

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Curiosidades clínicas, por el Dr. B. Carreras.—Inmunización artificial en tuberculosis, por Ramón Viñegas.—Inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general), por el Dr. Manuel Marín Amat.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.—Aspectos generales de la lucha antipalúdica, por el Prof. Massimo Sella.—Bibliografía, por Antonio Fernández Martín.—Periódicos médicos.—Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—El lenguaje médico, por el Maestro Ciruela.—Al Sr. D. L. S., por C.—Homenaje á Cajal.—Documento parlamentario.—Sociedad Española de Higiene.—Sociedad Ginecológica Española.—Sección oficial: Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios

CURIOSIDADES CLINICAS

POR EL

DR. B. CARRERAS (Madrid).

A) CASO RARO DE CUERPO EXTRAÑO CONJUNTIVAL

En materia de cuerpos extraños oculares en general, y de la conjuntiva en particular, se han presentado casos verdaderamente extraordinarios y algunas veces extravagantes, interesantes todos ellos siempre por las enseñanzas que encierran, ya que las diversas circunstancias que pueden acompañar al accidente hacen en ciertas ocasiones muy difícil el diagnóstico, á menos que, aleccionados por la experiencia propia ó ajena, se piense, aunque sea en último término, en la verdadera causa de los trastornos que aqueja el enfermo. Es, por ejemplo, un caso que se ha dado varias veces el de un paciente que habiendo recibido un cuerpo extraño en el saco conjuntival, pasados unos minutos de molestias desaparecen éstas, deduciendo el accidentado en consecuencia, que el cuerpo extraño ha abandonado su ojo. Luego, pasado mucho tiempo, á veces semanas enteras, se le presenta un catarro conjuntival violento, que en modo alguno se le ocurre relacionarlo con el accidente, al parecer pasajero, sufrido semanas antes, que á lo mejor ha olvidado completamente, y acude entonces á

un oculista que trata en vano de atajar el proceso conjuntival, hasta que al fin, puesto en sospecha por la rebeldía de la afección, se decide á practicar un examen minucioso del fondo de saco conjuntival superior, en donde, con gran sorpresa suya y estupefacción del paciente, encuentra el *cuerpo del delito* en forma de cuerpo extraño, á veces muy voluminoso (brizna de paja, barbas de una espiga de trigo, etc.). En otros casos la naturaleza del cuerpo, el sitio y modo de implantación son tales, que pueden desorientar al clínico, y sólo disponiendo éste de medios de exploración muy adecuados, podrá vencer las dificultades diagnósticas inherentes al caso. A este número pertenece la observación que vamos á relatar.

La señora de A., de cincuenta años, habitante en un piso de la misma casa que vive el autor de estas líneas, me manda un recado por su muchacha á las ocho horas de la mañana del 26 de Enero del pasado año 1921 para pedirme si puedo recibirla en seguida, pues un ojo la ha privado de descansar en toda la noche. A los cinco minutos estaba la paciente en mi despacho refiriéndome que el día anterior había estado en un cine con sus hijas, y que durante la exhibición de películas notó bruscamente como si la hubiera entrado alguna partícula en el ojo, y que al parpadear, por ver si así se le marchaba, todavía la molestaba más. El examen hecho por personas de su familia tratando de descubrir el presunto cuerpo extraño había sido infruc-

tuoso. Por fin, viendo que las molestias palpebroconjuntivales la habían impedido conciliar el sueño, había decidido que yo la viera lo antes posible.

La paciente presenta un ligero edema limitado al borde libre del párpado superior derecho. El globo ocular muestra una hiperemia muy poco acentuada, pero difusa y algo más marcada en la región periquerática superior. No hay secreción conjuntival, pero sí un lagrimeo marcado y un pequeño grado de fotofobia. El fondo de saco conjuntival inferior, la conjuntiva bulbar y la córnea aparecen libres de todo cuerpo extraño. Practico la eversión del párpado superior para ver si está alojado en el surco subtarsal, ó en cualquier otro punto de la conjuntiva palpebral, y nada veo de particular. El mismo resultado negativo da el examen del fondo de saco superior, convenientemente desplegado con ayuda de una varilla de cristal. En vista del resultado poco convincente de esta exploración y de haberme asegurado de que no había erosión corneal ni conjuntival, mediante la instilación de una gota de solución saturada de fluoresceína, decidí, por si se trataba de un cuerpo extraño muy pequeño ó bien de una partícula de una substancia transparente y, por tanto, poco visible, cocainizar el ojo y practicar un lavado abundante de todo el saco conjuntival, pasando luego una torunda de algodón, mojada en solución de cloruro sódico al 14 por 1.000, por los fondos de saco y por la conjuntiva tarsal superior. Con la cocaína desaparecieron las molestias; pero advertí á la enferma que si volvía á sentirla de nuevo no tardara en presentarse otra vez. Por la tarde volvió, diciendo que el alivio sólo le había durado cerca de una hora y que sentía ya otra vez las mismas molestias que antes, sobre todo en el párpado superior. Esta vez, previa cocainización del ojo, practiqué un examen de la conjuntiva tarsal en la cámara oscura y con iluminación oblicua, focal. De este modo, explorando lentamente la mucosa, milímetro á milímetro, descubrí, hacia la parte media del párpado y á 2 milímetros del borde libre, un puntito blanco ligeramente prominente, que hacía el efecto de un absceso microscópico subepitelial. Con el objeto de ver mejor de qué se trataba, examiné á la enferma con el microscopio corneal de Czapski, y vi con sorpresa que debajo de aquel, al parecer, pequeño absceso la conjuntiva dejaba transparentar un diminuto cuerpo oscuro. Sin dejar el microscopio corneal (pues nada de eso era visible á simple vista), traté de extraer aquel cuerpo extraño con una aguja de Dupuytren, y al pinchar el supuesto pequeño absceso, debajo del cual se transparentaba el cuerpo negruzco, como un resorte que se distiende, salió bruscamente, unos 2 milímetros, una pestaña enclavada en pleno tarso, y cuyo bulbo piloso, blanquecino, era el que, recubierto ya por el epitelio conjuntival, ofrecía el mencionado aspecto de un absceso microscópico. La pestaña, que acabé de extraer con una pinza de depilación, no medía menos de 8 milímetros, y su punta era de una fineza incomparable. No hay para qué decir que si grande fué la estupefacción de la enferma, que se marchó satisfecha y curada, no lo fué menos la mía, por lo extravagante del caso.

Ahora bien; ¿cómo pudo esta pestaña entrar y alojarse entera en el espesor del párpado? En efecto; lo más sencillo sería suponer que se había alojado entre la conjuntiva palpebral y el tarso, pero en este caso, aun prescindiendo de lo íntima que es la unión de la mucosa con el tarso para permitir la introducción de un filamento tan largo, la pestaña debía de haberse visto por transparencia á través de la mucosa, como se veía su última porción con el microscopio corneal. No estaba, pues, alojada allí. No quedan ya más que dos hipótesis. La primera es, que la pestaña después de haber atravesado todo el espesor del fibrocartilago, quedara entre éste y el orbicular ó entre este músculo y la piel. Esta hipótesis no la creo defendible, pues es difícil imaginarse cómo una pestaña haya podido atravesar un cuerpo tan duro como el tarso en toda su espesor. Rechazada esta suposición, no queda ya más que la única que á mi juicio es la verdadera. La pestaña se alojó en el mismo espesor del tarso. ¿Cómo? De la siguiente manera: Supongamos que la pestaña, suelta, con los movimientos palpebrales es cogida entre el bulbo y el párpado inferior hasta la mitad, ó más, quedando la punta hacia arriba, y que al bajar bruscamente el párpado superior (en los movimientos reflejos del parpadeo), se clava la punta de la pestaña en la conjuntiva tarsal de dicho párpado superior, á 2 milímetros del borde libre, y que en la última fase del descenso del párpado, la pestaña, ya clavada, se encorve y poniéndose su punta más perpendicular al tarso y favorecida por la presión de los párpados sobre el globo, sobre todo en el momento en que los dos bordes libres están en contacto, se hunde más en el espesor del tarso. Ahora bien; el tarso está en toda su extensión minado por las glándulas de Meibomius, que, como es sabido, son glándulas arracimadas constituidas por un conducto central casi recto, de calibre, en general, suficiente (y lo mismo podemos decir de su longitud, sobre toda la de la parte media), para dar cabida á una pestaña. Alrededor de este conducto central hay un sinnúmero de *acini* que en él desembocan. Indudablemente el fondo de saco de los *acini* orientados perpendicularmente á la superficie interna del tarso, debe de estar separado de la conjuntiva tarsal, por un espesor de fibrocartilago tan mínimo que, podemos suponer, en muchos casos será tan sólo de algunas micras. Es, por tanto, muy verosímil, y para mí no ofrece duda ninguna, que por semejante camino pudo la pestaña penetrar y penetró en el interior de una glándula de Meibomio, sin hallar apenas resistencia, merced al parpadeo, que la iba clavando cada vez más. La parte apenas saliente de su bulbo piloso era lo que, por el frote, irritaba ligeramente la córnea y de ahí la ligera inyección periquerática, en la parte superior del limbo. Como las pestañas son cuerpos extraños que muchas veces son muy bien tolerados, puesto que se han visto pestañas incluídas en la cámara anterior y que habían penetrado gracias á heridas accidentales, las cuales pestañas han sido toleradas durante años, y aun Samelsohn dice que pueden ser reabsorbidas; no es, pues, extraño, que con la inmovilidad de los párpados durante la noche, el epitelio conjuntival tuviera tiempo de pro-

liferar por encima del bulbo piloso é incluyera la pestaña en el espesor del párpado. La misma brusquedad de la salida del extremo inferior de la pestaña, así que la aguja de cuerpos extraños hubo destruido el epitelio que lo cubría, prueba que la pestaña no estaba aprisionada por el tejido del párpado en toda su longitud, sino que, antes bien, se hallaba en una cavidad y más ó menos flexionada á modo de un resorte montado y pronto á distenderse en cuanto quede libre uno de sus extremos. Esta es, pues, la observación que considero interesante por lo rara y digna de publicarse, para que contribuya á enriquecer la casuística ya abundantísima de los cuerpos extraños conjuntivales.

B).—EXTIRPACIÓN DEL SACO LAGRIMAL EN UNA ENFERMA HEMOFÍLICA.

Consuelo P. G., de treinta y ocho años, natural de Granada, vino á consultar en 19 de Julio de 1921, quejándose de molestias visuales y lagrimeo. Hace cuatro años tuvo, según dice, una neuritis óptica luética, bilateral, de la que fué curada en Granada.

La exploración ocular dió el siguiente resultado: Dacriocistitis crónica O. D. Conjuntivitis crónica bilateral. Astigmatia hipermetrópica compuesta O. D., é hipermetropía O. I. Con la corrección óptica $V = 1,0$ y radios iguales en cada ojo. El examen oftalmoscópico mostraba pupilas de bordes difusos, pero de color normal. Prescribí los cristales correctores y aconsejé la extirpación del saco lagrimal derecho, que efectué el 21 de Julio por la mañana, con anestesia por la codreina Parke y Davis. La operación se hizo sin incidente alguno, si bien noté que el campo operatorio se llenaba con alguna frecuencia de sangre, por hemorragia capilar en sabana; esto es, sin herida sin ninguna ramificación arterial ó venosa de alguna importancia. Extirpado el saco, que salió entero, y hecha la sutura del tendón del orbicular y de la piel, coloqué el apósito y dije á la paciente que volviera á los dos días, pero que si algo le ocurría que me llamase. Aquella misma noche me mandó recado para que fuera á su casa, y la encontré con dolores en la región operada y un grado acentuado de excitación nerviosa. A sus instancias levanté el apósito y ví que estaba bastante teñido en sangre. La región algo abultada, pero de color normal. Por los agujeros dérmicos del punto de sutura inferior rezumaban dos gotitas de sangre. Volví á poner un apósito compresivo y prescribí á la enferma dos tabletas de Bromural en una infusión de tilo. Al día siguiente me dijo que había dormido toda la noche muy bien, pero que continuaba sintiendo molestias en la región operada. Como no eran tan acentuadas como el día anterior conseguí convencerla de que no debíamos tocar el apósito.

Al tercer día levanté el vendaje y ví con sorpresa que estaba teñido en sangre y que había una infiltración sanguínea de todo el tejido celular subcutáneo de ambos párpados del ojo operado, toda la región lagrimal y parte de la mejilla. La herida se hallaba en perfecto estado y casi cicatrizada. Por uno de los puntos continuaba rezumando una gota de sangre.

