas graves y prolongadas de la fiebre tifoidea y en los casos terminados por la muerte. La intervención del enterococo o del estreptococo en el curso de una fiebre tifoidea, es particularmente temible. El «diplococo» de las publicaciones de 1915-1916, señalado como un elemento de mucha gravedad, era muy verosímilmente un enterococo o una variedad intermedia entre el enterococo y el estreptococo. La asociación del estafilococo o del tetrágono, según las observaciones de los autores, supone una gravedad menor. De todos modos, si esta última asociación produce menos a menudo la terminación fatal, se traduce en cambio por complicaciones diversas y constituye un factor de larga duración de la enfermedad. El piocianico, que por otra parte se encuentra rara vez, parece menos temible. Cualquiera que sea su naturaleza, los microbios asociados constituyen una condición de resistencia a la acción del suero antitifoídico; lo mismo que en cualquiera otra enfermedad infecciosa, una asociación puede hacer fracasar una medicación específica. Parece haber una cierta relación entre las infecciones secundarias en el curso de la fiebre tifoidea y la presencia de ulceraciones en el intestino grueso, ya sea que éstas constituyan una puerta de entrada más favorable que las del intestino delgado, ya sea que las ulceraciones del ciego, del colon y del recto reconozcan otra causa que las del fleón y sean ellas mismas la consecuencia de una infección sobreañadida; esta última idea, que los autores formulan a título de hipótesis, se armoniza con el hecho varias veces comprobado por ellos de la discordancia y la falta de sincronismo entre las lesiones del intestino grueso y las del intestino delgado en el mismo enfermo. (*Presse Medicale*, núm. 102, 21 de Diciembre de 1921).—LUENGO.

2. **Sobre la encefalomiелitis de forma mioclónica de origen palúdico, por G. Marinesco.**—En la actualidad, se admite justamente que la localización del virus de esta enfermedad en los diversos segmentos del neuro-eje, puede provocar el aspecto clínico de la enfermedad de Parkinson, de la hebefrenia, de la catatonía, de la corea, de la mioclonia, etc., aunque se pueden encontrar siempre signos diferenciales. Pero a medida que se conozca mejor la encefalitis epidémica y sus condiciones de producción, vendrá el convencimiento de que ha englobado también estados patológicos que no la pertenecen, como por ejemplo, el histerismo y la meningitis tuberculosa. Hasta la forma mioclónica de la encefalitis puede ser simulada por el histerismo y por infecciones diferentes, entre las que debe incluirse también el paludismo. En favor de esta opinión, aporta el autor una prueba anatomoclínica. Se trata de una mujer de veintiséis años, cuya enfermedad empezó con fatiga, anorexia y fiebre. Al poco tiempo se ve obligada a guardar cama y pre-

senta movimientos involuntarios rapidísimos de la mayor parte de los músculos voluntarios, acusados principalmente en las extremidades de los miembros superiores, de las mandíbulas y de los globos oculares, con toda la apariencia de movimientos mioclónicos; los reflejos tendinosos de los miembros están abolidos; pupilas iguales, reaccionando a la luz y a la acomodación. No presenta contractura de los miembros; ligera rigidez de la nuca; pulsaciones, 160. La enferma muere a los veinticinco días del comienzo de la enfermedad. En la sangre, presencia de hematozoarios, y hasta de cuerpos en semiluna. En la autopsia, el encéfalo presenta una coloración grisácea, y aparte de la hiperemia, un ligero punteado hemorrágico de la corteza del cuerpo estrado, y sobre todo, de la sustancia gris de la medula; las meninges están libres. Los vasos están dilatados y de vez en cuando presentan colonias de células plasmáticas y de fibroblastos. La capa adventicia de los vasos está generalmente infiltrada por linfocitos; en el interior de los vasos se observan hematozoarios. En la sustancia gris y en la blanca, se nota una hipertrofia y una multiplicación de las células neuróglícas, especialmente las de la vecindad de los vasos y de las células nerviosas. En la proximidad de los vasos de la sustancia blanca, las células de neuroglia están también multiplicadas, formando una masa que da nacimiento a un nódulo, que no existe más que en la sustancia blanca profunda, ó en la vecindad de la sustancia gris; parecen constituidos estos nódulos exclusivamente por células neuróglícas, pero existen dos reservas para admitir esta opinión; el método de Nisse no es nada favorable para estudiar su constitución histológica, y por otra parte, estas neoformaciones nodulares ofrecen también en el cerebro, el pedúnculo, la protuberancia, el bulbo y la medula, una estructura diferente. De todos modos, pueden distinguirse en los centros nerviosos dos especies de nódulos; los de estructura laxa, en los que predominan las células neuróglícas y otros más densos en relación inmediata con los vasos y constituidos por linfocitos, mononucleares, fibroblastos, á los que se unen raramente algunas células plasmáticas, en su periferia hay, por último, un cierto número de células neuróglícas que parecen aumentadas de volumen, aunque no se han multiplicado notablemente. La investigación del hematozoario en las glándulas (bazo, hígado, cápsulas suprarrenales, ovarios) no ha permitido demostrar de una manera clara su presencia. En el bazo y en el hígado existe una gran cantidad de pigmento negro en los leucocitos y macrófagos que llenan los vasos, pero cree el autor que si hubiera hematozoarios en abundancia, como sucedía en los centros nerviosos, hubiera sido fácil ponerlos en evidencia. Hay que admitir, por tanto, que en este caso los hematozoarios han localizado su acción principalmente en los centros nerviosos, tales como el cerebro, el bulbo y la medula, mientras que el cerebelo solo ha sido invadido ligeramente y los ganglios espinales todavía menos. Diversos autores han señalado la presencia de hematozoarios en el sistema nervioso central, pero la reacción inflamatoria de los vasos, los trombos linfocíticos, son lesiones encontradas sólo excepcionalmente. En lo que se refiere á los nódulos inflamatorios, que podrían designarse con el nombre de «nódulos maláricos», no han sido mencionados en la literatura.

La causa esencial de su producción parece residir en una irritación formativa debida á la presencia de hematozoarios ó de sus toxinas. En efecto, la mayor parte de los nódulos asientan en la vecindad ó sobre el trayecto de los pequeños vasos. En cuanto al mecanismo de los movimientos mioclónicos descritos, es difícil emitir una opinión exacta, dado el estado actual de nuestros conocimientos. (Bull.

de l'Acad. de Medecine, núm. 40, 28 de Diciembre de 1920).
—LUENGO.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Panoftalmía metastásica de origen tifolideo.—El Dr. García Mansilla publica la siguiente, interesante historia clínica:

D. A. F. B., de treinta y tres años, natural de Linares, (Jaén), es sífilítico desde hace catorce años; pero habiéndose tratado con constancia, no tiene manifestación alguna de esta infección y se considera como curado. Goza habitualmente de buena salud y sólo padeció difteria hace veinte años. Es un hombre sumamente obeso.

Durante los últimos ocho días de Febrero de 1921 tuvo fiebre que llegó á 40°, acompañada de saburra gástrica y bastante diarrea. Tratada esta infección gastrointestinal por sellos antisépticos y calomelanos como purgante, se encontraba convaleciente en 1.º de Marzo, si bien quedó con estreñimiento, siendo las deposiciones difíciles y con gran cantidad de sangre.

El día 9 de Marzo apareció ligeramente enrojecida la conjuntiva del ojo izquierdo; pero sin que el paciente notase molestia alguna ni trastorno en su visión. Por la tarde notó, sin embargo, cierta obnubilación pasajera, á la que no dió importancia alguna. Cenó bien, se acostó á las doce y media, y á las tres de la madrugada del 10 se le presentó un escalofrío violento con dolor de cabeza; con fricciones y tazas calientes cesó; se presentó fiebre, que llegó á 39°,5, la cual desapareció á las doce de la mañana con abundantes sudores, y encontrándose bien el enfermo, estuvo leyendo una media hora.

El mismo día comenzó dolor en el ojo izquierdo; se enrojeció, y á las cinco de la tarde el enfermo pierde la vista casi de repente en dicho ojo.

Empezó á aumentar de volumen, á edematizarse los párpados, y considerando el caso de suma gravedad, el médico de cabecera dispone que el día 11 le vea el notable oculista D. Juan Martín Alguacil, quien diagnostica el caso de panoftalmía metastásica, inyectándole en el vientre un frasco de suero antidiftérico y poniéndole una inyección subconjuntival de cianuro de mercurio.

Considerando necesaria una intervención operatoria, dado que el proceso inflamatorio va aumentando, el día 12 el paciente fué traído á Madrid, viéndolo nosotros en nuestra consulta el día 13 de Marzo.

Estado actual.—Enorme edema de los párpados del ojo izquierdo. El globo ocular, inmóvil, está enormemente aumentado de volumen, no pudiendo ser protegido por los párpados. La conjuntiva tiene un color rojo vinoso; la córnea, turbia, blanquecina y rodeada de un intenso quemosis. Hay exudados serosos entre los párpados. Los dolores son moderados, pero se exacerban por la presión.

La temperatura es de 38°. La lengua saburrosa, blanquecina, estreñimiento. Poco apetito. Le disponemos guardecama y no tome sino leche hervida. Las deposiciones son escasas y sanguinolentas.

El ojo se lava con una disolución de cianuro hidrargírico, y se cubre con gasa impregnada de pomada xerofórmica. Le propusimos el desbridamiento del globo ocular, que nosotros consideramos preferible á la enucleación en la panoftalmía.

Día 14.—Amplio desbridamiento ocular mediante una sección horizontal del globo. Salió gran cantidad de pus mezclado con el vítreo. El globo estaba fuera de los párpados y la compresión que sufrió fué tan intensa, que estaban

insensibles la córnea y conjuntiva, y en ésta había placas oscuras de esfacelo. Se instiló cocaína y no tuvo dolor en la incisión. Después que salió el pus se lavó el interior del ojo con sublimado al 1 por 1.000 y aplicó una mecha con gasa idofórmica.

Día 15.—Aparecen placas negras conjuntivales, signos de mortificación por la gran presión que ha sufrido el globo ocular. No hay dolores y empieza la disminución de volumen del ojo.

Día 16.—Sigue esfacelándose la conjuntiva y se desprende una placa negra, que sale adherida á la gasa con que se protege el globo ocular.

Se hacen lavados intraoculares con sublimado y se aplica mecha de gasa, con pomada de xeroformo, con la que también se embadurna el ojo.

Durante los ocho días siguientes se eliminó la escara conjuntival, se fué reduciendo el globo ocular y se separaron los párpados de éste.

En tres semanas más terminó la curación, quedando un muñón movable, sobre el cual se ha aplicado un ojo artificial.

El enfermo en cuestión era anisométrico. El ojo izquierdo era emétrico, el derecho tenía un astigmatismo compuesto hipermetrópico y casi no le utilizaba, puesto que con el izquierdo tenía visión perfecta.

Quiso la fatalidad que el flemón del ojo sobreviniese en el ojo normal, y el paciente tiene que utilizar ahora el derecho, previa la corrección de su ametropía. Con $0^{\circ} + 2 + 3$ para lejos consigue una visión de $\frac{1}{2}$, y con $0^{\circ} + 2 + 6$ lee el número 2 de la escala de Wecker y Masselon.

Consideraciones.—Los hechos clínicos que acabamos de exponer tienen, en nuestro concepto, la siguiente explicación:

El enfermo sufría una infección tifódica ligera, probablemente un paratifo que, aunque sólo duró la fiebre una semana, quedaron lesiones ulcerosas en los intestinos que motivaron el estreñimiento y las deposiciones sanguíneas y malolientes. Acaso en la génesis de estas lesiones haya tenido también alguna parte la sífilis que el enfermo ha tenido y de la que probablemente aún no estará completamente curado.