En dicho punto hice un toque con solución oficinal de percloruro de hierro y apliqué de nuevo un apósito compresivo. Al día cuarto la herida estaba bien cicatrizada y quité dos puntos de sutura, dejando sólo el de en medio por precaución. El equimosis llegaba hasta la parte inferior de la cara, y traspasando la línea media en la raíz de la nariz, había invadido el párpado inferior del ojo sano. Al expresar yo mi sorpresa por la persistencia de la hemorragia, la enferma me dijo que siempre que había tenido una hemorragia le había durado mucho y que era muy difícil lograr cohibírselas.

Al quinto día suprimí el último punto y pude convencerme de que la herida estaba perfectamente cicatrizada. El equimosis había invadido la parte anterior y superior del cuello, pero como en el párpado superior empezaban ya á notarse los primeros síntomas de reabsorción, no me decidí á emplear, ni las inyecciones de suero equino, ni las de suero gelatinizado para obrar sobre la coagulación sanguínea. Para abreviar, diré que el equimosis llegó á alcanzar las inserciones inferiores del esternocleidomastoideo y casi, ó desbordar ligeramente sobre el pecho, cuando ya en la región de donde procedía iba reabsorbiéndose la sangre extravasada y sufriendo los cambios de coloración, propios de la regresión de un extravasado sanguíneo subcutáneo, lo que praebea que ya se había detenido la hemorragia y que si la mancha equimótica del cuello descendió tanto, fué por la simple acción de la gravedad sobre una sangre tan flúida. Cuando yo la dí de alta, á los trece días de operada, todavía la quedaban restos equimóticos, pero las regiones lagrimal y palpebral conservaban sólo una coloración amarillenta.

Es evidente que en este caso se trataba de un grado moderado de hemofilia que no dió lugar á complicaciones serias, pero que de todos modos alargó considerablemente el período postoperatorio, que en esta intervención, como es sabido, no suele pasar de cinco días. Es posible que si la enferma me hubiese advertido, con anterioridad á la intervención, de su diátesis hemorrágica, con la preparación adecuada de la paciente, mediante los modificadores de la coagulabilidad sanguínea, se hubiera podido evitar ó por lo menos reducir en importancia el incidente postoperatorio, motivo de este trabajo.

En la literatura de que dispongo no he encontrado ningún caso parecido.

INMUNIZACIÓN ARTIFICIAL EN TUBERCULOSIS

POR

RAMÓN VILLEGAS

I

Creemos con Sahli que la inmunización terapéutica contra la tuberculosis es actualmente imposible, por lo menos de un modo completo, siendo la acción curativa de la tuberculina una resultante inmunizadora que se

diferencia perfectamente de la verdadera inmunización. Se trata, por lo tanto, no de un proceso curativo, sino de una relativa protección contra la tuberculosis. Gracias á este mecanismo resultan exaltados los fenómenos de defensa local y generales, que son los que en definitiva habrán de curar al organismo. Y afirma esta diferencia entre acción inmunizadora curativa y verdadera inmunización, el que, hasta ahora, como hace observar dicho autor, no haya podido inmunizarse á un animal por venenos tuberculosos químicos, y el que, aunque se logre hacer insensible á un enfermo para grandes dosis de tuberculina, no se consigue curar completamente la tuberculosis, si bien pueda producirse cierta remisión en este proceso.

Debemos advertir que la neutralización antitóxica que se persigue con el tratamiento por las tuberculinas difiere bastante de la conseguida con los sueros, aunque la resultante final sea bastante parecida. En los llamados sueros antitóxicos—de los cuales puede servir de tipo el de la difteria—las toxinas segregadas por el bacilo infectante son destruidas químicamente al contacto de los anticuerpos contenidos en el suero que se inyecta. Con las tuberculinas no se inyectan los anticuerpos formados, sino el mismo veneno del bacilo que, obrando como antígeno, suscita en el organismo la producción de los anticuerpos neutralizantes. Pero, tanto en uno como en otro caso, la acción final de la neutralización viene á ser la misma, con la sola diferencia del mecanismo de su producción, químico en el primer caso y biológico en el segundo.

Analizaremos estas dos orientaciones:

Sueros antitóxicos.—Teniendo en cuenta el fenómeno indiscutible de que la gravedad de la tuberculosis no depende de la intensidad de las lesiones pulmonares tanto como de los efectos tóxicos que se derivan de la difusión de los venenos del bacilo, se ha pretendido neutralizar estas toxinas por la acción pasiva de un suero procedente de otro animal previamente inmunizado.

Limitación de su empleo.—El empleo de los sueros en esta enfermedad tropieza con grandes limitaciones. La posibilidad de neutralizar en un momento dado una cantidad determinada de toxina es indudable, pero adviértase que la intoxicación tuberculosa se produce de una manera prolongada y la acción del suero es sólo transitoria y momentánea, obrando como una albúmina heteróloga—verdadero veneno anafiláctico—contra la cual el organismo se defiende y reacciona acabando por no tolerarlo y producir los fenómenos conocidos de la anafilaxia.

Sueros antitóxicos.—En la imposibilidad de administrar constantemente el suero, procedimiento que hace imposible la hipersensibilidad anafiláctica, y produciéndose constantemente el veneno tuberculoso, no podría conseguirse en el mejor caso sino una efímera acción, duradera sólo el tiempo preciso que el suero se encontrase obrando, para volver en seguida á producirse en el organismo una nueva cantidad de veneno, y así sucesivamente mientras durase la infección, pues en esta clase de inmunizaciones no se pretende sino

neutralizar momentáneamente los efectos sin ejercer ninguna influencia sobre la marcha del proceso tuberculoso ni aun sobre el mecanismo permanente de la intoxicación.

Sueros bactericidas.—Esto, por lo que se refiere á los sueros antitóxicos. En lo que respecta á los bactericidas, yo me permito dudar de su eficacia, por cuanto que me parece poco menos que imposible llegar á los focos morbosos (encapsulados, aislados del torrente circulatorio, merced á la falta de vasos del tubérculo) en cantidad suficiente para ponerse en relación íntima con los bacilos infectantes. Pero aun suponiendo que ésto fuera fácil, sabemos cuán arduo resulta precipitar y aglutinar, cuanto más disolver á los bacilos, aun *in vitro*, sin destruir previamente su cubierta córea que tan bien los defiende contra toda suerte de agentes destructivos. Sabido es, por los demás, que las lisinas existen muy abundantemente en la sangre de todos los tuberculosos—observación de Wolf Eisner—á pesar de lo cual no suelen triunfar de la infección, siendo el procedimiento bacteriolítico extraordinariamente raro en el proceso curativo natural. Y esto sucede por las características especiales del bacilo que no se deja destruir fácilmente ni aun después de muerto y, sobre todo, por la imposibilidad de que estas lisinas puedan llegar al interior del tubérculo, donde los bacilos se hallan. En estas condiciones se comprende que resulte completamente ilusorio todo intento de bacteriolisis por medio de los sueros, no menos ilusorio por lo demás que cualquier otro intento de bacteriolisis con ningún otro procedimiento.

Única indicación de los sueros.—Por estas razones la indicación de los sueros queda limitada exclusivamente á aquellos casos de evolución aguda en los que no sea necesario repetir indefinidamente las dosis, y en aquellos otros (siempre muy graves y en los que por tanto no pueden esperarse grandes éxitos) en que la intoxicación se manifieste de una manera aguda. A enfermedad crónica—se ha dicho—tratamiento crónico también. Y no siendo posible, por la anafilaxia, la administración constante de los sueros, el tratamiento de la tuberculosis no puede esperar grandes resultados de esta orientación teórica.

Vacunas.—Con la inmunización activa ocurre de otro modo. El peligro de la anafilaxia queda alejado considerablemente por cuanto que las dosis de tuberculina empleadas, por ser pequeñísimas, pueden elevarse proporcionalmente lo bastante para que, sin llegar nunca á cantidades grandes, se evite la repetición de una misma dosis y la administración del antígeno es progresiva, con lo que se evita la hipersensibilidad.

En un próximo artículo estudiaremos las distintas orientaciones seguidas para conseguir la inmunización por los productos bacilares.

Las inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general) ⁽¹⁾

POR EL

DR. MANUEL MARÍN AMAT

Ayudante de la Clínica Oftalmológica de la Facultad de Medicina de Madrid. Académico corresponsal y premio Salgado de la Real y Nacional de Medicina.

II.—AFECCIONES DE LA CÓRNEA.

Este capítulo lo subdividiremos en cinco grupos: 1.º, úlceras serpeginosas; 2.º, queratoconjuntivitis eczematosa; 3.º, herpes de la córnea; 4.º, queratitis parenquimatosa, y 5.º, otras afecciones.

Primer grupo.—Úlceras parenquimatosas de la córnea.

Observación 1.ª (Tratamiento lácteo y ocular combinados).—Úlcera de pneumococos, que interesa casi toda la córnea izquierda, producida por el roce de las pestañas desviadas (triquiasis) en una enferma granulosa crónica de forma secretante, con vías lagrimales obstruidas, teniendo el ojo derecho perdido por estafiloma total consecutivo a escleroroiditis anterior.

I. L., de veintiséis años, soltera, criada, de Lucanena, se presenta á consultarnos el 31 de Mayo de 1918, padeciendo las lesiones arriba enumeradas, de las cuales la ulcerosa comenzó once días antes, y ha sufrido de extraordinarios dolores, de inapetencia y de insomnio, siendo su estado general verdaderamente lamentable, al cual no es ajeno el fundado temor de quedarse totalmente ciega.

Cura local, dos veces por día, consistente en lavados oculares con solución salina esterilizada isotónica á las lágrimas (14 por 1.000), instilaciones de clorhidrato de quinina al 1 por 100 (2) y de azul de metileno al $\frac{1}{2}$ por 100 con dionina al 5 por 100 y vendaje oclusivo. Contraindicada la atropina por temor á la perforación.

En este día se le pone la primera inyección de leche, en la cantidad de un centímetro cúbico, profundamente en la nalga. Por la tarde nos dice que apenas si ha sentido la inyección y que el ojo le ha dolido menos que en días anteriores, estando efectivamente algo mejor: pupila algo visible y humor acuoso más claro. La temperatura es de 37º,8, con 98 pulsaciones. Al día siguiente, por la mañana, nos dice que ha pasado mala noche y el ojo apenas si ha mejorado; la temperatura es de 37º,2.

Día 3 de Junio: segunda inyección intramuscular en la nalga, de 2 c. c. de leche. Por la tarde, menor reacción febril, y la noche la pasa bien.

Día 4 de Junio: el ojo ha mejorado bastante; la ulceración presenta los bordes limpios.

Día 5 de Junio: tercera inyección, de 2 c. c.; por la tarde, 36º,7 y ningún dolor en el ojo.

Día 7 de Junio: los bordes y fondo de la extensa úlcera están limpios, y se inicia la reparación epitelial;

los dolores no han vuelto á presentarse, suspendiéndose las inyecciones de leche y continuando con la medicación local referida hasta su completa curación, que tiene lugar el día 20 de Julio de 1918, á los cincuenta días de tratamiento, habiendo quedado una opacidad muy tenue de la córnea, que ocupa el centro de la zona pupilar y que permite una buena agudeza visual, albugo que después ha desaparecido totalmente al practicarse la operación del entropión del párpado superior.

Observación 2.ª (Tratamiento lácteo exclusivo).—Úlcera serpeginosa de casi toda la córnea, con hipopión de más de la mitad de la cámara anterior, de veinte días de fecha, con antigua blenorrea del saco lagrimal y producida por espigazo.

Isabel R. M., de sesenta años, Abrucena, ingresó en Santa Lucía, Mujeres, el día 31 de Mayo de 1918, con los síntomas objetivos enumerados y sin visión y con atroces dolores del ojo y región periorbitaria, especialmente por la noche.

Considerando el caso perdido, no le hacemos ninguna cura local, y empleamos exclusivamente las inyecciones de leche, que habrán de indicarnos en toda su pureza el valor de las mismas.

Día 1.º de Junio: primera inyección, de 2 c. c., de leche profundamente en la región glútea. El dolor *in situ* que siguió á la inyección fué poco marcado, y la temperatura á las ocho de la noche, 38º,1, pasando la noche con bastante menos dolor. Al día siguiente el ojo ha mejorado extraordinariamente, hay menos inyección periquerática, menos exudados en la cámara anterior y más limitada la ulceración, síntomas que se hacen más aparentes el día 3 de Junio, así como la casi desaparición del dolor, poniéndose en este día la segunda inyección de leche, de 2 c. c.

Día 4 de Junio: el hipopión ha desaparecido totalmente, los bordes de la úlcera están limpios, sin tendencia invasora y apareciendo, por el contrario, en franca proliferación epitelial. La noche anterior la había pasado sin dolores y durmiendo toda ella. La temperatura por la tarde es de 37º,1.

Día 5 de Junio: el ojo está muy bien, sin hipopión y cicatrizando la úlcera, que está cubierta de epitelio en toda su extensión; sin embargo, se le pone la tercera inyección de leche, de 2 c. c., y se instila eserina y se pone vendaje ligeramente compresivo para evitar el estafiloma corneal que tiende á iniciarse.

Día 7 de Junio: continúa la cicatrización profunda de la úlcera; los dolores ni el hipopión han vuelto á aparecer, poniéndosele la cuarta y última inyección de leche, de 2 c. c. Localmente se instila una vez al día eserina y se renueva el apósito, sin emplear ningún antiséptico, ni aun siquiera lavados de la conjuntiva ni del saco lagrimal.

Día 14 de Junio: la reparación intracorneal continúa su marcha progresivamente satisfactoria, pareciendo milagroso el cambio realizado en el ojo, clínicamente perdido quince días antes. Continúa, sin embargo, en el Hospital hasta el 24 de Junio, que se le da de alta por curación y sometida solamente á vendaje compresivo, al objeto de evitar la ectasia de la cicatriz corneal,

(1) Véase el número anterior.

(2) Vulgarizado por nosotros en terapéutica ocular.

que es finísima y semitransparente y que permite una mediana visión.

Observación 3.^a (Medicación láctea exclusiva).—Úlcera serpeginosa de la córnea con mediano hipopión y obstrucción antigua y total de las vías lagrimales

Laura M. J., de treinta y nueve años, de Roquetas, acude á la consulta externa del Hospital, el día 13 de Junio de 1918, sufriendo una extensa úlcera serpeginosa de la córnea, de bordes muy infiltrados y purulentos, con hipopión y acusando fuertes dolores en la región periorbitaria, lesiones que datan de catorce días y ocasionadas estando segando, aunque no recuerda haber sufrido ningún traumatismo. Se le pone una inyección profunda en la región glútea de 2 c. c. de leche. Por la tarde 37°,7, estando notablemente mejor el ojo, la córnea y cámara anterior más transparentes, y limpios los bordes de la úlcera, que ya no se tiñen con el azul, haciéndolo solamente el fondo de la misma y habiendo disminuído los dolores. El estado general ha sido bueno durante el día, solamente ha notado tendencia al sueño, como todos á los que se les inyecta la leche.

Al día siguiente ya no se tiñe la úlcera por estar toda ella cubierta de epitelio (en veinticuatro horas), quedando, sin embargo, pus, aunque en menor cantidad, en el espesor de la córnea. El hipopión ha desaparecido totalmente y la pupila está dilatada al máximo, habiendo pasado la noche sin dolores y estando también apenas con reacción vascular.

Día 15 de Junio: el ojo está peor que el día anterior y le ha molestado algo por la noche, notándole un ligerísimo hipopión (parece que al dejar de obrar la inyección se ha empeorado), se le pone la segunda inyección intramuscular de leche de 2 c. c. Por la tarde menos dolor y menos agujazos en el ojo, temperatura 37°,2.

Día 16 de Junio: ha pasado la noche en un sueño y viene sin dolor; el ojo está mejor, ha desaparecido el hipopión y se le pone la tercera inyección de leche de 2 c. c. Día 17 de Junio: sigue la mejoría, se le pone la cuarta inyección láctea en la misma cantidad. Día 19: apenas si queda pus entre las láminas de la córnea y se le pone la quinta inyección láctea. Día 21: no queda supuración en las vías lagrimales, las cuales están ya ligeramente permeables sin haber hecho nada para su tratamiento, y la úlcera está totalmente cicatrizada; sólo queda una ligera infiltración profunda.

Desde este día no acude á la consulta, por haber tenido que marchar á su pueblo, hasta el día 27 que se nos presenta con ligera infiltración todavía, del espesor de la córnea, y se le pone la sexta inyección de 2 c. c. de leche. Día 4 de Julio: séptima inyección de leche, para activar la reabsorción de restos de exudados intracorneanos, dándosele de alta por curación en este día, con buena visión.

Observación 4.^a—Úlcera serpeginosa en su comienzo (de tres días de fecha) ocupando el centro de la córnea derecha, con pequeño hipopión, iritis, fuertes dolores y obstrucción de las vías lagrimales.

Manuel S. L., cincuenta y dos años, de Almería, de profesión mozo de carros, y muy sucio, se presenta á

consultar en el Hospital el día 14 de Junio de 1918, padeciendo las lesiones descritas.

Día 15 de Junio primera inyección intramuscular de leche de 2 c. c. y se instilan II gotas de atropina en el ojo al centésimo, encargándosele vuelva al día siguiente para curarle, dado que su mísera posición no le permite comprar un colirio de atropina. Día 17 de Junio: está muy bien, sin hipopión y revestida de epitelio la úlcera, no tiñéndose por la fluoresceína; se le pone la segunda inyección de leche en la misma cantidad. Al día siguiente no hay la menor molestia y el enfermo creyéndose ya curado desaparece de la consulta, á la que después acude siete días después, para darnos las gracias por haber quedado perfectamente, sin la menor traza de cicatriz corneal y visión normal.

Observación 5.^a (Fracaso de la optoquina, curación por las inyecciones de leche esterilizada).—Úlcera serpeginosa de la córnea derecha, ocupando el segmento superior interno de la misma, con hipopión, vías lagrimales permeables y fuerísimos dolores continuos con exacerbaciones nocturnas, por ciclitis.

Josefa F. T., de treinta y dos años de edad, de Roquetas de Mar, se presentó á consultarnos (consulta privada) el día 15 de Junio de 1918, padeciendo la sintomatología arriba expuesta, sin antecedentes de traumatismo y que databa de catorce á quince días.

Tratamiento.—Ante la imposibilidad de quedar en la capital para ser tratada por nosotros, se le prescribe la siguiente fórmula: optoquina, 0,20; sulfato de atropina, 0,05; vaselina y lanolina, aa 5 gramos; para poner dentro del ojo tres veces al día, tamaño de un grano de arroz, seguida de aplicaciones locales calientes.

Día 21 de Junio: vuelve quejándose de los grandes sufrimientos que le ocasiona su ojo enfermo. La úlcera no ha progresado en extensión, pero sí en profundidad, estando muy infiltrados sus bordes, el hipopión sigue en igual cantidad, pero la pupila está dilatada al máximo á pesar de existir tan atroces dolores espontáneos y provocados por la presión de la región ciliar, buena prueba que la atropina no los hace desaparecer. Mas por si existiera hipertensión no comprobada por la exploración digital, se le hace tonometría y acusa el aparato de Schiotz 13 milímetros de mercurio en el ojo enfermo, por 18 milímetros en el sano. La luz oblicua nos demuestra un exudado puntiforme, ciclítico, detrás de la córnea.

Se le suspende la pomada de optoquina y atropina, y sólo se emplea (para ver el efecto de la nueva medicación) agua esterilizada isotónica á las lágrimas en dos lavados al día y una pantalla flotante para evitar la acción de la luz. Se le pone la primera inyección de leche esterilizada profundamente en la región glútea en la cantidad de 3 c. c. En la visita de la tarde nos dice que totalmente le han desaparecido los dolores, la temperatura es de 38°,6 (la más alta observada hasta entonces, si bien ésta era también la dosis más fuerte que habíamos empleado). En el ojo se observa una grandísima mejoría; la úlcera se tiñe solamente en el centro; del hipopión apenas si quedan vestigios; y la inyección periquerática, el dolor por compresión de la región ci-

liar y la fotofobia están considerablemente disminuidos.

Día 22 de Junio de 1918: la noche la ha pasado sin dolor y ha dormido tranquilamente, el ojo está casi curado, apenas si se tiñe ligeramente en la porción central de la úlcera y no hay hipopión; la inyección periquerática es poco marcada, á pesar de estar la pupila solamente en semidilatación, por haber suspendido la atropina (lo que parece indicar que la inyección periquerática es más bien dependiente de la ciclitis que de la iritis). La temperatura á las nueve de la mañana es todavía de 37°,7, y por la tarde de 37°,9.

Día 23 de Junio: retrocede en este día (seguramente por haberse agotado el efecto de la inyección) con respecto á los dolores; sin embargo, la úlcera continúa su progresiva curación; la temperatura es de 37° y se le pone la segunda inyección láctea de 3 c. c.

Día 24: la noche la ha pasado bien y sin dolor, el ojo sigue mejor, la temperatura es de 37° y se le pone la tercera inyección, ésta ya de 2 c. c.; por la tarde 37°,8, ha pasado bien el día.

Día 25: la noche la ha pasado con algún dolor en la región periorbitaria, á pesar de estar el ojo en apariencia sano.

Día 26: 2 c. c. de leche en inyección, ó sea la cuarta.

Día 28: la quinta de 2 c. c. Desaparición total de los dolores. Alta por curación el día 4 de Julio, á los catorce días de comenzar el tratamiento lácteo, sin haber quedado el menor vestigio de leucoma y con agudeza visual normal.

Observación 6.^a (Fracaso de la optoquina, rapidísima curación por las inyecciones de leche).—Úlcera de pneumococos de la córnea, con vías lagrimales permeables, producida por el roce de una hoja de maíz.

Antonio R. V., de veinticinco años, trabajador del campo, de Vicar, acude á nuestra consulta privada el día 15 de Junio de 1918, quejándose de fuertísimos dolores periorbitarios, especialmente nocturnos. Se le prescribe: optoquina, 0,20 gramos; sulfato de atropina, 0,05 gramos; lanolina y vaselina, aa 5 gramos, en pomada para poner tres veces al día dentro del ojo volumen como un grano de arroz.

Día 22 de Junio: se nos presenta diciendo que sigue igual, sin la menor mejoría y con los mismos dolores. Reconocido el ojo lo encontramos en iguales condiciones que hacía siete días, con una úlcera infiltrada en la córnea izquierda, periférica, en el radio de las dos y media h., si bien la pupila está dilatada al máximo. (Este caso, como el anterior, prueba que los dolores de la úlcera serpeginosa de la córnea no son debidos siempre á la participación del iris, sino en su mayor parte ó en su totalidad á los mismos nervios corneales, que en resumidas cuentas no son sino la continuación de los ciliares). Se le inyectan 2 $\frac{1}{2}$ c. c. de leche esterilizada profundamente en la región glútea.

Día 23 de Junio: nos dice que no le ha dolido el ojo, pero que ha tenido vómitos y fuerte dolor de cabeza, presenta saburra gástrica y se le prescribe un purgante. La úlcera y la inyección periquerática han mejorado notablemente.

Día 24: sigue mejor y se le pone la segunda inyección de 2 c. c. de leche. Por la tarde 37°,3. Día 25: queda una ulcerita puntiforme, sin infiltrar, de la córnea sin congestión periquerática, sin dolor, ni fotofobia y con agudeza visual normal.

Día 26 de Junio: 1 c. c. de leche en inyección profunda (tercera inyección). Por la tarde, ninguna reacción febril.

Alta por curación sin quedar cicatriz corneal el 28 de Junio de 1918, á los siete días de tratamiento.

Observación 7.^a (Tratamiento lácteo exclusivo).—Fusión purulenta de la córnea, con prolapso inminente de todo el iris y dacriocistitis supurada antigua. (Clínica de Santa Lucía.)

María R. H., de sesenta años, Beires. Padece desde hace muchos años de lagrimeo y desde hace más de un mes de fuertes dolores del ojo izquierdo, ingresando en el Hospital el día 23 de Junio de 1918.

Al día siguiente se le pone la primera inyección de 3 c. c. de leche profundamente en la región glútea y por parte del ojo sólo se hace uso de un vendaje compresivo. Por la tarde 38°,5 y mejoría en los días siguientes: menor dolor y disminución de la supuración del saco lagrimal.

Día 28 de Junio: segunda inyección de 2 c. c. de leche. Continuando la mejoría. Día 4 de Julio: tercera inyección de 2 c. c.; desaparición completa del pus de la córnea y vías lagrimales, curación de la úlcera y terminación por una cicatriz plana, casi transparente y adherente, quedando el globo ocular con marcadas señales de atrofia.

(Continuará.)