Cuando el paciente llevaba nueve días sin fiebre, pero con el estado intestinal citado, se desprendió una embolia séptica, cuya entrada en el torrente circulatorio se manifestó por un escalofrío violento á las tres de la madrugada, seguido de alta fiebre y sudores profusos que cesaron á las doce del día, con lo cual el acceso febril duró nueve horas. Encontrándose el paciente sin fiebre se puso á leer, utilizando, como siempre hacía, el ojo emétrico, y al poco tiempo de estar leyendo se enrojece el ojo, aparecen neblinas que le obligan á dejar la lectura y á las pocas horas pierde por completo la visión y empiezan los fenómenos inflamatorios propios de la panoftalmía. Estos trastornos visuales representan la localización de un émbolo séptico en los vasos del interior del ojo, que, encontrando un terreno abonado para el cultivo de los gérmenes, llegó á constituirse el globo ocular en una bolsa de pus. La brusquedad é intensidad de la infección originó la formación de placas gangrenosas en la conjuntiva ocular.

Ante la mencionada panoftalmía metastásica preferimos el amplio desbridamiento del globo á la enucleación en atención á razones referentes al estado local del ojo y al estado general del paciente.

El estado local era un ojo enormemente exoftálmico con la conjuntiva gangrenosa, lo que dificultaría mucho su disección, y los párpados fuertemente edematosos. La enu-

cleación hubiera sido peligrosa, pues los gérmenes intraoculares hubieran podido propagarse á las meninges, á lo largo del nervio óptico.

El estado general es también digno de tenerse en cuenta. La fiebre, aunque no pasaba de 38° , nunca falta; el vientre estaba dolorido y había un estado notable de abatimiento físico y moral en un enfermo obeso y con un pulso sumamente débil.

El amplio desbridamiento no tenía peligro alguno; se hizo con instilaciones de cocaína y en seguida empezó á mejorar el estado local y el general. A los ocho días desaparecieron las heces sanguinolentas y pudo el paciente empezar á tomar pescado, sopa y demás alimentación adecuada al estado de su tubo digestivo. Han pasado ocho meses de la metástasis ocular y el paciente se encuentra completamente bien.

Este caso es interesante, pues es excepcional que en la convalecencia de una tifoidea pueda presentarse una metástasis ocular, ó al menos nosotros no recordamos haber visto ninguna otra de dicho origen. (*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 28 de Enero de 1922.)

2. Queratitis intersticial tuberculosa. Curación rápida con la vacuna antialfa del Dr. Ferrán, por el Dr. J. María Simón (Barcelona).—Se trata de un interesante artículo, referente á un caso de su práctica, que fué tratado con éxito con la vacuna antialfa del Dr. Ferrán, trabajo que tiene el mérito de ser el primero (al menos que nosotros conozcamos) de lesiones oculares, tratado con esta vacuna, y que á la vez encierra una enseñanza, cual es, la referente al resultado, que fué curativo, mientras que dicha vacuna es (según se dice) más bien profiláctica.

La observación se refiere á una mujer, que con motivo de un pequeño traumatismo sufrió una úlcera de la córnea, que curó en pocos días, pero que fué seguida de una infiltración nodular profunda de dicha membrana ocular, que por el aspecto clínico, la demacración y el resultado positivo de la cutirreacción, el autor calificó de tuberculosa. La afección fué acompañada de gran reacción por parte del iris.

Instituyó un tratamiento local en consonancia con la naturaleza de la afección (atropina y iodoformo), y una general, consistente en inyecciones de vacuna antialfa de Ferrán, empezando por $\frac{1}{2}$ c. c., y llegando desde la segunda á 1 c. c., y poniendo hasta 11 inyecciones, distanciadas unas de otras doce ó quince días, por término medio, con lo que las infiltraciones de la córnea llegaron á desaparecer, mejorando el estado general de la enferma y terminando en embarazo felizmente.

Después, interrupción durante seis meses del tratamiento y nueva recaída, con la misma gravedad que al comienzo de la enfermedad, y nuevo tratamiento por la tuberculina antialfa, llegando á ponerle en esta segunda etapa nueve inyecciones, cada una de 2 c. c.; volviendo otra vez á aclararse completamente la córnea.

Termina este trabajo haciendo referencia á la teoría un tanto genial del Dr. Ferrán para explicar la tuberculosis humana, según la cual, las bacterias del grupo de las septicemias hemorrágicas (bacterias alfa) serían transformables en bacilos ácidosresistentes de Koch, en los casos en que los individuos se hacen tales tuberculosos; estando la vacuna en cuestión constituida por estas bacterias Alfa y las bacterias Epsilon (transformación regresiva del bacilo ácidosresistente de Koch), y teniendo un papel principalmente profiláctico sobre la tuberculosis natural, puesto que inmuniza contra el estado producido por las bacterias Alfa, precursor de la tuberculosis propiamente dicha.

El sitio que el autor eligió para las inyecciones, fué la región interescapular. (De la *Revista Cubana de Oftalmología*.)

gía de la Habana, Abril á Septiembre de 1921).—DR. M. MARÍN AMAT.

3. **Algunas consideraciones sobre las heterocromías del iris, por el Dr. Francisco María Fernández (Habana).**—Es un artículo basado en 30 observaciones personales de distinta coloración del iris en cada ojo, anomalía que fué observada incidentalmente en todas ellas y en las que no existían ningún otro síntoma ocular, aparte del que motiva la publicación.

Con este motivo, el autor hace atinadas consideraciones acerca de las teorías que hoy dominan en la Ciencia para explicar esta anomalía ocular y recuerda la que la hace depender de una parálisis del simpático cervical; ocupándose, además, de la sinonimia y de la evolución del color del iris en las distintas edades.

El trabajo de nuestro querido director (1) Dr. Francisco María Fernández, nos ha inspirado para la publicación de otro parecido con motivo de un caso de nuestra práctica, quedándole, por este motivo, agradecido. (De la *Revista Cubana de Oftalmología* de la Habana, Abril á Septiembre de 1921).—DR. MARÍN AMAT.

4. **Caso extraordinario de cuerpo extraño que penetró en la cabeza.**—El Dr. J. A. Hagemann refiere el siguiente caso clínico:

El 4 de Septiembre de 1921, la policía llevó al Hospital Pittsburgh á H. R., italiano, diciendo que acababa de ser herido en la sien izquierda, en una riña con algunos de sus compatriotas. El primer médico que lo vió en el hospital sospechó fractura craneana, aunque no existían síntomas que lo indicasen. Para determinar este punto, se llevó al paciente á la sala roentgenológica. La película reveló la existencia de un cuerpo extraño, probablemente metálico, situado quizá en el medio de la cabeza. El 6 de Septiembre me enviaron al paciente. En esta fecha existía considerable exoftalmos del globo ocular izquierdo, junto con edema de la conjuntiva bulbar, dentro de la fisura palpebral abierta. No se había afectado la visión para contar los dedos. Después de contraerse la mucosa nasal y de emplearse un rinoscopio de Killian, pudo distinguirse el borde agudo de una hoja metálica en ambas fosas nasales, á unas dos pulgadas (5 centímetros) dentro de la nariz, y como á 1 $\frac{1}{2}$ pulgadas (3 centímetros) más arriba del suelo. Encajando una sonda de plata, doblada en ángulo recto, cerca de su punta, sobre el extremo más distante y romo de la hoja, y luego colocando una sonda roma paralela á ella, contra el borde más cercano y más agudo de la hoja, y sacando las dos sondas yuxtapuestas de la nariz, averiguamos que la tenía $\frac{1}{2}$ pulgada (1,3 centímetros) de ancho. En vista de que la extracción por la vía de entrada pondría en peligro, si no destruía la visión del ojo izquierdo, decidimos aproximarnos al extremo puntiagudo de la daga, por vía del antro maxilar derecho. Con este objeto, y estando el paciente bajo anestesia, practicamos una incisión hasta el hueso, á $\frac{1}{2}$ pulgada (1,25 centímetros) sobre el reborde gingival y extendiéndose desde el canino derecho al segundo molar. Elevamos la mucosa y con un cincel de Hajeck practicamos una incisión en el antro, á través de la fosa canina. Agrandamos rápidamente esta abertura, hasta llegar al tamaño de una moneda de cinco centavos por medio de un «rongeur». Después de limpiar con una esponja la sangre del antro, pudimos divisar unos tres cuartos de pulgada (1,9 centímetros) de la hoja, incluyendo la punta, en la porción posterior y superior del seno. Se hallaba incrustada tan firmemente, que no la pudimos mover con pinzas.

(1) Soy colaborador de la *Revista Cubana de Oftalmología* que él dirige.

Por consiguiente, insertamos el extremo de una cucharilla curva en el antro; detrás de la parte de la hoja que sobresalía en el antro, y practicamos tracción poderosa en dirección anterior. Haciendo presión alternativamente sobre la hoja en esta forma y haciéndola oscilar con las pinzas, sacudimos la punta de la daga á través de la perforación en la fosa canina, extrayendo de este modo el cuerpo extraño. Taponamos el antro con cinta yodoformada al 5 por 100 y cerramos la herida con tres suturas de catgut. Sacamos el taponamiento cuarenta y ocho horas después. Mantuvimos un casquete de hielo contra la mejilla derecha durante dos días. El edema de la conjuntiva izquierda duró cosa de una semana. El paciente se repuso sin contratiempo y lo dimos de alta del hospital el 18 de Septiembre.

El arma se había preparado, afilando el reborde de una lima aplastada y el extremo hasta obtener una punta aguda que había penetrado en el extremo izquierdo de la cabeza á 1 $\frac{1}{2}$ pulgada (3,8 centímetros) detrás del canto izquierdo y como á $\frac{1}{2}$ pulgada (1,3 centímetros) sobre la apófisis zigomática del hueso malar. La punta atravesó el músculo temporal y la gran ala del esfenoides, atravesando el suelo de la órbita; luego penetró sucesivamente el lado izquierdo del etmoides, el tabique nasal y el lado derecho del etmoides y sobresalía unos $\frac{3}{4}$ de pulgada (19 milímetros), en la porción superior más interna del seno maxilar derecho. En el conflicto, la hoja se rompió en la punta sobre el suelo de la órbita izquierda y se sacó el pedazo más cercano del mango, ó bien se cayó. No se sospechó la existencia del extremo puntiagudo del puñal, hasta que lo reveló el roentgenograma. El fragmento extraído medía 2 $\frac{3}{4}$ de pulgada (7 centímetros) de largo, 1 $\frac{1}{2}$ pulgada (1,3 centímetros) en su parte más ancha, y tenía un espesor de tres treintadozavos de pulgada (0,024 centímetros) en el extremo romo. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 16 de Enero de 1922)

EN LENGUA EXTRANJERA

5. **Hemianopsia en cuadrante superior; estudio anatómico y clínico, por los Dres. Md. Gourfein Welt y Redaillé (Ginebra).**—Interesante artículo inspirado en una observación, referente á una mujer de cincuenta y cuatro años, que fué á consultarles por trastornos visuales y en la que los autores pudieron comprobar un campo visual (que acompañan) afecto de hemianopsia en cuadrante superior derecho, con conservación de la visión macular y de las porciones correspondientes á las líneas vertical y horizontal del cuadrante en cuestión.