Estado actual de la doctrina de las secreciones internas ⁽¹⁾

DISCURSO DE RECEPCIÓN, LEÍDO EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

FOR EL

DR. D. GREGORIO MARAÑÓN Y POSADILLO

Y CONTESTACIÓN

DEL

DR. D. GUSTAVO PITTALUGA

La similitud clínica y la relación patogénica entre los procesos estudiados en el grupo de las avitaminosis y ciertas enfermedades endocrinas es también evidente. Por ejemplo, el raquitismo, la osteomalacia, los diversos trastornos de la osificación, que durante el bloqueo de los Imperios Centrales han sido estudiados bajo el nombre de *Hungerkrankheiten des Skelettsystems*, y que constituyen uno de los tipos de enfermedad por carencia, han sido también achacados, y con razones de peso, á trastornos endocrinos; lo mismo puede decirse del escorbuto y otras hemodistrofias (Pittaluga); y en el grupo del beri-beri hay afecciones, como el *edema de guerra* (*Oedemkrankheit*), en cuya patogenia, al decir de ciertos autores, interviene también un cierto grado de insuficiencia tiroidea. En el mismo beri-beri experimental se han encontrado lesiones tiroideas y tímicas (Funk y Douglas), y se

(1) Véase el número anterior.

han llevado á cabo con éxito tratamiéntos por la opoterapia tiroidea. También recientemente se han estudiado mucho lesiones del simpático y del sistema suprarrenal en otro proceso avitaminósico, la *pelagra*; y, por fin, citaremos una enfermedad tan puramente endocrina como la *diabetes*, en cuya patogenia hace intervenir Novoa Santos un factor de carencia cualitativa.

Por su parte, Adler ha visto que cuando se trata á los animales invernantes, como el murciélago ó el erizo, durante la época del sueño, por inyecciones de adrenalina ó de extracto tiroideo, la hipotermia característica de la invernación desaparece, hecho que aduce como una prueba más de que el fenómeno del letargo invernal está bajo la dependencia de factores endocrinos; pues bien, el mismo efecto que con estos extractos de órganos, lo logra inyectando ciertas aminos proteínógenas.

Estas conexiones, de pura analogía clínica, y, por lo tanto, sin más valor que el de interesantes sugerencias, se han planteado recientemente en un terreno más científico, al averiguarse que determinadas hormonas necesitan para su elaboración por las células de las glándulas correspondientes, ciertos y determinados aminoácidos, y, por lo tanto, una alimentación tal, que proporcione, al ser destruídas por la digestión sus albúminas, esos aminoácidos. De suerte que la falta de dichos alimentos provocaría la deficiencia de la correspondiente secreción interna. He aquí, pues, *perfectamente ligados el concepto de la deficiencia cualitativa del régimen alimenticio y el concepto de la deficiencia de las glándulas de función endocrina*. Ya hace dos años, en una contribución sobre cuestiones dietéticas, explané con algún detalle en esta Academia el mismo asunto. Las citadas experiencias se refieren principalmente á la adrenalina, de la cual son, al parecer, estados previos, determinadas aminos, como la tiroxina (Halle) (1), que procede de la descomposición alimenticia (pancreática, etc.) de las albúminas exógenas. Otros autores (Ewins y Laidlaw) niegan, es cierto, esta derivación de la adrenalina de la tiroxina. Y, por fin, otros, como Abelous, Soulié y Toujan, suponen que el triptofano puede intervenir en la génesis de aquella hormona suprarrenal. Partiendo de esta última hipótesis, Willok y Hopkins han llevado más adelante su demostración, alimentando animales con una dieta privada de triptofano, y comprobando en estos animales un estado de astenia y paresia de los miembros, análogas á las que origina la insuficiencia suprarrenal, esto es, la escasez de adrenalina.

Por el lado de la Química biológica, por lo tanto, se socava también el misterio de las secreciones internas, y es éste, ciertamente, su lado más vulnerable, el que al fin nos ha de dar acceso á la verdad definitiva.

III.—PAPEL FISIOLÓGICO DE LAS FUNCIONES ENDOCRINAS.

¿Qué papel cumplen en el organismo estas glándulas de secreción interna? Siendo un sistema de correlación interorgánica, como lo es el sistema nervioso, su función general se relaciona, en realidad, con todas las actividades fisiológicas, como todas se relacionan también con el sistema nervioso. Pero la extensión del mecanismo de esta influencia es aún desconocida, salvo fragmentos que poseemos ya. Podemos, sin embargo, asegurar que, *siempre en estrecha relación con el sistema nervioso*, las funciones hormonales juegan un papel decisivo en procesos tan importantes como el desarrollo, crecimiento y morfogenia del individuo, el metabolismo general y el desenvolvimiento del ciclo sexual, que vamos á

enumerar sucintamente, añadiendo algunas palabras acerca de la *influencia endocrina sobre la actividad del sistema nervioso* y acerca del supuesto *papel defensivo de las glándulas de secreción interna*.

a) Bastaría la luz aportada por los conocimientos endocrinos al problema del crecimiento intrauterino y extrauterino del organismo para considerar esta doctrina como una de las más importantes contribuciones al progreso de la fisiología en los últimos cincuenta años. Antes del esplendor actual de los estudios sobre las glándulas de secreción interna, el mecanismo de esa admirable pauta que rige el desarrollo y la morfogénesis de los seres era, en efecto, un misterio remoto para el naturalista, hasta el punto de darse el caso de que en la mayor parte de los libros de fisiología ni siquiera se hablaba del «crecimiento», como si éste no representase una de las más armoniosas y complejas expresiones de la vida. Se sabían bastantes datos acerca de los factores externos que modifican el crecimiento, como la ración alimenticia, la raza, el clima, las enfermedades intercurrentes, etc.; se había precisado, en leyes muy aproximadas, el ritmo cronológico del ciclo de la talla, de las proporciones relativas y del peso, por lo menos en la especie humana. Pero, ¿cuál es el impulso endógeno, inexorable, que cada ser recibe desde el momento misterioso de la fecundación del óvulo y que le hace en el transcurso de la vida desenvolverse hasta un grado de máxima vegetación, permanecer en esta planicie equilibrada durante el período de la madurez, y luego descender hasta la muerte? ¿Dónde reside el mecanismo regulador de esta curva, que no es la parábola perfecta que describe la piedra lanzada al aire, sino una ondulación complicada, pero fija é inteligente, resultado, no sólo del impulso vital que la lanza al mundo y del desgaste de la realidad que tiende á agotarlo, sino producto, además, de una energía interior que funciona con rítmicas alternativas de pausa y de intensidad?

La influencia del sistema nervioso no podía explicarnos este ritmo del crecimiento. Recuerda Gley que ya Claudio Bernard, en su célebre *Rapport sur les progrès et la marche de la physiologie générale en France*, había llamado la atención sobre la independencia que guardan, respecto al sistema nervioso, los fenómenos del crecimiento. Y Apert, tan versado en la patología de las primeras edades de la vida, insiste sobre este hecho, aportando gran número de observaciones que conocemos hoy de faltas graves del tejido nervioso central (porencefalias intensas, hidrocefalias y anencefalias), que coexisten con un desarrollo normal del organismo. Y he aquí que los estudios clínicos, y luego las comprobaciones experimentales sobre las glándulas endocrinas, nos muestran que son las secreciones internas, las influencias humorales, los reguladores del complejo mecanismo. Y lo son con una autonomía, con una eficacia tan autóctona, que el mismo sistema nervioso, cuya preponderancia en todos los momentos fisiológicos nos hemos esforzado en señalar, queda aquí relegado á una situación secundaria. Más recientemente, el descubrimiento de la influencia que ciertos aminoácidos ejercen sobre el desarrollo orgánico, y que acabamos de comentar, nos permite plantear el problema en el terreno de la química biológica, que es donde, al fin, se rendirá por completo la verdad, que hoy sólo á medias poseemos.

La influencia de las secreciones internas, y principalmente la del tiroides sobre el desarrollo embrionario y fetal, fué sospechada por Parhon (1), teniendo en cuenta las alteraciones

(1) Halle, Ueber die Bildung des Adrenalins in organismus, Hofmeisters Beit. zur chem. Physiol. und Pathol., Bd. VIII, 1906.

(1) Parhon, Quelques considerations sur l'importance des fonctions endocrines pendant la vie embryonnaire et foetale, Press. Méd., número 80, 1013.

de estas glándulas, encontradas en casos de trastornos graves y congénitos de la morfogenia. Después, numerosos investigadores han estudiado la cuestión. Giacomini ha demostrado que el embrión crece con gran lentitud hasta el momento en que aparece el esbozo del tiroides, á partir del cual el incremento embrionario se torna muy rápido. Y, por su parte, Huxley, en Inglaterra; Gudernatsch, Abderhalden y Schiffmann, Jarsch y otros, en Alemania, y Hoskins, en América, han precisado la influencia que las diversas secreciones internas ejercen sobre el desarrollo de las larvas de la rana, obteniendo datos interesantísimos, aplicables, sin duda, al desarrollo de los organismos superiores, en general.

Cuando estas larvas, dice Gudernatsch, son alimentadas con trozos de tiroides frescos, su metamorfosis se hace mucho más rápidamente que la de las larvas coetáneas, que sirven de testigo; su porción abdominal aumenta de diámetro, se precipita el desarrollo de la boca y de la túnica muscular del intestino, y las extremidades anteriores brotan rápidamente, aun antes de que sobrevenga la reabsorción de la cola. El tamaño total de las larvas así alimentadas queda menor que el de las larvas testigos. Si en lugar de tiroides se hace comer timo á las larvas, ocurre lo contrario, es decir, la metamorfosis se inhibe, y, en cambio, el crecimiento en longitud se acelera. Si se las alimenta con hipófisis ó con trozos de testículo, la metamorfosis no parece modificarse, observándose sólo mayor delgadez del tronco y finura de las extremidades (Stettneer). Champy ha encontrado que en estas larvas, hipertrofiadas por una alimentación endocrina, se encuentran numerosas mitosis y otros signos histológicos de gran hiperactividad en los procesos de multiplicación celular. Los experimentos de Huxley son contrapunto de los expuestos, pues ha logrado destruir en estas larvas el tiroides, observando que su metamorfosis se estaciona y que se reanuda de nuevo si se añaden trozos de tiroides á su alimentación.

Todos estos hechos demuestran, pues, en modo irrefutable, la fundamental influencia de los procesos hormonales aquí se diría con la máxima exactitud *hormozónicos*) sobre el desarrollo inicial del sér.

Claro es, sin embargo, que en esta transformación no sólo influyen los factores endógenos—endocrinos—, sino también, y muy poderosamente, los exógenos, como el clima, la alimentación, etc. Por ejemplo: el mismo Huxley ha estudiado un tipo de batracios de Méjico que viven normalmente en el agua, con respiración branquial durante toda su vida. Si se alimentan sus larvas con tiroides, sobreviene en ellas una evolución anormal, que les hace perder las branquias y adaptarse á la vida aérea. Pero esta misma super-evolución, lograda por un impulso artificial, endocrino, puede lograrse también por un mecanismo exógeno, sacando simplemente las larvas del agua y haciéndolas vivir progresivamente en el aire. Ahora, lo probable es que, según apunta Weil, en estos casos los factores exógenos modifiquen el desarrollo, también por intermedio de las glándulas endocrinas, hipótesis que en la patología animal y en la humana se confirma plenamente; nosotros, por ejemplo (1), hemos insistido en cómo la exoesiva quietud y la excesiva alimentación en las mujeres puede llegar á producir estados de insuficiencia del ovario; y Pezard, experimentalmente, ha probado que, alimentando con carne á los gallos, se produce en ellos una transformación morfológica análoga á la

que sigue á la castración, explicable por una evidente lesión tóxica de los testículos. En cuanto al clima, recordemos los sugestivos, aunque hipotéticos, puntos de vista de Ward (1), relativos á cómo la adaptación de los seres superiores á las diversas latitudes se hace á expensas de modificaciones compensadoras de las glándulas endocrinas, y singularmente de las suprarrenales.

Estos admirables estudios que acabamos de comentar han consolidado las nociones que ya poseíamos referentes á la acción de las diversas glándulas de secreción interna sobre el desarrollo del esqueleto y la morfología general en la vida extrauterina. Son hechos tan conocidos, que sería ocioso repetirlos ahora. Es ya una noción clásica que cuando el *tiroides* enferma en las primeras edades de la vida ó cuando se le extirpa á un animal joven, uno de los efectos más constantes y marcados es la inhibición del crecimiento de los huesos, que quedan estacionados, cortos, sin soldarse los cartílagos de conjunción y con una estructura rara y quebradiza; y que basta hacer ingerir al organismo hipotiroideo cantidad suficiente de la glándula para que otra vez se ponga en marcha el curso retardado y en pocos meses, si el caso es favorable, se gane el tiempo perdido y se alcance el punto normal del desarrollo. También son conocidísimos y han sido innumerables veces comprobados en la clínica y en la experimentación los trastornos del esqueleto consecutivos á la lesión de los *órganos genitales* acaecida antes de la pubertad, trastornos sobre todo definidos y bien estudiados en los eunucos, en los que es tan característica la elevada talla, las piernas desmesuradas, la braquicefalia, la ligera cifosis, etc., que basta el verlos de lejos para diagnosticarlos. La *hipófisis* actúa, á mi juicio, en el mismo primer rango que el tiroides y los genitales, en el crecimiento del esqueleto, como lo demuestran los casos de gigantismo y de acromegalia ligados con adenomas pituitarios, y, por el contrario, los casos de enanismo ó de simple retardo de la talla, consecutivos á lesiones destructivas de la glándula, comprobados también por la destrucción experimental de la misma.