Como antecedentes, mencionan los autores, por su gran interés, que á los dos meses de presentarse el trastorno de la visión, la enferma tuvo una hemiplejía derecha. La reacción de Wassermann fué negativa.

La enferma falleció un mes después de la hemiplejía y en la autopsia pudieron comprobar cuatro focos de reblandecimiento, que radicaban: el primero, en el labio inferior de la cisura calcarina; el segundo, en el tapetum y cápsula interna; el tercero, en la zona de Wernike, y el cuarto, en la cinta óptica izquierda.

Por el aspecto, el primero parecía el más antiguo y á él hacen responsable los autores de la hemianopsia en cuadrante presentada por la enferma.

También deducen del estudio de las lesiones, en relación con la sintomatología: 1.º, que esta hemianopsia coincidiendo con la lesión del labio inferior de la cisura calcarina, habla en favor de la proyección del cuadrante inferior de la retina sobre el labio inferior de dicha cisura; 2.º, que la persistencia de la visión en los meridianos vertical y horizon-

tal, viene en apoyo de la teoría según la cual estos dos meridianos reciben una doble inervación; 3.º, la integridad del polo occipital habla en favor de la hipótesis de que la mácula se proyecta en la parte posterior de la cisura calcarina, y 4.º, que del hecho de que la substancia blanca por debajo del cuerno occipital no esté destruida, se puede concluir que las fibras visuales se dividen en dos grupos, las que se dirigen al labio superior de la cisura calcarina, pasando por encima del cuerno occipital, y las que van al labio inferior de la calcarina, pasando por debajo de este cuerno. (De la *Revue Générale d'Ophtalmologie de Ginebra*, Agosto, de 1921).—**DR. MARIN AMAT.**

6. **Retinitis consecutiva á una etmoiditis (con una magnífica lámina y cuatro figuras), por la Dra. Mad. Gourfein-Welt (Ginebra).**—Observación referente á una mujer de cuarenta años, en tratamiento por una afección nasal, percibió pocos días después de una sesión dolorosa, fuertes dolores de cabeza, hemorragia nasal y ambliopía del ojo izquierdo; siendo seis semanas después cuando se presenta á consultar con la autora.

Esta comprueba exoftalmía hacia fuera, fuerte ambliopía, escotoma central; y por oftalmoscopia múltiples lesiones: estrella de largos radios en la mácula y alrededor de ésta y en disposición ovalada (como en la retinitis circinada) grandes focos blancos de altura diferentes; vena temporal inferior de la retina muy dilatada y pequeñas hemorragias en forma de llama de bujía, en el territorio vascular de la misma.

Por encargo de Mad. Gourfein, la enferma consultó de nuevo con un rinólogo, quien encontró una etmoiditis purulenta del lado izquierdo y pólipos en las células etmoidales. Un tratamiento nasal conveniente determinó una mejoría rápida de la visión, por reabsorción del foco macular, á la vez que la aparición de un escotoma paracentral y la aparición de nuevas hemorragias; síntomas éstos que después desaparecieron.

Con respecto al modo de propagación de la afección etmoidal á la órbita y retina, la autora inculpa á una dehiscencia de la lámina papirácea del etmoides, ó á una perforación de la misma en el curso de la intervención dolorosa; ó bien propagarse por vía venosa, de las etmoidales á las oftálmicas; mecanismo este último por el que más se inclina, si bien la localización macular del proceso, con integridad de la papila, le hace pensar en un embolia venosa retrógrada.

Y en lo referente al tratamiento lo considera causal: evacuación del pus por vía quirúrgica. (De la *Revue Générale d'Ophtalmologie de Ginebra*, Septiembre, de 1921).—**DOCTOR MARIN AMAT.**

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La comida de prueba de Rehffuss, por A. Millier.—

No hay necesidad de señalar el valor del examen radioscópico para el diagnóstico de las enfermedades quirúrgicas del estómago, con cuyo medio, unido al interrogatorio clínico, podremos, en la mayoría de los casos, formular un diagnóstico exacto. Pero no es menos cierto que, con bastante frecuencia, dicho método se muestra defectuoso, no pudiendo ser compensada su insuficiencia más que por las enseñanzas complementarias que proporciona el estudio del quimismo gástrico, que ha vuelto á ocupar en la patología del estómago el lugar preponderante que ocupaba antes del advenimiento de la radiografía, debido principalmente á que en la actualidad poseemos métodos de análisis tan pre-

cisos como variados, entre los que debe ser colocado, en primera línea, el método de los exámenes fraccionados, según la técnica de Rehffuss.

El jugo gástrico se extrae con la ayuda de un tubo de goma roja, suficientemente flexible, de 1 metro 30 centímetros de longitud por 4 milímetros de diámetro. Una de sus extremidades está provista de una oliva metálica, bastante pesada para arrastrar el tubo al punto más declive del estómago, cuya oliva está horadada por aberturas laterales de un diámetro sensiblemente igual al diámetro interior del tubo, el cual lleva además dos señales impresas para guiar el cateterismo. La otra extremidad termina por un tubo de caucho, de un diámetro superior al de la sonda, que está destinado á recibir la extremidad inferior de una jeringa de vidrio.

Para utilizar este tubo basta sencillamente invitar al enfermo á que se trague la oliva como si fuera una gragea, y para hacer con este aparato un examen gástrico, al abrigo de todo error, he aquí como han de sucederse las distintas operaciones:

Por la mañana, y estando el enfermo en ayunas desde la tarde anterior, se procede á vaciar el estómago de todo residuo, para lo cual, una vez introducido el tubo en la forma dicha, se aspira repetidas veces con la jeringa; á continuación se hace acostar al enfermo sucesivamente sobre el dorso, sobre el vientre, lado izquierdo, lado derecho, y en cada una de estas posiciones, se vuelve á aspirar fuertemente con la jeringa á fin de recoger todo el residuo, cuya cantidad y composición química y microscópica serán cuidadosamente anotadas.

Hecho ésto, se ofrece al enfermo la comida de prueba, que puede consistir en el menú de Ewald ó, más sencillamente, en administrar al enfermo 250 c. c. de agua, pues se ha demostrado que la excitación secretoria provocada por este simple líquido sobre la mucosa gástrica, es idéntica poco más ó menos, á la obtenida con los otros procedimientos.

La primera toma de ensayo se hará á los cuarenta y cinco minutos del almuerzo de prueba (técnica simplificada de los Mayo); la segunda quince minutos después, y la tercera otro cuarto de hora más tarde, extrayendo cada vez 20 c. c.

Desde aquí, la conducta á seguir será diferente según las comprobaciones químicas obtenidas.

1.º Antes de nada analizaremos la segunda muestra, ó sea, la extraída una hora después del fin del almuerzo, y si en ella encontramos HCl libre, ya se puede retirar el tubo, pues el examen ha terminado.

2.º Si la segunda muestra no tiene ácido clorhídrico, procederemos á analizar la primera, pues frecuentemente la acidez alcanza su punto más alto á los cuarenta y cinco minutos; y si tampoco en ésta encontramos HCl libre, es preciso dejar el tubo colocado y extraer dos nuevas muestras, con quince minutos de intervalo, pues pudiera ocurrir que nos hallásemos ante una acidez retardada, sobre la cual la única cifra de la tercera prueba constituiría un documento insuficiente.

Gracias á este método podremos determinar, á la cabecera misma del enfermo, de un modo exacto y rápido, la acidez en ácido clorhídrico, al paso de la digestión, y formular durante la sesión el diagnóstico que se deduce de la hiper ó de la hipoacidez comprobadas. (Tesis de París, 1921. *La Presse Medicale*, núm. 4, 14 de Enero de 1922).—**T. R. I.**

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.

La jubilación y el jubileo de Cajal. —La Dirección General de Sanidad. ¿Qué vamos ganando?

El día 1.º de Mayo, cumpliendo el precepto brutal y automático que marca los setenta años de edad como fecha indudable de incapacidad mental para la enseñanza, será separado de ésta el más glorioso de los maestros españoles, el restaurador de nuestro nombre científico ante los países extranjeros, el investigador infatigable, el hombre afable y modesto, en una palabra: *Santiago de Ramón y Cajal*.

Ayer Gimeno, Morales, Rodríguez Méndez, Sagarra, Barraquer y tantos y tantos otros que acuden á nuestra pluma con inspiraciones de protesta, á nuestro corazón con movimientos de dolor y á nuestra mente con acento de indignación. Es decir, que en menos de tres años se han eliminado del profesorado médico español más de veinte profesores eximios en el pleno disfrute de su capacidad mental y en el goce de sus facultades físicas. ¿Habrán sido sustituidos estos ilustres maestros por otros tantos de los que nutren el profesorado, por medio del imperfecto y abusivo procedimiento de oposición que hoy se emplea? Mucho lo dudamos, aunque sea muy sincero nuestro convencimiento del valer de la juventud que se dedica al ejercicio docente. Porque no podrá negársenos que, cualesquiera que sean las capacidades de los maestros improvisados que pasan en pocos años del honroso banco del escolar al sillón del maestro, siempre les faltará esa práctica y experiencia que es más de estimar en el ejercicio de la enseñanza que en ninguna otra manifestación del saber, pues ella requiere condiciones personales de investigación, de cultura gradualmente adquirida y sedimentada de tacto y conducta, que solamente los años dan y que nadie puede suponer sin petulante soberbia, que se poseen de un modo congénito ni siquiera rápidamente adquirir.

Y... pensar que todo esto ocurre á consecuencia del abuso de un mal entendido compadrazgo que, inspirando á los Claustros en el vulgar precepto del «*Hoy por ti, mañana por mí*», daba por aptos á infelices profesores absolutamente inválidos para el ejercicio de su Ministerio.

«*Abyssus abyssum invocat*».

La frase bíblica se ve á diario confirmada: la falta y el error pueden ser celebrados *si vienen solos*, y en Instrucción Pública es muy raro que á

la pisadura de ronzal de un reformador no suceda otra mayor del que le reemplaza hasta llegar, tras rápidos traspiés, á alguno que, como el caballo del Rey de los Hunnos, ponga el pie en donde no vuelva á crecer la hierba; es decir, haga irremediable el último desatino.

Pero volvamos al objeto que inspiraba nuestras primeras palabras: la jubilación de Cajal no puede pasar inadvertida para los hombres cultos, médicos ó no, y todos ellos tienen el deber de despertar la atención nacional acerca del hecho de la necesidad de un homenaje público que sea, al propio tiempo que una compensación al mérito desatendido, una satisfacción del espíritu nacional, deseoso de manifestar la rectitud de su justicia.

Los síntomas favorables á nuestro deseo son tan halagüeños como numerosos: un grupo de fervorosos admiradores ha iniciado la organización del futuro homenaje, que necesita tomar cuerpo y actividad material en personas que no buscan una notoriedad *reflejada*, sino que desean, mediante el sacrificio que tengan que hacer, servir de intermediarios entre el agasajado y los múltiples organismos y colectividades que seguramente han de contribuir al agasajo.

Apenas transcurridos dos días desde el en que se reunió en la Real Academia Nacional de Medicina la Junta de iniciativa y apenas hecha pública la organización imprescindible de la misma, son ya numerosas las adhesiones, cartas, proyectos y ofrecimientos que se la dirigen. Por su parte EL SIGLO MEDICO abre desde hoy una sección especial en la que se contendrán todos los documentos, noticias, datos y ofertas que puedan ser necesarios á nuestros lectores para seguir el desarrollo y la gestión del fausto acontecimiento.