Más inciertos, pero también interesantes, son los trastornos en el desarrollo del esqueleto, y sobre todo en la calidad del mismo, que se han observado en las lesiones del *timo*. Ferreira de Mira (2) y otros, han producido trastornos esqueléticos muy fijos lesionando las *suprarrenales*. Y, por último, ya en terreno más hipotético, se han relacionado lesiones de la *epífisis* con estados de retraso ó de precoz desarrollo del organismo en general, y, desde luego, de la estructura ósea.

Es verdad que muchos de estos datos son todavía inseguros. Pero los ciertos, los ya incorporados para siempre á la Fisiología, son de tal valor, que permiten reconstruir casi enteramente el proceso de la regulación del crecimiento, y, desde luego, afirmar que esa regulación es desempeñada por las influencias hormonales que venimos estudiando. Hace varios años que expuse (3), en modo hipotético, pero teniendo en cuenta los puntos de apoyo clínicos y experimentales que ya entonces poseíamos, el probable modo de obrar, en este sentido, de las distintas glándulas, formando siempre un sistema armónico, en cada uno de los períodos del crecimiento. Este esquema, que quizá pareció á algunos prematuro, ha sido después confirmado en casi todas sus partes, y

(1) Ward, *Notes on Adrenal Action*, Medical Record, Noviembre, 1920.

(2) Ferreira de Mira, *Sur les modifications du squelette, etc.*, Bull. de la Société Portugaise des Scienc. Nat., tomo VII, 1915.

(3) Marañón, *La doctrina de las secreciones internas*, Corona, Madrid, 1915.

(1) Marañón. *Las enfermedades de nutrición y las glándulas de secreción interna*, tercera edición, Ruiz, Madrid, 1920, págs. 249 y siguientes.

hoy, aun los que con más restringido criterio juzgan los asuntos endocrinos, adoptan una pauta semejante, en sus líneas generales, á la mía; véase, por ejemplo, el esquema del crecimiento, de Weil.

Por lo que ya sabemos y por lo que legítimamente podemos suponer, estamos, pues, autorizados para afirmar que el crecimiento, ese «gran misterio de la vida», como le llama Gley, no tardará en ser una conquista completa de la ciencia. El desarrollo del esqueleto, la morfogenia general, son, en suma, de las más importantes funciones que realiza el sistema endocrino. La misma belleza física, que no es, al fin y al cabo, más que la expresión de una morfogenia equilibrada y perfecta, sería, en último término, consecuencia de la corrección de ese trabajo hormonal, como sugiere Knight Dunlap (1).

Del mismo modo que en el aspecto fisiológico, todo el inmenso y casi desconocido campo de los trastornos patológicos del crecimiento aparece también iluminado por las doctrinas endocrinas. Nos guardaremos bien de achacar exclusivamente a lesiones de las glándulas de secreción interna las enfermedades congénitas del desarrollo, como la acondroplasia, la acrocefalosindactilia de Apert, el mongolismo, la focomelia, etc.; pero es muy probable que las causas patógenas primarias responsables de estas graves deformidades actúen mediante el sistema endocrino. El P. Laburu (2) sugiere esta misma idea al suponer que las alteraciones teratológicas que con frecuencia se observan en los alevines obtenidos por la fecundación artificial de los huevos de trucha tengan por origen un trastorno de los órganos endocrinos, debido, á su vez, al desplazamiento mecánico del vitelus originado durante el desove manual de la trucha. Respecto á los enanismos, infantilismos, gigantismos y demás trastornos del desarrollo, ya de antiguo relacionados con enfermedades de las glándulas, nos contentaremos con citarlos é insistir una vez más en la frecuencia con que estos estados, sobre todo en sus grados de poca intensidad, escapan á la observación del médico, acostumbrado á considerarlos como fenómenos de orden extraordinario y al margen de la zona de influencia terapéutica.

b) La regulación del metabolismo nutritivo es otro de los grandes sectores en que se manifiesta la actividad fisiológica de los factores endocrinos. A partir de la primera concepción de Claudio Bernard, ya orientada en esta dirección, datos incesantes han venido complementando y confirmando la noción de que el mecanismo de la regulación metabólica es en gran parte de naturaleza hormonal («acción quimiorreguladora», de Pende). El sistema nervioso interviene también de un modo capital en esta regulación, y los factores exógenos—la alimentación, el clima, el trabajo muscular, etcétera—actúan constantemente sobre ambos, poniendo en tensión su eficacia reguladora. Mas el factor humoral, el endocrino, es tan complejo, que hoy no podemos profundizar en el estudio normal y patológico de la nutrición sin tropezar en seguida con este orden de conocimientos, de los que algunos autores quieren, sin embargo, obcecadamente, prescindir.

No he de detenerme mucho en este punto, porque ha sido desarrollado por mí con todo detalle en un libro (19) que hace siete años hubo de ser premiado por esta Real Academia, y que desde entonces ha logrado inmerecida di-

fusión entre los médicos españoles. De todo el caudal de hechos allí recogidos, surge, aún imprecisa en algunos de sus detalles, pero ya con un valor de definitiva estabilidad, la demostración del concepto de la regulación endocrina del metabolismo.

Son los mejor conocidos los datos referentes á la regulación de los hidratos de carbono. La acción de la hormona pancreática sobre el ciclo hidrocarbonado es, tal vez, el caso en que más completamente se ha realizado la demostración del modo de obrar fisiológico y patológico de una secreción interna. Los casos de diabetes con lesión del páncreas; la producción de la glucosuria extirpando este órgano; la curación de este síntoma injertando en el peritoneo del perro diabético un trozo de páncreas sano ó haciendo que el sistema circulatorio del animal glucosúrico se mezcle con sangre de un perro sano, rica, por lo tanto, en las hormonas pancreáticas que le faltan al enfermo; todo, en fin, nos enseña, con las contrapruebas más rigurosas, cómo una sustancia química que una glándula elabora y vierte en la sangre ejerce en el organismo una acción bien definida y autónoma.

La acción de las suprarrenales en este sentido es más discutida que la del páncreas. La adrenalina segregada por aquéllas produce, de una manera constante, hiperglucemia y glucosuria, y ello hizo pensar que estas glándulas ejerzan sobre el metabolismo hidrocarbonado una importante acción, diametralmente opuesta á la del páncreas. Hay autores, como Gley, que niegan esta acción; otros, como los de la escuela de Cannon, que creen que la adrenalina actúa sólo en determinados momentos fisiológicos, pero excepcionales, como el terror, la fatiga, etc.; y otros, por último, que aceptan la acción fisiológica de la adrenalina sobre el metabolismo de los azúcares con todas sus consecuencias, esto es, suponiendo que normalmente las suprarrenales contribuyen, con su producción de adrenalina, á la regulación de la glucemia, y que, patológicamente, un estado de hiperfunción permanente de estas glándulas puede dar lugar á una verdadera «diabetes suprarrenal», así como la lesión destructiva del páncreas produce la «diabetes pancreática» ordinaria.

No es éste lugar de discutir el problema así planteado, que es uno de los más enmarañados de la Endocrinología. Pero sí afirmaremos nuestra convicción actual, después de prolijas investigaciones que en estos últimos años hemos llevado á cabo, de que la adrenalina debe, en efecto, actuar sobre el metabolismo de los hidratos de carbono, pero de un modo pasajero y rápido, como pasajera y rápida es la glucosuria que sigue á su inyección experimental, á diferencia de la glucosuria que se produce después de extirpar el páncreas, que no aparece sino después de un período de latencia que dura de unas horas á unos días y que es permanente. Debe, en suma, ser la función adrenalínica como un «registro de urgencia» del mecanismo regulador hidrocarbonado, comparable á las influencias nerviosas, como lo demuestra la relación que experimentalmente se puede establecer entre la glucosuria adrenalínica y la glucosuria por punción del cuarto ventrículo (1). Patológicamente admitimos, en relación con estas ideas, la existencia de glucosurias transitorias de origen suprarrenal, siendo el tipo de ellas la glucosuria emotiva, y admitiremos también la influencia de la hiperadrenalinemia como causa determinante de la aparición de la glucosuria en estados diabéticos latentes; así, en la clínica, vemos con frecuencia diabetes pancreáticas que

(1) K. Dunlap, *Personal Beauty and Racial Betterment*, Kimpton, London, 1920.

(2) E. P. J. A. Laburu, *Influencia mecánica del vitelus nutritivo en la segmentación ovular*. Actas del Congreso de Bilbao para el Progreso de las Ciencias, 1920.

(1) Véanse á este respecto los trabajos de Negrin y sus colaboradores, resumidos en la obra citada de Sopeña, *La Adrenalina*, 1921.

aparentemente comienzan por un terror u otra emoción violenta, es decir, por una hiperadrenalinemia súbita. En cambio, ni el estudio de numerosos casos de diabéticos, ni las investigaciones complementarias, anatomopatológicas y experimentales, que con este fin hemos llevado á cabo, nos han podido convencer de la existencia de una «diabetes suprarrenal» verdadera y permanente; y con ello rectificamos una creencia nuestra, que anteriormente sostuvimos, aunque siempre con previas y prudentes salvedades.

(Continuará.)

Aspectos generales de la lucha antipalúdica (1)

POR EL

PROFESOR MÁXIMO SELLA

Conferencia pronunciada en el mes de Julio próximo pasado en el Ateneo de Madrid.

Campañas demostrativas.—Personal técnico.—Investigaciones.—Propaganda.—Las leyes son palancas inertes. ¿Bastará crear la máquina legislativa para que marche y cumpla su cometido? No, como para las máquinas materiales, es necesaria la aplicación de una fuerza viva. Los pueblos puestos en condiciones de emprender la obra de saneamiento, no se preocuparán; obligados, lo harán mal y opondrán su inercia. La fuerza viva es la voluntad de los habitantes; porque en último término no es el Estado el que debe sanear todo el país, sino que es el país el que debe sanearse por sí, con la ayuda del Estado. Suscitar esta fuerza viva, y al mismo tiempo hacerla fructificar con disposiciones legislativas, he aquí el programa.

Entremos, pues, más profundamente en este complejo problema, que puede resumirse así: Hacer apreciar á la población las ventajas de la lucha antipalúdica, para que la deseen; crear poco á poco los elementos técnicos, para que la emprendan.

El medio por excelencia para lograr estos dos resultados, es, «las campañas antipalúdicas demostrativas».

Las campañas demostrativas como medio de propaganda.—El método ha dado ya sus pruebas: El interés universal suscitado en los Estados Unidos por la lucha antipalúdica, es efecto de las campañas demostrativo experimentales. Hemos citado algunas de estas campañas debidas á la iniciativa de entidades públicas y privadas. El interés fué aumentando; algunos pueblos, que conocieron sus resultados, se declararon dispuestos á emprender la lucha con tal de ser ayudados en el lado técnico.

En el año 1920, llevando á efecto un programa concretado en una reunión habida en 1919, el Servicio federal de Sanidad, las Sanidades de los diferentes Estados, las autoridades locales interesadas y la Fundación Rockefeller, emprendieron simultáneamente y en cooperación, hasta 52 campañas distribuidas en 10 Estados del Sur (2).

De este modo, los Estados Unidos se han puesto de-

cididamente á la cabeza del movimiento antipalúdico.

Hagamos notar, que estas campañas no tienen solo el objeto de despertar, como se ha dicho, un tal interés público que en su consecuencia se haga posible un esfuerzo para la eliminación del paludismo en todos los Estados del Sur de la Federación, sino que también tienen el objeto experimental de determinar la conveniencia de las diferentes medidas, en condiciones variadísimas. ¡Tan difícil es conseguir la técnica antipalúdica más apropiada!

La Fundación Rockefeller ha contribuido en modo notable al desenvolvimiento de esta obra de propaganda, por medio de demostraciones; y para que el trabajo no resultase estéril, la Fundación lo ha basado desde el principio sobre la aceptación por parte de las autoridades locales de cooperar, con participación financiera de los pueblos, compromiso para la continuación de la campaña, dado el resultado favorable.

Ya que á lectores españoles me dirijo, me permitiré en este lugar expresar mi admiración por el entusiasmo con que en España un grupo de hombres eminentes, está trabajando bajo la dirección del ilustre profesor Pittaluga en el sentido ya indicado por voluntad del Gobierno y de la Sanidad pública, que han instituido la Comisión antipalúdica española, y con la colaboración de la Cruz Roja Española á la que se unió la Liga de las Soc. de la C. R., y de la Mancomunidad de Cataluña. La campaña de Talayuela (1) es la demostración más evidente de cómo el interés por la lucha antipalúdica puede irradiarse desde un punto á toda una vasta región (2).