Pero no limitará á esto su acción nuestro periódico, sino que empleando la influencia que la bondad de sus favorecedores le concede, llamará uno y otro día la atención de todos los médicos para que mediante las agrupaciones de índole científica (Academias, Sociedades), las de organización profesional (Colegios, Cuerpos del Estado, de la provincia y del municipio), ó profesionales libres de cualquiera índole que sean, tengan en cuenta que Cajal es hoy para la Medicina española algo más que un hombre, es una bandera, y por su esplendor y su prestigio estamos todos obligados á olvidar diferencias, agruparnos y trabajar con animoso denuedo.

Por de pronto nos permitimos llamar la atención de los Colegios Médicos (con los cuales tenemos la certeza de que la Comisión organizadora cuenta en principalísimo lugar), para que aisladamente, y en conjunto ó Asamblea, envíen representaciones á la fiesta conmemorativa y recursos á la Junta de homenaje sirviendo de organismos propagadores para establecer el contacto entre ella y los médicos españoles todos.

Vemos en la *Gaceta* de hoy, que la Inspección General de Sanidad ha sido transformada en Dirección General. Si la reforma se ha hecho con la idea, á nuestro juicio errónea, de que de esta manera acrece su importancia y su categoría, no hemos de desmentir nuestros convencimientos de siempre y celebraremos la transformación; pero si como nos tememos, puede esto más tarde ó mas temprano hacer que peligre la independencia y la *limpieza de todo vaho político* que siempre hemos procurado que la Sanidad tenga, entonces no dejaremos de censurar la imprevisión informadora de un cambio, que prácticamente no vemos qué resultados puede tener. Pero no es este asunto para tratado improvisadamente, y en el número inmediato analizaremos y razonaremos lo que sobre el caso se nos ocurra.

DECIO CARLAN.

HOMENAJE A CAJAL

Dice *A B C* del día 1.º:

Nuestro querido colega *Heraldo de Aragón*—haciéndose eco de un artículo publicado en el *Heraldo de Madrid*, en el que con motivo de hallarse próxima la fecha de jubilación del gran Ramón y Cajal propone se lleve á efecto un acto de dignificación nacional en la persona de esta gloria de la ciencia española,—se expresa así, con elocuente acierto:

«Efectivamente; en Mayo termina Cajal su vida académica, y por honor de España es preciso que esa fecha constituya la apoteosis del insigne ciudadano, gloria de su Patria y gala de la ciencia.

Zaragoza no puede ni debe ser ajena á ese movimiento nacional, y está obligada á perpetuar de alguna manera el nombre de Cajal. ¿Cómo?

El *Heraldo de Aragón* cree que son los médicos aragoneses los que deben decidirlo, y un homenaje sencillo y solemne de estímulo constante á la juventud médica sería el emplazamiento frente á nuestra Facultad de Medicina de la estatua, el busto ó un pequeño monumento á D. Santiago Ramón y Cajal, cuya inauguración podía ir acompañada de un acto en el que intervinieran todas las Facultades y Escuelas especiales y todos los centros docentes zaragozanos.

Ese busto, estatua ó monumento, debe ser obra de la clase médica, sólo de ella, estudiantes y médicos, con una excepción: la cooperación del Ayuntamiento, para que no falte la representación genuina de la ciudad, y la del *Heraldo de Aragón*, por tratarse de un aragonés, colaborador de este periódico en varias ocasiones.»

Y termina *Heraldo de Aragón*—con el cual estamos com-

pletamente conformes en la necesidad patriótica de que se efectúe esa solemnidad—diciendo que en este homenaje hay que sumar cuanto representa algo en la intelectualidad aragonesa y aun fuera de ella, ya que no puede olvidarse que Cajal es hijo de la región y digno hermano de Joaquín Costa.

Una carta del Dr. Recasens.

El ilustre Dr. Recasens nos remite la siguiente carta:

«Excmo. Sr. D. Torcuato Luca de Tena, director de *A B C*.

Mi distinguido amigo: Leo en la Prensa de hoy que el ilustre rector de la Universidad de Zaragoza, Sr. Royo Villanova, ha recogido la generosa indicación del *Heraldo de Aragón* para que sea honrado, como España entera debe haberlo, en ocasión en que por mandato de la ley ha de jubilarse de su cargo de catedrático de la Universidad Central, el maestro de todos, D. Santiago Ramón y Cajal.

Es muy natural que Zaragoza quiera ocupar un puesto señalado y especialísimo en el homenaje que la nación entera ha de rendir al gran aragonés. De todos modos, séame permitido comunicar al público todo, por mediación de usted y de su periódico, y muy en particular á los médicos españoles, á los estudiantes, á los profesores de Universidad, á los universitarios en general, que el Claustro de la Facultad de Medicina de Madrid, que tengo el honor de presidir, y al cual pertenece D. Santiago Ramón y Cajal, siente desde hace tiempo la honda emoción con que, en el mes de Mayo próximo, habrá de ver alejarse de su seno al hombre incomparable que todos admiramos y queremos. Y como decano de la Facultad, é intérprete de un pensamiento común, me he permitido convocar hace ya días á una reunión preparatoria á los elementos más representativos de la clase médica de Madrid, para que se constituyera una comisión nacional encargada de dar forma y expresión adecuada al fervoroso sentimiento de profunda admiración y de gratitud que todos profesamos al maestro.

La Comisión ó Junta para solemnizar la jubilación de D. Santiago Ramón y Cajal quedó en efecto constituida, y ha de dar comienzo inmediatamente á sus trabajos. La preside, por el ruego insistente mío y de los presentes, el presidente de la Real Academia Nacional de Medicina, D. Carlos María Cortezo, en quien los años no han entibiado el entusiasmo por las causas nobles y elevadas, y han intensificado, si cabe, la entrañable amistad para D. Santiago. Será secretario general de la Junta el Dr. Pittaluga, cuya devoción al maestro no necesito encarecer y cuya identificación con los nobles propósitos de los numerosos discípulos de D. Santiago, muchos miles de ellos ya ilustres por sus trabajos científicos, como Calleja, Tello, Lafora, Del Río, Hortega, Gayerre y tantos otros, logrará seguramente la cooperación unánime, de todos los médicos españoles.

Pero sepase, desde luego, que esta iniciativa nuestra, muy naturalmente surgida del seno de su Facultad, y amparada por el calor del afecto de sus compañeros de profesión ha de transformarse, por nuestro propio vivísimo deseo, en actuación de la nación entera, y que el homenaje que hemos de ofrecer á Cajal en coincidencia con su jubilación, ha de ser homenaje nacional, testimonio del respeto y del cariño de todos los ciudadanos al hombre ejemplar, que guardando íntegra en su corazón la fe en los destinos de la Patria, ha contribuido, más que nadie quizá, á engrandecerla con sus obras, á elevarla con su esfuerzo, en la estimación de propios y extraños.

Es de usted, señor director, atento y afectísimo seguro servidor y amigo, q. e. s. m., *S. Recasens*.—Madrid, 28 de Febrero de 1922.»

El Sr. Cortezo, presidente de la Comisión del homenaje á Cajal, ha recibido la siguiente carta:

«Excelentísimo Sr. Dr. Cortezo.

Muy distinguido y admirado señor: Leo en la Prensa la idea de ustedes de rendir un homenaje á Ramón y Cajal, y ella me inspira esta carta, que desearía que acogiese usted con bondad.

Yo no la he consultado con mis compañeros y obro, por consiguiente, por cuenta propia; pero creo que el Arma de Infantería, de la que soy el más humilde soldado, se honrará mucho que de su seno salga la idea de un homenaje, ya que el modesto sabio formó en sus filas, que es honor que aun de reflejo nos enorgullece.

El homenaje á Ramón y Cajal no puede ser una de esas fiestas de percalina y desfiles que se otorgan en España á cualquier señor medianamente relacionado. Nuestro sabio pertenece á la Humanidad. Además, es preciso que su gloriosa vejez quede asegurada con el esplendor que requiere una «alhaja nacional», ya que como tal puede ser visitada por extraños. Por todas estas razones propongo sin más preámbulos lo siguiente:

Días anteriores á la jubilación del sabio profesor se sorteará una lotería extraordinaria con premios aproximadamente como los de Navidad, que se llamará «Lotería Ramón y Cajal». Es el único medio que podría producir cinco ó seis millones de pesetas, que se emplearían en comprar un soberbio palacio en sitio céntrico y constituir una renta para que el gran maestro pueda vivir con aquel lujo que los sabios suelen tolerar por la grandeza de su país.

El acto de entregarle su casa podría celebrarse con toda suntuosidad, y aun pudiera ser en Salamanca, invitando á todos los rectores de las Universidades del mundo, que verían de modo ostensible que España premia á sus sabios, sin dejarlos morir de hambre, olvidando tristes tradiciones.

Creo estar seguro que el país y aun el mundo entero sabría acudir al llamamiento y habría dinero sin mendigar y exponerse á un fracaso. Por ello me he permitido escribirle esta carta, que ruego disculpe, al menos por la veneración que tengo al genial hombre de ciencia.

Es siempre de usted con la mayor consideración muy devoto y seguro servidor y admirador que l. b. l. m., *Coronel García Caminero.*

Cuenca, 2 de Marzo de 1922.»

Preparatorios y postparatorios universitarios.

La *Gaceta* del 25 de Febrero último publica un Real decreto, fechado la víspera, en el cual el señor ministro de Instrucción Pública da otro toquecito á la cuestión universitaria, que ya no me atrevo á llamar «autonomía» de la Universidad española.

En ese nuevo documento oficial hay una «macedonia» de asuntos heterogéneos, como: duración de los estudios en cada Facultad, importe de sus respectivas matrículas, certificaciones de aptitud para el examen de Estado, traslados á otras Universidades, derechos por trabajos prácticos, Asociaciones escolares reconocidas, escalafón y sueldo por el Estado de los actuales catedráticos «aunque pasen á otra Universidad autónoma», enseñanzas complementarias de las fijadas en los planes mínimos, reuniones bienales de la Asamblea interuniversitaria, *supresión de los cursos preparatorios* en las Facultades de Derecho, Medicina y Farmacia, contubernio de la primera de ellas con *otras* Facultades,

otros contubernios de la segunda y la tercera con la de Ciencias, etc.

De esa macedonia, de esa ensalada rusa, de ese pisto manchego, no es posible tratar en un artículo, ni tampoco merece más de un artículo. Por tanto, hablaré de los extintos «preparatorios» y de los «contubernios» entre Facultades, ó sea de la singular materia pedagógica universitaria novísima ministerial.

En las llamadas carreras civiles especiales (arquitectos, ingenieros de todas clases y otras), así como en las militares (ejército y armada), para comenzar los estudios propios de cada una hay que someterse á unos, más ó menos fuertes, y numerosos ejercicios de ingreso, cuyas materias representan árdua *preparación* de absoluta necesidad. Eso ocurre, no sólo donde hay un limitado número de plazas de alumnos, sino también en las Escuelas oficiales superiores donde no hay limitación en el número de alumnos que pueden admitir á sus peculiares enseñanzas.

El nuevo documento gacetil, en su artículo 6.º, dispone lo siguiente:

«Desde el próximo año académico *quedarán suprimidos los cursos preparatorios* para los alumnos de las Facultades de Derecho, Medicina y Farmacia.

»Las Facultades (así, en plural) de Derecho tendrán el deber de establecer *como obligatorias las enseñanzas de otras Facultades* (también en plural) *encaminadas á cultivar el espíritu de los juristas.*

»Para aspirar al certificado de suficiencia será necesario á todos los alumnos de la Facultad de Medicina haber cursado y aprobado, con carácter obligatorio, *cursos breves* de Física general, Química general é Historia Natural en la Facultad de Ciencias. Ambas Facultades, de común acuerdo, determinarán en su plan de estudios la intensidad, forma, época y duración de dichos cursos.

»Las asignaturas de Física médica, Química médica é Historia Natural aplicada á la Medicina correrán actualmente á cargo de la Facultad de Ciencias, con programas redactados de común acuerdo con la Facultad de Medicina.

»Las Facultades de Farmacia y Ciencias podrán *manejarse* cuando lo creyeren conducente á fines docentes ó científicos, para la colación de enseñanzas é instituciones comunes.»

¿Por qué se suprime el *preparatorio* en las tres Facultades profesionales antedichas? ¿Es porque sus asignaturas correspondientes no hacen falta ninguna, no necesitan saberse, quizá conviene que se ignoren para comprender mejor las demás disciplinas académicas? A los futuros abogados y boticarios les quitan en redondo las enseñanzas que hasta el curso actual constituían el año preparatorio. A los futuros médicos, no.

La Física (*general y médica*), la Química (*general y médica*), la Historia Natural (*pura y aplicada á la Medicina*), se conservan «con carácter obligatorio», y hasta parecen *duplicarse* (dos Físicas, dos Químicas, dos Historias Naturales, una de ellas *general* y otra de ellas *médica*), tal como está redactado oficialmente el párrafo de referencia.

Sólo que, desde el próximo curso, en vez de ser una *enseñanza preparatoria*, serán una *enseñanza postparatoria*. No habrá que saber palotada de esas Físicas, Químicas é Historias Naturales *puras* y con aplicaciones *médicas*, antes de estudiar Fisiología, Higiene, Patología general, Terapéutica. Medicina legal y Toxicología.

¿Es mucho más lógico y práctico que el alumno asclepiade apruebe *postparatoriamente* los cursos breves de tales enseñanzas *expresparatorias*... cuando al término de sus estudios médicos necesite solicitar el certificado de aptitud ó su-

ciencia para sufrir el examen de Estado. ¿Tendrá esto que ver algo con el apotegma aritmético y algebraico de que «el orden de factores no altera el producto»? Yo no lo entiendo, soy muy negado.

Bueno. Y esos *cursos breves* nonnatos ¿cuánto durarán en el año académico? Parece que si los *cursos no breves* son de *sesenta horas* en 365 días (366, si es año bisiesto)... con *seis u ocho horas anuales* (pongan os *diez horas*, por un exceso de concienziosidad pedagógica), irán muy bien servidos esos *cursos breves (brevis et breve)*, que han de apañar las Facultades de Medicina y Ciencias para sustituir el *preparatorio* por el *postparatorio*.

Además, es preciso contar con que la Física, la Química y la Historia Natural, constituyen asignaturas del *último año del Bachillerato*, lo cual viene á ser una solidísima y reciente preparación para cursar el primer año en la Facultad de Medicina. ¡Con lo bien que se enseña y lo mucho que se aprende en los Institutos *generales y técnicos* (¡vaya un titulito sin pretensiones!), gracias á los magníficos planes y excelentísima organización de la *segunda enseñanza*!

Quedamos, pues, en que el Bachiller en Artes tiene en el último año de los estudios del Bachillerato un buen *preparatorio* de Medicina. (Cuando yo me *bacalaureé* decíamos los *bacalaureados*: «Bachiller en Artes, burro en todas partes».)

Con ese *preparatorio bachilleril* y esos *cursos breves postparatorios*, los mejores alumnos de Escuelas van á saber no «una barbaridad», sino *muchísimas barbaridades*. ¡MIL PESETAS!

DR. LUIS MARCO

De los claustros extraordinario y electoral.

HOMENAJE AL DOCTOR ISLA

A últimos del mes de Diciembre próximo pasado dimos cuenta de la jubilación del Dr. D. Enrique Isla y Bolomburn, como decano del Cuerpo Médico Farmacéutico de la Beneficencia Provincial, é hicimos constar el sentimiento que este suceso ocasionó en cuantos por algún motivo tenían relación con dicho señor. El jueves, 23 de Febrero, los amigos, admiradores y discípulos del Dr. Isla quisieron manifestarle su cariño y gratitud por el desvelo y desinterés que siempre puso en atenderlos, celebrando en su honor un banquete en La Huerta. Concurrieron numerosos representantes de la Diputación Provincial, la mayoría de los profesores de la Beneficencia provincial, mandando su adhesión los que por algún motivo no pudieron asistir en persona y gran número de alumnos internos. A pesar de tratarse de un acto de intimidad y familiaridad, al final de la comida el presidente de la Asociación de alumnos internos que organizó el banquete leyó unas cuartillas ofreciéndole y manifestando de la manera magistral que sabe hacerlo el Sr. Cajado, cuál era el estado de ánimo de todos los presentes y cuán grande el placer de los internos al ver que su decano, jubilado «por viejo» en virtud de una ley inexorable, dedicaba ahora todas sus energías á enseñarles medicina operatoria mejor que pudieran hacerlo muchos jóvenes. Hicieron uso de la palabra después el Dr. Castelo, decano actual de la Beneficencia provincial, y el presidente de la Diputación. Todos elogiaron al festinado en los términos que merece. Por fin, el Dr. Isla dió las gracias á todos. A pesar de la emoción que sentía, sus palabras fueron elocuentísimas, pues no necesita preparación alguna quien como él está acostumbrado á expresar noblemente sus sentimientos. Todos los asistentes quedaron sumamente complacidos del acto.

El Dr. Pulido y la obra del Dr. Ferrán

En sus cuarenta años de labor científica y profesional, habrá sentido el Dr. Ferrán momentos de desfallecimiento, engendrados por las amarguras á que dan lugar la indiferencia, el prejuicio, y aun las injusticias oficial y social; pero, sin duda alguna, también ha experimentado momentos de legítima satisfacción, unas veces, quizás las menos, de procedencia exterior, y las más de ellas, de esa satisfacción íntima, subjetiva, que sólo produce el convencimiento del éxito.

De estos *días gratos*, de la vida de Ferrán, es, seguramente, uno de los más significados, aquél en que se le presenta como desinteresado y espontáneo paladín de su obra, tan bizarro campeón como el Dr. Pulido.

Porque, cuando los hombres llegan á adquirir la legítima autoridad profesional del Dr. Pulido, no es fácil hallarlos propicios á popularizar sus actividades, y aun á intensificarlas, poniéndolas á la devoción de la obra ajena, ofrendando como los más poderosos elementos de dichas actividades, un verbo cálido, sugestivo y archidocumentado, una envidiable laboriosidad y una pluma, cuyos primores de justeza y pulcritud de estilo, conocen bien los españoles, médicos y profanos.

Viene esto á cuento de reseñar la comida con que el martes último obsequió el Dr. Pulido á una bien dirigida selección de diversos elementos sociales, y conste que, al elogiar esta selección, comienzo por declarar que yo asistí con un carácter puramente representativo. Políticos, publicistas, sanitarios, médicos y una brillante representación de la Prensa, fueron reunidos hasta el número de 50, escuchando la brillante disertación, en la cual y durante la sobremesa, ensalzó el Dr. Pulido la meritoria obra del Dr. Ferrán, y en la cual alternaron los vibrantes tonos de la más espontánea de las loas, con los dejes amargos inspirados en el recuerdo de hostilidades, ingratitudes, etc.

Nosotros no nos consideramos suficientemente documentados para juzgar la obra del Dr. Ferrán, pero sí nos consideramos aptos á la sugestión por el respetuoso cariño que profesamos al Dr. Pulido; así que de continuar comentando este acto nos expondríamos á mostrar descarnadamente á los lectores de EL SIGLO MEDICO ó los defectos de nuestra cultura, ó los excesos de nuestro afecto.

Entre los comensales, fueron repartidas las dos obras que con este objeto escribió el anfitrión; una de ellas, *Vae inventoribus magnis*, está íntegramente destinada á relatar la historia del descubrimiento de la vacuna contra el cólera morbo, y la odisea de su autor desde 1885.

La otra, *Precursor, representativo y mártir*, se ocupa, exclusivamente, de la historia y experimentos que en la actualidad se realizan con la vacuna *antialfa*, para combatir la tuberculosis. Ambas, primorosamente editadas, contienen gran número de interesantes fotografías.

Tenemos entendido que la edición de estas obras es muy numerosa, y que se está repartiendo con profusión en el extranjero: esto nos hace suponer, que también ha de difundirse en España, pues su gran interés requiere su penetrabilidad, hasta los médicos más alejados de los grandes centros.

Asistimos al acto los ministros de Gobernación y Gracia y Justicia, el conde de Romanones y los señores Bullón, Alcalá Zamora, conde de G. meno, Grinda, Calleja, Martín Salazar, Verdes Montenegro, Banco, Eleizegui, García Drán, Hernández Briz, Palacios, Omedo, Malo de Poveda, Morayta, Codina, Yagüe, Ruiz Albeniz, Huertas (hijo), Marañón,

Recasens, Argente, Aguilar, Fernández Caro, Moya, Tabuyo, Montero, Campua y otros muchos, entre los que figuraba el que firma estas líneas, que asistió por no poderlo hacer su padre.

VICTOR M. CORTEZO.

Homenaje de gratitud.

El Cuerpo de médicos del Registro civil, justamente agradecido al interés que por la mejora de sus intereses demostró el actual ministro de Gracia y Justicia, Excmo. Sr. Dr. D. José Francos Rodríguez, acordó el nombramiento de dicho señor como su presidente honorario, y el día 23 de los corrientes tuvo efecto la ceremonia de entrega de una espléndida y artística placa de plata, en que consta dicho nombramiento, avalado con las más prestigiosas firmas de los médicos del Cuerpo. Reunidos en el despacho oficial del ministro los comisionados para dicho acto, el Dr. D. Eduardo Masip Budesca, presidente del Cuerpo de médicos del Registro civil de Madrid, dirigió una sentida salutación al Sr. Francos, haciéndole presente el agradecimiento de los compañeros de toda España y significándole las esperanzas de todos ellos porque se vean atendidas las justas mejoras científicas y profesionales de que el Cuerpo se halla necesitado. Dióle cuenta de las adhesiones llegadas de Barcelona, Zaragoza, Valencia, etc., etc., y del deseo de que sea por él presidida la Asamblea que se ha acordado celebrar en Madrid los días 25, 26 y 27 del próximo Mayo.

Expuso la forma y fondo de dicha Asamblea, constituida por dos secciones, una científica y otra profesional, é indicó algunas de las ponencias que en ellas se han de discutir, como las de unificación del escalafón del Cuerpo y entrada en él mediante oposición sobre materias especializadas, ascenso dentro del escalafón, etc., intervención de los médicos del Registro civil en los reconocimientos de los recién nacidos y en el de los matrimonios á celebrar, así como en los de petición de ciudadanía.

Las justas y elocuentes palabras del Dr. Masip, subrayadas por el atento asentimiento del Ministro, fueron contestadas por el Sr. Francos con un cariñoso acogimiento de la distinción que se le hacía, y en su conciso discurso sobre materias que han sido siempre su programa de labor en la Cartera hoy ocupada por él y de lo que son prueba confortadora para los médicos españoles su actuación y sus palabras en la apertura de los Tribunales, en cuyo acto expuso tan maravillosamente la relación estrecha de la Justicia y la Medicina en los tiempos modernos, dió, á más de la prueba de su penetración con tan justas aspiraciones y perentorias necesidades, nuevamente la seguridad de su apoyo y aliento para su logro.