Y á propósito de la obra de la Cruz Roja Española, quisiéramos hacer notar la gran acción que podría en general ser desenvuelta por las Cruces Rojas Nacionales, promoviendo y participando en campañas demostrativas. Ellas podrían asumir, aunque en escala muy reducida, una función análoga á la de la Fundación Rockefeller. Deberían, pues, modificar su tendencia á limitar su acción en el campo del paludismo á una especie de pronto socorro. Por ejemplo: la Cruz Roja Italiana ha realizado una obra sanitaria importantísima para atenuar los efectos desastrosos del paludismo en vastas zonas de Italia; pero para el progreso de la profilaxia darían más frutos, si nuestro juicio no yerra, acciones más limitadas localmente, pero más intensas, técnicamente más perfectas, y que acometieran la cuestión también por el lado económico.

Creación del personal técnico.—El segundo resultado que las campañas nos permiten alcanzar, es la formación de personal técnico.

El carácter de progresividad en el desarrollo de la lucha no puede evitarse, y aun dado como conseguido el logro de los medios económicos, sería imposible saltar de un golpe á un saneamiento general sin pasar por un largo período preparatorio, con motivo de la insuficiencia de personal técnico.

(1) La relación de la Comisión se publicará en breve. Véase entretanto M. Sella, Bol. Liga Soc. Cruz Roja, 11 Marzo-Abril 1921, Ginebra.

(2) Idem, Agosto 1921.

(1) Véase el número anterior.

(2) Véase las relaciones de la F. Rockefeller (op. cit.) de los años 1919 y 1920.

En los Estados Unidos, á consecuencia de las demostraciones antipalúdicas á que me he referido, es más fácil en el estado actual—reproduzco las palabras de G. E. Vincent, presidente de la Fundación Rockefeller—encontrar el dinero público para la lucha antipalúdica, que los técnicos para conducirla. ¿Qué diremos para nuestros países?

Existe, además, la clase de personal auxiliar, que no es menos importante que el personal director, pues debe participar en el mayor número posible de operaciones de saneamiento, quedando limitada la función de los jefes, comprendido los médicos, á la sola dirección general, á la vigilancia y á aquellos trabajos en los que sean insustituibles, y esto por una necesidad económica imprescindible. En la organización de una campaña, puede confiarse al personal auxiliar la distribución de la quinina, la busca de los enfermos y la extracción de sangre, el mismo examen microscópico de ella y una gran parte de operaciones de laboratorio, los registros, la destrucción de los alados, la busca de las larvas y la petrolización, el mantenimiento y vigilancia de las aguas, las informaciones, etc. Los profanos se imaginan que el paludismo se combate con una legión de médicos, y, por el contrario, es combatido con una legión de auxiliares, capitaneados por pocos médicos, biólogos é ingenieros.

La mayor parte del personal auxiliar puede ser temporal, escogido en el lugar, é instruido; pero los jefes de esta categoría deberán, al par que los directores, ser especialistas, profesionales, de los cuales deberían existir un cierto número, para ser empleados sucesivamente en ésta ó en aquella campaña.

La obra de los especialistas no invalida de ningún modo la obra de los elementos locales; pero ni siquiera la obra de éstos puede desenvolverse sin la intervención de los primeros. Ahora bien: para crear profesionales, es necesario crear la profesión. Su puesto natural en el esquema de organización antipalúdica propuesta, sería en empleos estables dependientes de las Comisiones ú oficinas antipalúdicas provinciales y de la Comisión central. A estos técnicos correspondería no sólo la función de dirigir ó vigilar las campañas, sino también la de suscitarlas con obras de propaganda, con relaciones y proyectos. Correspondería también á ellos (entiéndase, al personal superior) la parte de investigaciones en los problemas más variados del paludismo. Más tarde nos referiremos á tan importante función.

Escuelas de profilaxia antipalúdica.—Otro medio para la creación del personal son las escuelas de profilaxia antipalúdica. Un curso necesariamente breve no nos da todavía un personal hecho, pero representa una preparación óptima y un gran ahorro de energía.

Tales escuelas no pueden existir si no están ligadas á campañas antipalúdicas en curso, donde puede desenvolverse la parte práctica de la enseñanza.

La Dirección General de Sanidad de Italia, creo sea la primera que haya instituido una Escuela de profilaxia antipalúdica para la instrucción del personal

auxiliar (1), y me parece que su ejemplo debería ser imitado. Los alumnos son enviados generalmente por la Cruz Roja, ferrocarriles, administraciones públicas y privadas, y es también frecuentada por médicos.

Sin duda, una Escuela como institución por sí y estable, tiene muchas ventajas: la de recoger gradualmente todo el material didáctico, la de dar á los alumnos una buena base teórica, la de crear una tradición, la de ser oficial, la de conferir diplomas. A esto que todavía falta en la Escuela de Roma, debería unirse una sección de ingeniería antipalúdica, de la que se aprovecharían especialmente los técnicos de tal categoría.

Para el nombramiento de médicos titulares de regiones palúdicas y para ciertas categorías de ingenieros debería ser obligatorio el certificado de las Escuelas de este género.

Investigaciones experimentales y necesidad de la colaboración.—En cuanto á los estudios experimentales son también una actividad en gran parte ligada con la creación del personal profesional director de las campañas ó también con instituciones puramente investigadoras. En su conjunto, esto constituirá un cuerpo de investigadores. Sería un grave error atribuir á tal función una importancia secundaria. Si todo progreso práctico es hijo de un detenido trabajo científico, esta verdad ha de tenerse tanto más presente para la lucha antipalúdica, cuya técnica está en vía de transformación y basada sobre factores biológicos todavía llenos de misterios y variables según los lugares.

Ya que nos hemos propuesto hacer resaltar la obra americana en lo que tiene de mejor, recordaré que el servicio de Sanidad pública de los Estados Unidos, tiene actualmente á su dependencia un numeroso grupo de especialistas, los cuales, como se ha dicho, son empleados para la dirección y organización de las campañas y para investigaciones. Este grupo está constituido por médicos, ingenieros, sanitarios y sus ayudantes, biólogos, ayudantes científicos, epidemiólogos, investigadores especiales. Deseamos citar los asuntos discutidos en su primera reunión anual celebrada en Wilmington, N. C. en 1919 (2), para dar una idea de su variada actividad: Protección mecánica, el problema del paludismo en los ferrocarriles, mareas, sierras subacuáticas, drenaje vertical, lucha antipalúdica en los arrozales, invasión de los Anopheles, peces antipalúdicos, pantanos, petrolización, larvicidas, uso de la dinamita, vuelo de los Anopheles y otras investigaciones biológicas, aspecto económico de las campañas, determinación de la importancia sanitaria del paludismo, etc.

Lo que inmediatamente se observa es la importancia que tienen entre este personal, por número y contribución, los ingenieros sanitarios, los entomólogos y los biólogos; y agrada leer las actas de estas discusiones, no tanto por los asuntos tratados, como por el cordial espíritu de cooperación que anima á los médicos y á estas personas entre sí tan diversas. Séanos permitido, por aquello que á nosotros se refiere, expresar un jui-

(1) B. Gostio: Guida alla lotta contro la Malaria.

(2) Transactions ecc. (op. cit.).

cio que suponemos no parezca parcial en la boca de un naturalista.

Desde que, y hace pocos años, la ciencia ha demostrado la inmensa importancia que tienen los insectos en la transmisión de enfermedades al hombre y a los animales (en India, por ejemplo, se estima que los dos tercios de las enfermedades evitables son causadas por insectos), la entomología aplicada ha adquirido, como todos saben, un puesto de primer orden en la profilaxia y con ella, aquellos ramos de la ingeniería que se inspiran en la ofensiva y defensiva contra determinados insectos. Confesemos, sin embargo, que entre nosotros no se ha formado todavía en los médicos, entomólogos, biólogos é ingenieros, el espíritu de cuerpo necesario para una útil colaboración y los primeros han conservado cierta tendencia á monopolizar un campo que en la actualidad supera por todas partes el dominio de la medicina. Ciertamente falta el acuerdo deseable y no existen los organismos y las asociaciones que pongan en contacto más íntimo á estas personas.

Propaganda en las escuelas.—Al tratar de las campañas demostrativas me he esforzado en poner de relieve su valor de propaganda, de excitación para emprender la lucha.

De las otras formas más indirectas de propaganda no se logra comprender cómo hayan sido descuidadas hasta ahora, no obstante las voces que se han alzado en su defensa; la más importante está constituida por la enseñanza en las escuelas primarias.

El valor de la propaganda está subordinado á las características de la profilaxia. La profilaxia del paludismo es esencialmente colectiva y no debemos esperar demasiado de la profilaxia individual y familiar por sí misma y separada de la primera, entiéndase en cuanto á los efectos inmediatos del saneamiento. Por esto los medios de propaganda como el cinematógrafo, proyecciones, conferencias, manifestos é instrucciones impresas, tienen quizá menos importancia para el paludismo que para otras enfermedades, salvo que en vez de hacer esta propaganda entre el pueblo se haga entre clases más elevadas, con objeto diverso, es decir, para convencerles á emprender la lucha. ¿Pero quién negará la importancia, aunque sea indirecta de inculcar á las masas las nociones esenciales del paludismo? Si se llegase á hacer penetrar en la conciencia de la gente, en la conciencia y no tan solo superficialmente, es decir, hasta hacerlas móviles de sus acciones, estas tres solas verdades: que el Anopheles transmite el paludismo, que las redes rotas son inútiles y que no hay que interrumpir el tratamiento en cuanto cesa la fiebre, se prepararía el terreno á toda la obra de saneamiento. Si los medios de propaganda enumerados anteriormente son demasiado costosos, salvo que sean transitorios y por tanto poco eficaces, las escuelas nos prestan la oportunidad de valernos de una organización preexistente, permanente, con la cual educar todas las nuevas generaciones. ¿Por qué no valerse de un medio que tenemos tan cómodamente á mano?

Los principios de la instrucción escolar serían: La enseñanza obligatoria en las escuelas primarias de las

regiones palúdicas, la instrucción de los maestros (también para éstos serían útiles las escuelas de profilaxia), proporcionar el material didáctico, inspección de la enseñanza.

EL REMEDIO ESPECÍFICO CONTRA EL PALUDISMO

Monopolio de la quinina.—Hemos procurado tocar así los aspectos nacionales y técnicos de la lucha antipalúdica que más importaba poner de relieve; séanos permitido añadir pocas palabras referentes al grave problema internacional del específico del paludismo.

Como es sabido, la quinina ó la quina provenían en un tiempo por entero de la América del Sur, de Bolivia, Ecuador, Colombia, Perú y Venezuela, de donde la preciada planta de la *Cinchona* (cuyo nombre dedicado á un virrey del Perú todavía recuerda las glorias de España) es originaria.

Mas en estos últimos veinte años, á consecuencia del desarrollo adquirido por las plantaciones de Java donde las primeras tentativas de cultivo datan, como las de la India inglesa, de la mitad del siglo pasado, las cortezas americanas han cesado prácticamente de representar variedades comerciales. Java proporciona actualmente el $\frac{9}{10}$ de la quinina del mundo, que oscila alrededor de medio millón de kilogramos anual de sulfato; el remanente está representado por la producción indiana, que no es suficiente siquiera para las necesidades internas de aquel país.

La razón de este desplazamiento del centro productor, es debida á la escasa proporción en quinina de las cortezas americanas, que rara vez llega al 0,5 por 100—agravada por otros factores, como la destrucción irracional de las esencias al estado bruto y falta de esfuerzos serios de cultivo—, y á la extraordinaria riqueza en quinina de las cortezas de Java, valorada en una media de 6 por 100, á aumentar la cual ha contribuido la obra de los cultivadores mediante selecciones, abonos especiales, etc.

La pobreza en quinina ha impedido también á las plantaciones indianas adquirir mayor desarrollo. Entre los esfuerzos hechos por otros Estados europeos para desarrollar este cultivo en sus colonias, recordaremos los de Francia é Italia, que hasta la actualidad han quedado en estado de tentativas.

Al aumentar la producción, el precio de la quinina, que en 1880 era todavía de 600 francos el kilo, disminuyó progresivamente hasta 30 antes de la guerra; en el curso de ésta remontó á precios que impedían su adquisición, de los cuales va descendiendo muy lentamente; tanto, que al principio del año 1921 todavía era de 200 francos en el mercado de Amsterdam (el mercado internacional).