Lamentó el señor ministro de Gracia y Justicia que la angustiosa situación económica á la que han debido amoldarse los presupuestos que se presentarán en breve á las Cortes, no le hayan permitido resolver de mo-

mento muchos de estos problemas, que no por eso deja de estudiar en la esperanza de dejarlos con viabilidad de solución rápida.

Terminó aceptando gustoso la presidencia de la Asamblea general del Cuerpo de Médicos del Registro civil para el mes de Mayo y enviando su saludo á todos los compañeros de España.

Verdaderamente complacidos y alentados con este sincero é importante acto, cuyo peso en los destinos del Cuerpo de Médicos del Registro civil no es necesario encomiar, dieron por terminada su gestión los comisionados para su celebración tan cumplidamente llevada á cabo.

Asistieron los Sres. Banqueri, Brusi, Ortiz, Redondo, Laguardia, Flores, Labrada, Velasco, Montenegro, Villaron, González, San Pedro, Carralero Gil y Cortezo y Collantes.

LA MUERTE DE DUPUYTREN

Dupuytren, en una ciencia de hechos, fué un hombre de acción. En él hubo que admirar tanto el genio de su invectiva teórica, como una facultad prodigiosa de aplicación.

Sus descubrimientos científicos, á pesar de su número é importancia, no permiten colocarle al lado de J. L. Petit, de los Pott y de los Desault; mientras que esa maravillosa facilidad con la cual él sorteaba los casos más graves; esa fecundidad de recursos, en medio de complicaciones desesperadas; ese admirable golpe de vista; esa infalibilidad de juicio y de mano, hicieron de él el primer práctico en una ciencia en la que la práctica marcha del brazo de la teoría.

Puede creerse que su carácter debió resentirse de la naturaleza especial de los trabajos á los cuales su genio le había destinado. El hombre que diariamente tenía entre sus manos poderosas la vida de tantas personas, cuyos diagnósticos eran decretos inapelables, no podía hacer gran caso de esta pobre y triste humanidad, que tan de cerca veía era tan poca cosa. El corazón se habituaba á ver sufrir. Para estos hombres privilegiados que se poseen de su arte desde tanta elevación; para estos mariscales de la ciencia, las existencias aisladas no pueden ser ni considerarse más que como soldados, que es necesario, en ocasiones, sacrificar para ganar alguna gran batalla.

Es preciso decir que, á pesar del respeto debido á tan grande hombre y á semejante tumba, Dupuytren, más que ningún otro, se dejó llevar á considerar la vida y las cosas humanas con un profundo y triste desdén. Su carácter era duro, frío, despótico. Él aplicaba en el mundo, en sus relaciones exteriores, esta rigurosa y despiadada inflexibilidad, que hacía temblar en el hospital á sus discípulos y subordinados. Exageraciones populares cuentan actos sangrientos de este desprecio soberano que él tenía por la Humanidad, y no nos costaría muchos esfuerzos el referir aquí hechos de los que nuestra memoria está bien surtida. Sus colegas estaban ofendidos de su orgullo y de sus pretensiones

de dominio absoluto. La retirada de Pelletan, á quien debía atenciones y deferencias y que fué provocada por Dupuytren, reavivó y especializó estas antipatías. Por lo demás, cuando Orfila, Larrey, Pariset, Bonillaud, Royer-Collard, etc., pronunciaron sobre su tumba, todavía abierta, el más magnífico elogio del padre de la Cirugía moderna, ninguno de ellos se atrevió á ir más allá, ni á otorgar uno de esos elogios banales formulados anticipadamente á los sentimientos privados, virtudes del hogar, dulces y afectuosas, del hombre que la muerte acababa de arrebatár. Se lamentaba la pérdida de Dupuytren; nadie le lloraba.

Impulsando hasta los últimos límites sus doctrinas absolutas de positivismo, Dupuytren se encarnizaba, con la tenacidad más excesiva, contra lo que él llamaba las utopías especulativas, cada vez que encontraba ocasión de combatirlas bajo cualquier forma. Por grados su antipatía llegaba á la execración.

Su alta posición en la corte de la Restauración le arrebató algunas concesiones por estos principios sostenidos tan resueltamente. Conocida es la frase del duque de Maillé. En una misa celebrada en la capilla del castillo de Saint-Cloud, Dupuytren dejó caer ruidosamente y en el momento de alzar su voluminoso libro de Horas, guarnecido con grandes broches. La duquesa de Angulema dijo elevando los ojos: «He aquí á Monsieur Dupuytren, que pierde sus horas.» «Pero que no pierde su tiempo», respondió el duque de Maillet. Pero este disimulo resignado de Dupuytren, que aparentemente parecía costarle poco esfuerzo, le irritaba y acrecía más su profunda antipatía contra unas ideas que no eran las suyas y los que las defendían.

Dupuytren trabajaba incesantemente, y pocos hombres han llevado una existencia tan activa como la suya. En verano como en invierno se levantaba á las cinco. A las siete estaba en el Hospital de donde salía á las once. Hacía entonces su visita y volvía á su casa para recibir á los enfermos en consulta.

Aunque los despachaba con una velocidad casi brutal, eran tan numerosos cada día, que á menudo la consulta duraba hasta bien entrada la noche.

Un día que se había prolongado aún más tarde que de costumbre, Dupuytren, agotado de fatiga, iba á descansar un poco, cuando un visitante rezagado se presentó á la puerta de su gabinete.

Era un anciano de pequeña estatura y en el que habría sido difícil adivinar la edad. Su rostro, lleno y rosado, y sobre el cual se veía que la navaja de afeitar no había tenido necesidad de pasar, tenía algo de regordete, lindo y pulido. Si hubiera sido más joven, hubiera recordado el tipo de los querubines inflados y adornados de blancas alas que se ciernen alrededor de la gloria de María. Bajo una tupida red de numerosas arrugas, pero ligeramente incindidas, tenía una boca pequeña, una nariz aguileña, finamente dibujada; sus pies y sus manos eran como todo lo demás, de miniatura. En sus ojos azules, en su fisonomía y en su gesto, respiraba una timidez, una dulzura y una bondad exquisitas. Era de esas fisonomías felices en las cuales la vista se posa con satisfacción. Considerando el rostro

sosegado y apacible del viejecito, no se habría creído en otro mejor, sintiéndose invenciblemente atraído hacia él y experimentando la necesidad de quererle. Llevaba en su mano derecha una corva cayada, y su pequeño cuerpo iba cubierto con un traje completamente negro. Saludando, mostraba una amplia tonsura: era un sacerdote.

La mirada de Dupuytren se fijó sobre él, melancólica y fría.

—¿Qué tiene usted?—le dijo secamente.

—Señor doctor—respondió dulcemente el cura—, le ruego me permita sentarme; mis pobres piernas están ya un poco envejecidas... Hace dos años se me presentó una inflamación en el cuello. El médico del pueblo (yo soy cura de X, cerca de Nemours), me dijo al principio que no tenía importancia; pero el mal ha ido en aumento y al cabo de cinco meses, el absceso se ha abierto solo. He estado en cama algún tiempo, sin conseguir mejoría, y me he visto obligado á levantarme porque soy solo para atender á cuatro pueblos y...

—Enséñeme el cuello.

—...no es—continuó el anciano obedeciendo—que estas buenas gentes no me hayan ofrecido reunirse todos los domingos en X... para oír la misa; pero ellos trabajan tanto durante la semana que no les queda más que ese día para descansar. Yo me he dicho: «no es justo que todo el mundo se moleste por mí». Y después, usted ya sabe, hay las primeras comuniones, la Catequesis... Monseñor quería esperar aún para enviarme un compañero que me ayudase. Entonces, mis feligreses me dijeron que viniera á París á consultarlo. He estado vacilando algún tiempo antes de decidirme porque los viajes cuestan mucho dinero y yo tengo muchos pobres en mi parroquia; pero ha sido necesario hacer lo que han querido y he tomado el coche... He aquí mi mal, señor doctor—dijo tendiendo su cuello.

Dupuytren le examinó largo tiempo. El cuello del enfermo presentaba un agujero de cerca de una pulgada de diámetro y muy profundo. Era un absceso de la glándula submaxilar complicado con un aneurisma de la arteria carótida. El caso era talmente grave, que Dupuytren se admiró de que el enfermo pudiera tenerse en pie delante de él.

Separó ampliamente los labios de la llaga y escrutó los alrededores por una presión dolorosa, capaz de producir un desvanecimiento. El paciente no se estremeció lo más mínimo. Cuando Dupuytren hubo terminado su examen, le volvió bruscamente la cabeza que tenía entre sus dos manos y mirándole fijamente le dijo en su cara con una siniestra inflexión de voz:

—¡Pues bien, señor abate, con esto no hay más que morirsel!

El sacerdote recogió su ropa y envolvió su cuello sin decir una palabra. Dupuytren seguía siempre con los ojos fijos en él. Cuando hubo acabado su cura, el clérigo sacó de su bolsillo una moneda de cinco francos envuelta en un papel y la depositó sobre la chimenea.

—Yo no soy rico, y mis pobres son bien pobres, se-



ñor doctor — dijo con una adorable sonrisa: — perdonadme si yo no puedo pagar más cara una consulta del doctor Dupuytren... Soy feliz de haber venido á veros; al menos ya estoy preparado para lo que me espera. Acaso habría usted podido — agregó con una extrema dulzura — anunciarme esta gran noticia con más precaución. Tengo sesenta y cinco años, y á mi edad sabe uno á qué atenerse respecto de la vida. Yo no os guardo rencor por eso, porque no me ha sorprendido, pues esperaba desde hace mucho tiempo este momento. Adiós, señor doctor, voy á morir á mi presbiterio.

Y salió.

Dupuytren se quedó pensativo. Este alma de hierro, este genio poderoso se quebraba como un frágil cristal ante aquellas sencillas palabras de un pobre anciano, desgraciado y enfermo, que había tenido entre sus anchas manos y con el que él había creído poder divertirse. En este cuerpo débil y lacerado, él había encontrado un corazón más firme que el suyo, una voluntad más enérgica que la suya, y un ser más fuerte que él.

Se lanzó de repente hacia la escalera; acaso no quería confesarse todavía vencido. El curita descendía lentamente las gradas, apoyándose en la barandilla.

— ¡Señor abat! — gritó. — ¿Quiere usted hacer el favor de subir?

El cura subió.

— Hay quizá un medio de salvarle, si usted quiere que le opere.

— ¡Eh! Dios bondadoso, señor doctor — dijo el abate despojándose con alguna vivacidad de su garrota y sombrero, — pero si yo no he venido á París más que á eso. ¡Opere, opere todo lo que usted quiera!

— Pero acaso hagamos una tentativa inútil, que será larga y dolorosa.

— ¡Opere, opere, señor doctor! Yo aguantaré todo lo que sea preciso. ¡Mis pobres feligreses se pondrán tan contentos!...

— Pues bien, va usted á ir al Hotel-Dieu, sala de Santa Inés. Allí estará usted perfectamente, y las hermanas no le dejarán que carezca de nada. Descanse usted esta noche y mañana, y pasado mañana por la mañana...

— Está dicho, señor doctor, muchísimas gracias.

Dupuytren trazó sobre un papel algunas palabras que entregó al cura. Este se fué al hospital, donde la Comunidad entera acudió á instalarle en una camita cubierta de ropas muy blancas. Cada una le proveyeron de almohadas y obsequiaron con jarabes, colmándole de atenciones. El curita no sabía cómo agradecerlo.

A los dos días los quinientos ó seiscientos alumnos que diariamente seguían las lecciones del maestro, apenas estaban reunidos, cuando Dupuytren llegó. Se dirigía hacia la cama del clérigo, seguido de este imponente acompañamiento, y empezó la operación.

Dupuytren sajava y cortaba con el cuchillo y las tijeras. Sus pinzas de acero sondaban el fondo de la llaga y cogían las fibras que él torcía y ligaba inmediatamente. Después la sierra levantaba rechinando frag-

mentos cariados del maxilar inferior. Las esponjas escurridas á cada momento, devolvían la sangre que corría á oleadas. La operación duró veinticuatro minutos. El sacerdote no frunció las cejas. Solamente cuando los pechos que le rodeaban se separaron juntos, jadeantes de atención y de temor, Dupuytren le dijo:

— ¡Se ha terminado!

El cura estaba un poco pálido.

Dupuytren le vendó él mismo.

— Creo que todo marchará bien — le dijo amigablemente. — ¿Ha sufrido usted mucho?

— He procurado pensar en *otra cosa* — respondió el cura y se adormeció. Dupuytren le examinó un instante en un profundo silencio... Después hizo correr las blancas cortinas de la camita sobre sus varillas de hierro, y la visita terminó.

El cura se había salvado.

Todas las mañanas cuando Dupuytren llegaba, por una extraña infracción á sus costumbres, se pasaba las primeras camas y comenzaba la visita por su enfermo favorito. Más adelante, cuando éste pudo levantarse y andar algunos pasos, Dupuytren, acabada la clínica, iba adonde él, le cogía del brazo, y del suyo, y armonizando su paso con el del convaleciente, daba con él una vuelta á la sala.

Para quien conocía la dura indiferencia con la que Dupuytren trataba habitualmente á sus enfermos, este cambio de conducta era inexplicable.

Cuando el cura se encontró en estado de soportar el viaje, solicitó permiso de las hermanas y del doctor, y se marchó á reunirse con sus feligreses.

Algunos meses después, llegando Dupuytren al Hotel Dieu, vió avanzar hacia él al cura, que le esperaba en la sala de Santa Inés. Llevaba su hábito negro de costumbre, pero iba lleno de polvo, y sus zapatos de hebillas estaban todos blancos; se habría dicho que acababa de hacer un largo camino á pie. Traía una gran cesta de mimbre, al brazo, bien atada con bramantes, y de donde asomaban briznas de paja. Dupuytren le acogió cariñosamente y después de haberse cerciorado de que la operación no había tenido ninguna consecuencia peligrosa, le preguntó lo que venía á hacer á París.

— Señor doctor — respondió el abate; — hoy es el aniversario del día en que usted me operó; yo no he querido dejar pasar el 6 de Mayo sin venir á veros y he tenido la idea de traeros un pequeño obsequio. He puesto en mi cesta, dos hermosos pollos, de mi gallinero, y peras, de mi jardín, como acaso no coma usted en París. Me ha de prometer usted pero esto con seguridad, probar un poco de todo esto.

Dupuytren le apretó afectuosamente la mano. Le convidó á comer con él; el cura no aceptó, pero con sentimiento. Sus instantes estaban contados, y le era indispensable volver en seguida á X...

Dos años aún, el 6 de Mayo, vió Dupuytren llegar al pequeño clérigo, con su inevitable cesta y sus inevitables pollos. El doctor recibía esta visita con especial emoción.

Por esta época fué cuando Dupuytren experimentó los primeros ataques de la enfermedad, ante la cual su

ciencia, por inmensa que era, debía ceder. Partió para Italia, pero sin esperanza de ser salvado por este viaje, que la Facultad, reunida, le había obligado á emprender. Cuando volvió á Francia en el mes de Marzo de 1834, su estado parecía haberse mejorado; pero esta mejoría sólo era aparente, y Dupuytren lo sabía bien. Se veía morir: tenía contados sus instantes.

Su carácter se hizo mucho menos expansivo todavía, y más sombrío á medida que se aproximaba el término fatal.

Acaso, en estas últimas y tristes horas, esa soledad moral, ese aislamiento que él se había preparado con anticipación tan cruelmente, y que le ponía frente á frente con la muerte, le dieron un solemne aviso...

De pronto llamó á M..., su hijo adoptivo, que velaba en el gabinete de al lado.

—M..., le dijo—escribe;

«Al señor cura de la parroquia de X, cerca de Nemours.

(Seine-et-Marne).

Mi querido capellán: el doctor necesita de usted ahora. Venga pronto, acaso llegue demasiado tarde. Su amigo, *Dupuytren*.»

El curita acudió al punto. Permaneció largo tiempo encerrado con Dupuytren. Nadie supo lo que ambos hablaron; pero cuando el abate salió de la alcoba del moribundo, sus ojos estaban llenos de lágrimas y en su fisonomía brillaba una dulce exaltación.

Al día siguiente, Dupuytren llamó al arzobispo de París.

Era el 8 de Febrero de 1835.

Dupuytren acababa de morir.

El día del entierro, el cielo desde por la mañana estaba tristemente cubierto de nubes grises. Una lluvia menuda y continua, mezclada con nieve, helaba á la multitud inmensa y silenciosa que llenaba la plaza de Saint-Germain-l'Auxerrois y el vasto patio de la casa mortuoria. La iglesia Saint-Eustache apenas podía contener el cortejo. Tras la carroza mortuoria, los discípulos llevaron el féretro á hombros hasta el cementerio.

El curita siguió al convoy llorando.

No pretendan ver aquellos que lean estas líneas, una intención dogmática, y no se molesten en indagar el pensamiento del que las ha escrito. Refiere esta historia, simplemente, como se la contaron, sin otro propósito que persuadir ó instruir, porque es una historia verdadera y se refiere á un gran hombre.

NADAR.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 14 DE MAYO DE 1921.

La escoliosis llamada habitual y sus modernos tratamientos.

El Dr. SLOCKER expone algunas consideraciones á la comunicación del Dr. Decref sobre escoliosis, y dice que la ex-

periencia de este profesor no puede compararse con ninguna de la de los médicos cirujanos, toda vez que ha sido de los primeros que empleó los medios incruentos, y nadie mejor que él ha podido analizar con una crítica severa el resultado de los tratamientos que se han empleado para combatir la escoliosis.

Refiere que en otra ocasión ya expuso á la Academia una nota clínica sobre injerto de tibia en una columna vertebral; que el Sr. Decref tiene razón al afirmar que el tratamiento incruento no consigue el efecto que se busca; que no es lo mismo la técnica para un niño de nueve años que cuando el enfermo es adulto; que la intervención no consiste sólo en inmovilizar la columna vertebral, sino también en el tratamiento de la tuberculosis vertebral con el que se obtiene además que no grave el peso del cuerpo.

Llama la atención sobre la necesidad de deslustrar, de extirpar, de quitar todo el cartílago que protege las superficies articulares de las apófisis transversas para que el callo consolide la columna vertebral.

El Dr. DECREF, al rectificar, dice que su modesta comunicación responde á su alegato de muchos años al tratar estos enfermos por variados procedimientos más ó menos acertados, que ha ido desechando por ineficaces.

Se fija en el hecho recordado por el Dr. Slocker respecto a los injertos óseos en casos de mal de Pott; que en efecto, es una enfermedad que destruye, generalmente, el elemento óseo de más resistencia de la columna vertebral, que es el cuerpo de la vértebra, y el primer problema que hay que plantear es la desgravación de dicha columna, ya que su mismo peso hace aumentar la destrucción del hueso, y el segundo problema es curar una infección general que ataca á dichos huesos y á otros elementos, de la columna vertebral; y dice, que todo lo que se ha hecho para desgravar la columna vertebral, estando el enfermo de pie, ha sido completamente inútil porque no hay nada que pueda desgravarla estando el individuo en esa posición, y no es nuevo el procedimiento, porque ya lo emplearon Hadra y Chipault (mucho antes de hacerse los injertos) con las suturas metálicas, para sujetar la columna vertebral por las apófisis espinosas, sin resultado, no precisamente por el modo de suturarlas, sino por la mala sustitución de la mecánica vertebral. Que la desgravación de la columna vertebral debe hacerse en la posición de decúbito supino por ser el mejor procedimiento; y si va acompañada del tratamiento general, se corrigen las deformidades y se obtiene la curación de la columna, incluso sin anquilosis, respetando toda su función, si se hace antes de que los elementos articulares se destruyan. De modo que, como procedimiento de descarga, no ha encontrado nunca que un injerto ó una sutura de las vértebras pudiera hacer lo que hace la posición horizontal. En los casos de mal vertebral de Pott lumbar, la curación y la inmovilización es fácil, y entonces son aceptables la suspensión por las axilas, un corsé, que es bastante para inmovilizar la columna vertebral y sustituir, aunque malamente, la posición horizontal, que empleada en los comienzos del mal, cuando aun no ha habido destrucción de elementos articulares, ó muy escasos, se obtiene la curación, logrando evitar la anquilosis y restituyendo toda la función articular.

Y volviendo el Dr. Decref al tema escoliosis, dice que del procedimiento de Abbott él fué el primero en presentar á la Academia algunos casos, después de haberlo visto aplicar al autor y apreciar sus resultados en unas fotografías hechas por el mismo en las que no creía. Que tanto él como Lorenz, cuando asistió á la Asamblea de la Sociedad Alemana de Cirugía ortopédica, se manifestó allí, que tal procedimiento iba contra la Anatomía patológica de la escoliosis, y

que no era posible que saliera bien, y en efecto, así sucedió. Y añade el Dr. Decref: hay que averiguar bien en qué consiste la escoliosis, porque se ha considerado como una enfermedad, y es precisamente un síntoma de una porción de enfermedades, y separando todas estas escoliosis que tienen sus causas determinantes bien definidas en clínica, la misma tuberculosis y una porción de lesiones que la determinan, precisamente habrá un hecho que era, que se mezclase la escoliosis habitual en lo que se llama escoliosis esencial. De aquí que nunca se ha convencido de que un niño que, porque escriba una hora en la escuela, se torciera la columna vertebral, y que á uno le pasara esto y á otro no; y observando que las niñas son las que más padecen la escoliosis, en esa evolución de niña á mujer, dedujo que el mal tenía por causa una lesión de las múltiples que hoy se estudian referentes á secreción interna, y tal presunción la expuso ya en 1910.

El Dr. Decref añade que por primera vez practicó el tratamiento incruento de Lorenz en la luxación congénita de la cadera; que operó á muchos niños que habían andado hasta los cuatro, cinco ó seis años con una cadera fuera de su sitio, por lo tanto, con un acortamiento, por lo menos, de unos cinco centímetros en una pierna, y con la columna vertebral herida, y había obligado que esos niños que habían andado siempre en esa actitud viciosa, que era mucho más que la de escribir y mucho más sostenida, á todas horas, eran operados de su deformidad, y la columna vertebral no había adquirido en esa postura ninguna deformidad su anatomía, y su función se restableciera por completo. No era, por tanto, la actitud escolar la que producía la deformidad, sino la lesión que determinaba la falta de resistencia en el tejido óseo de las vértebras. La frecuencia de las escoliosis en las niñas era también muy significativa, porque resultaba que la lesión empezaba principalmente por la región lumbar y dependía de que, precisamente en la época de desarrollo, esta insuficiencia de secreción interna influye en el desarrollo de la pelvis y de la última parte de la columna vertebral, y precisamente allí se originaba en la mujer la escoliosis con mucho más frecuencia que en otras partes, y éstas las padecían con mucha más frecuencia que los hombres.