Mas un nuevo factor ha intervenido en el último período: la constitución de un monopolio mundial. En 1913 todos los plantadores de Java, por un lado, y las siete principales casas manufactureras, por otro, comprendiendo casas alemanas, inglesas, holandesas y la Bandoeng de Java, concluyeron entre sí un contrato por cinco años, ligándose en la compra y venta de la corteza y de la quinina. Caducado el contrato en 1918,

ó, por mejor decir, el acuerdo que durante la guerra le había sustituido— pues habiéndose anulado algunas cláusulas con motivo de la prohibición recíproca de negociar entre beligerantes, se llegó á un convenio entre factorías holandesas, comprendida la Bandoeng y los Gobiernos inglés, francés, italiano y americano, por la cual se comprometían á obtener toda la corteza y á proporcionar á tales Gobiernos casi toda la producción durante la duración de la guerra—, fué concluido un nuevo contrato por cinco años, ó sea hasta el 1923, entre las factorías holandesas con la Bandoeng, por una parte, y por otra, una Asociación de plantadores que representan el 90 por 100 de la producción de Java. La única corteza que queda fuera de este consorcio es la acaparada por factorías japonesas, establecidas hace poco tiempo en Java, y por algunas plantaciones inglesas.

Según los términos de este contrato, las factorías se obligan á obtener corteza por un mínimum de 500.000 kilogramos de quinina, al precio de 12 florines el kilogramo de quinina-corteza y están obligadas á reembolsar á los plantadores la mitad del exceso del precio de venta, por encima de 20 florines el kilogramo.

Por tanto, prácticamente toda la quinina del mundo está controlada por los plantadores de Java y por las factorías holandesas adheridas al «Contrato de la Cinchona», los cuales son los árbitros de su distribución y de los precios. Es evidente, que los intereses del consorcio y el interés sanitario, que necesitaría se pudiese disponer de la máxima cantidad de quinina al mínimo precio, pueden no coincidir en muchos casos. No hace mucho tiempo, por ejemplo, corrió la voz, no comprobada, que los precios se han mantenido altos artificialmente con una limitación de la cantidad de quinina existente lanzada al comercio, lo cual recibiría un apoyo por la comparación de la cantidad de quinina exportada de Java en los dos últimos años, disminuída de 640.283 kilogramos en 1919 á 418.861 kilogramos en 1920 (1).

(Continuará.)

Bibliografía.

EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DEL RIÑÓN. (Diagnostik der chirurgischen Nierenerkrankungen), por el doctor Guillermo Baetzner, Privatdozent y asistente á la clínica quirúrgica de la Universidad de Berlín. Editorial de Julio Springer en Berlín.

El libro en cuestión es el fruto de un trabajo incesante de quince años. Una de las ventajas principales que tiene es la de estar dedicado exclusivamente al diagnóstico, pues en los tratados corrientes de cirugía y de urología suelen ocupar un lugar preferente los capítulos dedicados á la técnica quirúrgica, y en general al tratamiento. Como se sabe, un tratamiento oportuno no se puede hacer en los casos de enfermedades quirúrgicas del riñón, sino por persona especializada y que disponga de los medios oportunos; pero lo que es imprescindible á todo médico, es hacer un diagnóstico exacto y precoz para que al enviar á su cliente adonde pueda ser tratado lo haga en tiempo oportuno. El libro de Baetzner

tiene la ventaja de facilitar este diagnóstico. En capítulos resumidos, pero poniendo de relieve todo lo que tiene verdadera importancia, expone los medios de diagnóstico, tanto los más fáciles como los más modernos que pueden interesar á los especialistas.

Tras de unos preliminares anatómicos y fisiológicos del riñón y de su función, viene un capítulo de los métodos generales de diagnóstico de las enfermedades renales. Se estudian en este capítulo los síntomas objetivos y subjetivos del riñón, y muy principalmente los caracteres patológicos que puede presentar la orina. Aparte de los métodos de investigación corrientes, se encuentra explicado con detalles el de la investigación de la conductibilidad eléctrica de la orina.

La parte que hace referencia á la cistoscopia, en cuanto las modificaciones que se encuentran en la vejiga permiten deducir la existencia de una lesión del riñón, y hasta la localización de dicha lesión algunas veces, está ilustrada con numerosas láminas en cromolitografía. Sigue una explicación del cateterismo de los uréteres como único procedimiento aceptable de la separación de las orinas, las pruebas de la poliuria y de la concentración experimentales con las orinas separadas, la administración de sustancias á eliminar (por ejemplo, el azul de metileno) casi abandonadas ya muchas de ellas por los internistas, pero que en cirugía tienen importancia considerable por permitir apreciar diferencias entre ambas glándulas, y, por fin, un capítulo dedicado al examen radiológico del riñón, en el que se explica entre otras cosas, el neumoperitoneo como procedimiento de poner de manifiesto el riñón. La parte general acaba tratando brevemente la punción y la incisión de prueba.

Viene, por fin, la parte de diagnóstico especial que comienza por el estudio de las enfermedades congénitas, dedica una atención especial á la tuberculosis, á la hidronefrosis y á la litiasis, y termina por la equinococosis sin olvidar hasta enfermedades poco frecuentes como es la actinomicosis del riñón. El mérito principal que encontramos á esta segunda parte del libro es que todos sus capítulos se fundan en observaciones propias, y así lo atestiguan, no sólo las numerosas historias clínicas que expone y de las que sólo se encuentra lo que puede ser útil al diagnóstico, pero después que éste había sido confirmado por la operación y por el examen histológico de las piezas anatómicas, sino también el gran número de figuras, originales casi todas, que representan las piezas obtenidas en las operaciones, las imágenes radiográficas obtenidas de los enfermos observados y los datos observados al hacer la cistoscopia de los mismos.

Tal vez sea este libro un poco detallista para el médico práctico; pero seguramente ha de ser de una gran utilidad para el especialista, para el cirujano en general, y muy especialmente para los estudiantes que deben ponerse al corriente de lo más importante del diagnóstico urológico.

ANTONIO FERNÁNDEZ MARTÍN.

Periódicos médicos.

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Acerca del neosilbersalvarsán y de la activación quimioterápica de los preparados de salvarsán por los metales, por el Dr. W. Kolle.**—El autor recuerda que hace tres años que empezó á hacer la experimentación clínica del silbersalvarsán y hace dos años que este medicamento entró en la práctica corriente. El objeto principal de este preparado era la curación de la sífilis en los primeros momentos de

(1) Board of Trade Jl 5 Mayo, Baitenzorg, Java.

la enfermedad; Kolle se esforzó en conseguir la *therapia magna sterilisans* y el *ictus immunizatorio* en el sentido que Ehrlich daba á estas expresiones. Sin embargo, el silbersalvarsán resultó también eficazísimo en el tratamiento de los períodos secundario y terciario de la sífilis, lo mismo si se hacía tratamiento mercurial que sin él. Un inconveniente puesto por muchos médicos á este preparado es la producción de fenómenos angioneuróticos, que si bien no han ocasionado nunca la muerte ni trastornos peligrosos, son, sin embargo, molestos. Teniendo en cuenta que algunos médicos en más de mil inyecciones casi nunca han observado estos fenómenos, y otros los señalan con frecuencia, es indudable que parte de culpa han de tener deficiencias de la técnica que empleen para poner las inyecciones; pero en parte interviene también, á buen seguro, la sensibilidad especial que tienen determinados sífilíticos para los derivados del arsenobenzol. Las dermatitis, muy observadas en Alemania, y especialmente en la población pobre, cuyo estado de alimentación es sumamente precario, son rarísimas en el extranjero, y especialmente en los países que no han tomado parte en la guerra. Deseando siempre exaltar la acción del neosalvarsán; tan empleado en la práctica, discurrió Linser la inyección de mezclas de una solución de salvarsán con otra de sublimado. Si bien es cierto que la mezcla de cualquier preparado salvarsánico con cualquiera de mercurio aumenta la eficacia de aquél, este aumento no es sino transitorio. A la larga, en cambio, la acción de estas mezclas es la misma que la de dosis iguales de salvarsán solo. Lo que se consigue con dichas mezclas es que los espiroquetes desaparezcan de los chancros más deprisa que si se inyectase sola una dosis doble de salvarsán. Es evidente que la mezcla de salvarsán con dosis insignificantes de mercurio que por sí solas no tendrían efecto alguno, no puede sustituir ni con mucho al tratamiento combinado, en el que se administran—independientemente del salvarsán—dosis activas de mercurio. Además, químicamente se ha podido determinar que con estas mezclas se origina una gran serie de descomposiciones; de las cuales queda libre el mercurio metálico, aunque en estado de gran división. Resulta que se inyecta una solución salvarsánica en descomposición, y que no se sabe nada acerca de la suerte ulterior que correrá en el organismo. El hecho es que muchos sífilíticos presentan una sensibilidad extraordinaria para las inyecciones de estas mezclas. Además, se aconseja no emplear nunca el sublimado que tiene gran poder oxidante, sino otras combinaciones de mercurio, principalmente el novasurol.

Los salvarsanes metálicos sustituyen con gran ventaja á estas mezclas de salvarsán con sales mercurícas, pues se obtienen de una manera constante por procedimientos químicos determinados, son cuerpos bien definidos y que se conservan indefinidamente; no se trata de substancias que se encuentren en proceso de descomposición. Combinando la molécula de arsenobenzol con un metal, la dosis de aquél, necesaria para conseguir una curación definitiva sin recidivas de los chancros de los conejos, es muy inferior á la dosis de arsenobenzol puro que se precisa para conseguir el mismo efecto.

Mezclando en proporciones determinadas el neosalvarsán con el silbersalvarsán se obtiene un cuerpo nuevo que es el neosilbersalvarsán. Sus propiedades varían de las de los dos cuerpos que le engendraron; puesto al aire libre en solución, apenas si aumenta su toxicidad en el término de un día, en tanto que la del neosalvarsán ordinario se hace cinco ó seis veces mayor en el mismo tiempo. Tampoco contiene silbersalvarsán sódico, pues éste se precipita en contacto con el CO_2 del aire, y en las soluciones de neosilbersal-

varsán no se produce precipitado alguno. Precipitado el neosilbersalvarsán de sus soluciones mediante procedimientos adecuados, se presenta como un polvo pardo obscuro que se conserva inalterado en tubitos sin aire. Mientras está en buenas condiciones se disuelve con suma facilidad, mayor todavía que el silbersalvarsán y da una reacción débilmente alcalina como el neosalvarsán. Tiene un 20 por 100 de arsénico y un 6 por 100 de plata. Si este polvo se pone en contacto durante mucho tiempo con el aire y con la humedad, como ocurre, por ejemplo, con las ampollas que se saltan durante el transporte, acaba por descomponerse; aumenta su toxicidad, cambia su color y las soluciones ya no son transparentes y de color pardo claro, sino turbias, y si la descomposición es muy grande, de aspecto lechoso. A pesar de la estabilidad del neosilbersalvarsán, mayor que la de los preparados que le antecedieron, no es conveniente hacer las disoluciones sino en el momento en que se vayan á emplear, pues pudiera muy bien ocurrir que se produjesen modificaciones y aumentos de la toxicidad que hasta ahora hayan escapado á los experimentos hechos en animales. Pero si es posible, y esto tiene una importancia considerable para el empleo en las clínicas y policlínicas, hacer disoluciones de cantidades grandes para inyectarlas, por ejemplo, en el término de una hora, á partir del momento de la preparación á un gran número de enfermos. El poder quimioterápico del neosilbersalvarsán se aproxima bastante al del silbersalvarsán. La dosis del nuevo preparado necesaria para la curación total de los conejos es la mitad de la dosis de neosalvarsán y muy poco superior á la de silbersalvarsán.

Hasta la fecha se llevan diez y ocho meses estudiando en la clínica los efectos del neosilbersalvarsán y todos los clínicos están conformes en aseverar que los enfermos le toleran muy bien. No se han observado accidentes angioneuróticos aun con inyecciones de 0,45 y de 0,5. Probablemente se prestará también para hacer curas combinadas con el mercurio y hasta para inyectarle mezclado con preparados de éste; pero sobre este punto, antes de poder autorizar el empleo combinado será preciso hacer estudios detenidos experimentales y clínicos. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 5 de Enero de 1922).

2. El tratamiento de las enfermedades infecciosas por la opoterapia de los órganos de defensa, por el Dr. Bayle (de Cannes).—Los resultados alentadores obtenidos con los extractos de bazo en el tratamiento de la tuberculosis, han inducido al autor á considerar esta medicación, no como exclusiva de una enfermedad determinada, sino como un método general; la opoterapia de los órganos de defensa, que viene á ser la conclusión lógica ó mejor la conjugación de los descubrimientos de Pasteur y de Brown-Sequard, por otra parte tan diferentes.