El Dr. Decref al hablar del procedimiento quirúrgico de Albee, dice que existe un caso en que quizás es de una aplicación extraordinaria: se refiere á la forma de escoliosis denominada de la asociación de la parálisis infantil con la insuficiencia endocrina. Así, por ejemplo, los niños que han tenido lesiones de parálisis infantil atacando á los músculos del cuello, y al mismo tiempo han tenido en el período de crecimiento una insuficiencia endocrina, la deformidad toma un aspecto completamente distinto del que tiene en general la escoliosis: un sitio en donde la acción muscular es mayor que en el resto de la columna vertebral, y esta porción toma el aspecto que adoptan generalmente las escoliosis, y en cambio, en la región de la parálisis la deformidad adquiere un aspecto asombroso. Por lo tanto, cuando en la columna vertebral ocurre esto con exageración, y deja de tener la rigidez y resistencia necesaria para su función, ¿no sería conveniente hacer un injerto y sujetar la columna vertebral, dada la importancia que tiene como sostén de una porción de vísceras importantes? Parece que sería ya un caso para intervenir, con exacto juicio, de un modo cruento, anquilosando dicha columna en buena posición; mientras, no hay derecho á anquilosarla contando con procedimientos de curación sin anquilosis.

Y dejando esto aparte, fija su atención en otro problema interesantísimo: el del tratamiento general de estos enfermos, que por no haberlo seguido han fracasado todos los

procedimientos, que á la postre no eran más que uno de tantos para desgravar la columna vertebral con el fin de borrar la deformidad, pero en cuanto se quitaban los apoyos ésta aumentaba. De aquí las ventajas que ha obtenido aprovechándose del tratamiento general tanto en los enfermos de tuberculosis vertebral como en los de escoliosis, como ocurre en el siguiente caso: Se presenta un escoliósico, con deformidad avanzada, dolor en una vértebra á los movimientos y á la percusión; se explora la columna y se encuentra una ó dos vértebras lesionadas, es decir, que sobre el proceso de descalcificación que existía en aquella columna vertebral, viene otro proceso, el de la tuberculosis vertebral; y en estos casos no hay que tratar al enfermo como escoliósico, sino como pottico, por el decúbito supino en sus canales ó *gotieras*, y tratamiento general apropiado; y así se consigue que las desviaciones de la escoliosis se disminuyan por la desgravación, mejoran las deformidades, y por el tratamiento general, se ataca la causa del reblandecimiento óseo que determina dicha escoliosis.

El Dr. SIMONENA interviene para llamar la atención al Sr. Decref sobre un punto que dice ha tratado, referente á escoliosis por lesiones musculares, más concretamente, por atrofia muscular, y que en estos casos el tratamiento debe ser gimnástico. Y á este propósito cita el método de gimnasia, llamado por los alemanes *Kriechen*, ó sea el reptar, que está precisamente destinado á esta clase de escoliosis. El *Kriechen* ó reptación hace que los músculos atrofiados se desarrollen, pues mediante tal modo de moverse, los que están inactivos entran en movimiento y van poco á poco adquiriendo su tamaño normal, siempre que la atrofia no sea irremediable, y corrigiéndose por su acción las posiciones viciosas de la columna vertebral. Cita un caso suyo en que con tal procedimiento se ha corregido una escoliosis bastante acentuada, y por consecuencia, antes de llegar al método quirúrgico debe intentarse en casos semejantes un tratamiento gimnástico, ya que, por desgracia, está todavía tan extendido el error entre los médicos y cirujanos de que toda escoliosis exige un tratamiento por lo menos ortopédico, y muchas veces quirúrgico.

El Dr. DECREF dice, que como el Sr. Simonena no ha oído su comunicación, no es extraño que hable del procedimiento gimnástico como observación á su discurso, pues dice, que precisamente de lo que se ha ocupado es del tratamiento gimnástico. Respecto al método que propone es el de Klapp, y que la palabra *Kriechen* en español se llama *gateo*, y duda de que con ese método ni con ninguno haya visto curar tantos casos de esta deformidad, y, por lo tanto, se atiene en este punto á lo que ha dicho. Por lo demás, añade el Dr. Decref, que tal procedimiento lo viene empleando muy cerca de veinte años, desde que lo inició su autor en Bonn. Que lo que estaba discutiendo ahora con el Sr. Stocker era de los tratamientos quirúrgicos, que nada tienen que ver con el *Kriechen*.

Dr. CESALDO

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 714,1, ídem mínima, 710,9; temperatura máxima, 17°,5; ídem mínima, 0°,1; vientos dominantes, SO. OSO.

Los afectos catarrales del aparato respiratorio continúan presentando mejor aspecto y disminuyendo en número; los del aparato digestivo, también de índole catarral, aumentan algún tanto.

Son numerosos los casos de sarampión benigno en la infancia. La mortalidad sigue disminuyendo.

Crónicas.

Muerte de la superiora de un hospital.—Comunican de Orihuela que en Torrevieja ha fallecido la superiora del hospital, sor Teresa de la Concepción, que inauguró el benéfico Establecimiento, hace veintidós años.

Parece, según los datos recibidos, que la muerte de esta monja ha sido sentidísima, que por sus condiciones caritativas y bondadosas la hacían disfrutar de las simpatías de toda la región.

Números del Microscopio.—Ponemos en conocimiento de los señores que toman parte en el sorteo del MICROSCOPIO que Á TODOS LOS QUE HAN SOLICITADO los números para la rifa y se hallaban dentro de las condiciones que oportunamente señalamos, les han sido servidos, y, por tanto, deben poseerlos á esta fecha.

Hacemos esta aclaración por si alguno no le hubiese recibido por extravío, caso en el cual debe reclamarlo antes del sorteo, y porque otros suponen que en esta Administración se les conserva.

Los señores que en estos casos estén, repetimos, lo soliciten á la mayor brevedad, que con la misma serán servidos.

Queja de los médicos y farmacéuticos de Sevilla.—El día 16 por la mañana visitó al gobernador de Sevilla una Comisión de médicos y farmacéuticos para darle cuenta de las deudas que tienen con dichas clases varios Ayuntamientos de la provincia y para denunciarle que en Lora del Río funciona ilegalmente una farmacia. El gobernador ofreció poner término á dichos abusos.

Comentario: Si además de no pagárseles lo que se les adeuda tienen la competencia del intrusismo, deben estar contentísimos nuestros compañeros, y mucho más las autoridades.

Nuevos médicos militares.—El *Diario Oficial del Ministerio de la Guerra* ha publicado la siguiente relación de alféreces alumnos ascendidos á tenientes médicos:

Don Antonio Sierra Forníes, D. Martiniano Caño Ledesma, D. Eduardo Orense Rosende, D. Francisco Aberico Sánchez, D. Alonso Encalado y Ruano, D. José Díez Díaz, don José María García Delgado, D. Rafael Andrés Blanco, D. José Hermida Pérez, D. Antonio Rosell Santomá, D. Tomás Duaso Olasagasti, D. José Gonzalez de la Higuera, D. Mariano Madruga Jiménez, D. Julio Atenza Crespo, D. Francisco de los Ríos Lechuga, D. Carlos Fernández, D. José Riera Pers, D. Miguel Terreros Pérez, D. Manuel Massa Palop, D. Francisco Revenga Sanz, D. Esteban Hernández Piá, D. Gilberto Cendre Sendra, D. Antonio Romero García, D. Fernando Aparicio de Santiago, D. Lorenzo Iribas Daoiz, D. Hermenegildo Balmori Díaz, D. Emilio Granados Gómez y D. Luis Muñoz Mateo Montoya.

El Congreso de Estudiantes en Buenos Aires.—Los trabajos preparatorios para el Congreso Internacional de Estudiantes, que ha de celebrarse en Buenos Aires en Septiembre próximo, se hacen con la mayor actividad y entusiasmo por las juventudes universitarias de Hispanoamérica.

La Comisión plenipotenciaria argentina, que estuvo en Madrid el mes pasado, creó una Secretaría especial para España, que está encargándose de organizar los trabajos necesarios con el fin de que los estudiantes españoles estén en el Congreso de Buenos Aires dignamente representados.

Esta Secretaría la constituyen los Sres. Carranca, presidente de la Asociación de Estudiantes Hispanoamericanos, que representa la totalidad de los estudiantes americanos residentes en Madrid; Sánchez-Hernández, vicepresidente de la Unión Nacional de Estudiantes de España, y Díaz Aguirreche, delegado de la Facultad de Ciencias de Madrid.

El domicilio de la Secretaría es la Residencia de Estudiantes (Pinar, 17), donde deben dirigirse todos los asuntos referentes al Congreso.

La Beneficencia en Madrid.—El gobernador ha hecho pública la cuenta detallada de los gastos ocasionados durante el pasado mes de Enero en el Campamento de Yesserías, en la Colonia Benéfica del Trabajo y en los Comedores de Alfonso XIII.

En el primero, los gastos totales son 17.800 pesetas; en la segunda 9.315, y en los comedores, 1.651.

Inspección de hospitales en Córdoba.—La marquesa del Mérito y otras damas visitadoras giraron una inspección el día 23 de Febrero á los hospitales, Asilo de la Madre de

Dios y Casa Católica, cuyos soldados enfermos se trasladarán al Hospital de San Pelagio para unificar y atender mejor la obra de su hospitalización.

El Ayuntamiento de Granada pide la construcción de un hospital clínico.—En la sesión del Ayuntamiento de Granada celebrada el día 23 de Febrero se ha aprobado el presupuesto, con solo un voto en contra. Se acordó pedir al Gobierno que incluya en el próximo presupuesto la cantidad necesaria para la construcción del Hospital clínico.

Donativos al Colegio de Huérfanos.—Dr. José de Bustos y Miguel, médico que ejerce en Salamanca, ha enviado como donativo para el Colegio de Huérfanos de Médicos, 100 pesetas. Dr. Manuel Bernal, que ejerce en Corrales (Huelva), ha remitido 12. También han sido entregadas 25 por D. Teodoro Rojo, de Torquemada.

Quejas justificadas.—Son más numerosas que nunca, en proporción considerable, las reclamaciones que hasta nosotros llegan de los señores suscriptores de provincias que reciben tarde ó no reciben algunos números de nuestro periódico. Por nuestra parte nos hemos quejado al señor director de Comunicaciones, pues es verdaderamente inconcebible cómo habiendo aumentado considerablemente el número y mejorado en condiciones los señores funcionarios de Correos, las distribuciones que les están encomendadas se hacen cada día de un modo más deficiente. Como no creemos ser los únicos á quienes esto ocurra, sería cosa de que la Prensa, sobre todo las Revistas, hiciera una moción colectiva encaminada á procurar el remedio de estas irregularidades.

La lucha contra las epidemias.—El Gobierno polaco, basándose en el acuerdo tomado por la última Asamblea de la Sociedad de Naciones de Ginebra, referente á la organización de conferencias continentales ó regionales, acaba de pedir al presidente del Consejo de la Sociedad de Naciones que convoque con urgencia una conferencia europea en Varsovia para buscar mancomunadamente los medios más eficaces para luchar contra las epidemias (tifus, cólera y fiebre recurrente), que amenazan extenderse á toda Europa.

Bioplastina Serono.—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.

SIL-AL

SILICATO DE ALUMINIO PURÍSIMO
Laboratorio Gamir, Valencia.—J. Gayoso, Madrid.

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