Siendo empleada hoy corrientemente la opoterapia en las insuficiencias glandulares, la novedad del método consiste en considerar á los enfermos de enfermedades infecciosas como atacados en ese momento de insuficiencia de sus órganos de defensa. No hace falta que la insuficiencia sea absoluta para que un órgano esté por debajo de su cometido, pues basta que en un estado mórbido particular el organismo exija al órgano más de lo que pueda proporcionarle. El primer efecto del exceso de trabajo será la congestión, que es manifiesta en el bazo en la mayoría de las enfermedades infecciosas: paludismo, gripe, tifoidea.

En tales casos será lógico y conforme á la más sana doctrina suministrar al organismo los elementos que necesite para reforzar la acción de los órganos comprometidos en un trabajo superior á sus fuerzas, cosa que conseguiremos por medio de la opoterapia de los órganos interesados y, en

especial, de los órganos de defensa. He ahí por qué este método es una consecuencia de los trabajos de Brown-Sequard, y ahora vamos á ver que también lo es de los trabajos de Pasteur.

En efecto, un suero curativo no es una toxina microbiana; hay en el suero toxinas, pero hay también otras cosas, pudiéndose definir diciendo: que el suero es el resultado de la acción de una toxina sobre un organismo que se defiende. El suero, pues, contiene á la vez toxinas microbianas y sustancias segregadas por los órganos de defensa. ¿A cuál de estos dos productos es debido su poder curativo? Sería absurdo creer que cuando un enfermo está profundamente intoxicado basta un poco más de veneno para curarle. El elemento salvador no es, pues, la toxina, sino la reacción del organismo productor de la vacuna ó, en otros términos, la secreción de los órganos de defensa. Con esto queda bien patente la conjunción de los descubrimientos de Pasteur y de Brown Sequard, puesto que los sueros pasteurianos obran igualmente haciendo opoterapia de los órganos de defensa.

Así es como se explica el autor el por qué dichos sueros son todos en cierta medida polivalentes, mientras que su acción específica la atribuye á la variable proporción para cada enfermedad de los distintos productos glandulares que los integran.

Si tales proporciones nos fuesen conocidas podríamos elaborar con productos opoterápicos verdaderos sueros sintéticos específicos, pero hoy por hoy habremos de limitar nuestros ensayos á la obtención de sueros polivalentes, en los cuales la menor exactitud de la fórmula puede ser en parte compensada por dosis más altas, puesto que aquí no tenemos el inconveniente de las toxinas.

La base fundamental de este nuevo tratamiento de las enfermedades infecciosas la hace residir el autor en los extractos esplénicos, afirmando que hacer opoterapia esplénica equivale á poner en acción á todos los otros órganos de defensa y, por lo tanto, á hacer indirectamente todas las demás opoterapias. A los extractos esplénicos mezcla una menor cantidad, en atención á su toxicidad, de extracto total de glándula suprarrenal, entre cuyos síntomas de insuficiencia figura la astenia que acompaña á la mayoría de las enfermedades infecciosas y muy particularmente á la fiebre tifoidea y á la gripe.

La fórmula se compone de 10 partes de extracto esplénico y una de suprarrenal, de la cual inyecta en el adulto 10 c. c. dos días sí y dos no, hasta curación. En el niño, 1 c. c. por año de edad hasta los cinco años, y de aquí en adelante se va aumentando medio c. c. por cada año más, hasta llegar á la edad de quince (dosis del adulto).

Por este procedimiento ha tratado el autor 102 enfermos durante la epidemia gripal; cinco tifoideos; un pneumónico típico y cuatro casos de roséola. Todos los casos han sido favorablemente influenciados por el tratamiento, sin que se haya observado ninguno en que los resultados hayan sido nulos. En todas las enfermedades citadas la atenuación ha sido manifiesta, caracterizándose por disminución de la gravedad, mejoría rápida de los síntomas generales, modificación profunda de la curva térmica y abreviación del ciclo.

La opoterapia bazo-suprarrenal se ha mostrado como un suero polivalente y su eficacia hará que se extienda á otras enfermedades infecciosas por ser un método racional de acuerdo con los dictados de la ciencia y que abre para el tratamiento de las enfermedades infecciosas una vía nueva que promete ser fecunda. (*Le Concours Médical*, núm. 51, 18 de Diciembre de 1921).—T. R. I.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Osteomielitis esclerosante crónica (1).**—El Dr. Arthur D. Kurtz comunica el siguiente caso:

Historia.—J. D., niño de escuela de trece años, se presentó á observación en la clínica ortopédica del Samaritan Hospital, el 29 de Abril de 1921, quejándose de dolor é hipertrofia en la tibia izquierda, que había comenzado dos años antes, y de un ataque febril, pero sin historia de traumatismo. El dolor era inconstante, tanto en su naturaleza como en su aparición, pero parecía empeorar de noche. La hipertrofia había sido progresiva y la salud general había sufrido. No se había producido en ninguna época ni pigmentación ni formación de pus y, en lo que pudo determinarse, tampoco hubo induración de los tejidos blandos. Los padres del enfermo vivían y se hallaban bien; el paciente tenía cuatro hermanos y dos hermanas que parecían sanos. No se pudo encontrar historia de tuberculosis. El enfermo había tenido sarampión, tos ferina, varicela, difteria, escarlatina, influenza y muchos ataques de angina. Cuatro años antes tuvo un absceso en la región inguinal derecha. Se le operó, con el diagnóstico de afección de la cadera. La herida operatoria se cicatrizó bien, y desde aquella fecha no le había molestado más la cadera. No pudo obtenerse historia de ningún estado traumático.

Exploración.—El niño estaba pálido, anémico y atrofiado, pesando 65 libras (29,5 kilogramos). No se descubrió nada de particular en la cabeza y los ojos. Existía infarto ganglionar, inguinal, bilateral, supraclavicular y submaxilar del lado derecho. El ganglio epitroclear no estaba infartado. Había una cicatriz de unas 4 pulgadas (10 centímetros) de largo en la región inguinal derecha, por encima y paralela al ligamento de Poupert. No había ni empastamiento ni sensibilidad en esta región. El raquis y todas las articulaciones fueron negativas. Todos los miembros, excepto el inferior izquierdo, parecían normales. La pierna izquierda revelaba una hinchazón fusiforme del tubérculo de la tibia; hacia la mitad de la diáfisis de dicho hueso, la hipertrofia tenía un contorno regular sin que pudiesen distinguirse ni palparse nudosidades. A la palpación no reveló ningún empastamiento en los tejidos blandos sobre ó alrededor de la tumoración. Esta era de consistencia ósea y era continua á la diáfisis del hueso, en todas partes, provocando la impresión de una hipertrofia ósea uniforme. No existía sensibilidad ni había pigmentación. La articulación de la rodilla y la del tobillo se movían libremente. Existía una ligera claudicación, pero no suficiente para impedir la locomoción. El pediatra comunicó un murmullo sistólico mitral, con acentuación del segundo ruido, en el área tricuspídana y ninguna lesión demostrable, en los pulmones. El departamento rinolaringológico informó que la nariz se hallaba permeable y libre, con mucosidad espesa y pastosa en los cornetes. Las amígdalas eran de tamaño mediano y las criptas bien marcadas, y probablemente infectadas. Los dientes se hallaban en estado regular, aparte de tres ligeramente careados. El análisis urinario, el Wassermann sanguíneo y la cutirreacción de von Pirquet, resultaron negativos. La sangre presentaba los típicos hallazgos de una anemia secundaria. El roentgenólogo presentó el siguiente informe: «Algunas señales de un estallo óseo cicatrizado, probablemente osteomielitis, del ilion derecho. No existía ningún hallazgo patológico en la articulación de la cadera derecha. Este hallazgo probable-

(1) De la Clínica Ortopédica del Samaritan Hospital.

mente explicaría el absceso de hacía cuatro años. La tibia izquierda revelaba hipertrofia fusiforme, desde la mitad de la diáfisis á la epífisis superior con obliteración completa de la cavidad de la medula ósea en esta área, aparte de un área pequeña de unos 4 centímetros por debajo del tubérculo tibial. No existía hipertrofia perióstica. La obliteración de la cavidad de la medula ósea se debe á la corteza que se halla enormemente hipertrofiada y que la invade. El caso era de osteomielitis, probablemente de origen sifilítico.»

Operación y resultado.—Teniendo presente todos estos informes y nuestros propios hallazgos, decidimos que existía un área de infección ósea, que se había emparedado y se manifestaba en el área enrojecida, en donde debería hallarse la cavidad de la medula ósea; que la infección era sumamente pequeña y probablemente de origen amigdalino y que lo más prudente sería trepanar el hueso sobre el área enrojecida y limpiar lo que allí se hallase, haciendo que el cirujano rinolaringológico verificase una amigdalectomía al mismo tiempo. De acuerdo con esto, se admitió al paciente al hospital, y el 13 de Mayo, bajo anestesia etérea, se practicó una incisión inferior larga. El periostio sólo estaba ligeramente espesado; se desprendía con facilidad. Se midió desde el tubérculo tibial á un punto sobre la cavidad, como la indicaron los rayos X. Se empleó para abrir el hueso un motor de Albee con un trépano unido á él. El trépano funcionó con dificultad, debido á la eburnación extremada que existía, siendo necesario trepanar más de media pulgada (12,7 milímetros) antes de llegar á la cavidad. El trépano puso de manifiesto lo que parecía ser tejido normal de la medula ósea. Luego se tomó un trépano especial y se agrandó la abertura, empleándose una cucharilla para limpiar la cavidad. No se encontró nada, aparte de la substancia semejante á medula ósea que parecía algo más seca que la medula normal. La cavidad era pequeña, de unos tres cuartos de pulgada (19 milímetros) de largo y media pulgada (12,7 milímetros) de profundidad, hallándose rodeada en absoluto por el hueso denso. Con el trépano se extirparon todos los bordes y tejido colgante. Luego se suscitó la cuestión del tratamiento debido de la cavidad. Teniéndose presente la labor de G. M. Coates sobre el apósito con coágulos sanguíneos en la mastoiditis, y creyendo que se trataba de hueso no infectado, decidimos cerrar herméticamente y sin drenaje, dejando, por consiguiente, el nuevo coágulo en su sitio. Empleamos dos capas de catgut crómico O, utilizando una sutura continua en los órganos profundos, y una interrumpida en la piel. Se aplicaron apósitos secos estériles y se trasladó de nuevo al paciente á la sala, reteniéndosele en el hospital, hasta el 30 de Mayo. En la fecha en que se le dió de alta, existía una infección cutánea en la incisión, que cicatrizó pronto. Un roentgenograma, en Agosto, reveló obliteración de la cavidad ósea. Se alivió el dolor en seguida y el niño camina con muy poca ó ninguna cojera. Todavía persiste la hipertrofia ósea y parece ser permanente. Su salud general ha mejorado constantemente, y la amigdalectomía tuvo indudablemente mucho que ver con la mejoría. Unas dos semanas antes de que yo le viera por última vez, se desarrolló una pequeña área ulcerada en el medio de la incisión; era puramente superficial y se ha cicatrizado.

Comentarios.—Antes de leer el trabajo del Dr. Jones, me creía que se trataba de una infección benigna que provocaba osteogénesis en vez de destrucción, siendo la infección de origen amigdalino ó un remanente de alguna de sus numerosas infecciones agudas. Después de leer dicho trabajo, he cambiado de diagnóstico á osteomielitis esclerosante de Garre, aunque creyendo todavía que etiológicamente una infección focal ó anterior desempeña el papel principal.

Sumario.—Se trata de un caso de osteomielitis esclerosante, sin historia de traumatismo, pero con historia de muchas infecciones agudas y un foco de infección. La cavidad de la medula ósea estaba completamente obliterada, aparte de un área menospreciable. Además, el cierre de la incisión sin drenaje produjo un resultado feliz. Lo único que lamento es no haber hecho examinar microscópicamente el material de la cavidad y que se hiciesen cultivos.—(Edición española de *The Journal*, A. M. A., 15 de Febrero de 1922).

SIFILIOGRAFIA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Las fricciones limpias en la mercurioterapia de la sífilis.—Los Dres. H. N. Cole, A. J. Gericke y Torald Sollmann, publican lo siguiente acerca del empleo de la pomada mercurial:

Desde una época muy remota, se han empleado fricciones en el tratamiento de la sífilis. Al usarlas, se ha acostumbrado dejar la pomada sobre la parte del cuerpo á la que se aplica. No parece que la recomendación de dejar el ungüento sobrante sobre la piel se haya basado en comparaciones reales, sino más bien en opiniones teóricas sobre el mecanismo de la absorción del mercurio, es decir, que se absorbe el mercurio, principalmente por inhalación y que puede absorberse directamente á través del estrato córneo de la piel.

Los experimentos de Wilde, Elliott, Schamberg, Kolmer, Raiziss y Gavron, constituyeron poderosos argumentos en contra de la inhalación como mecanismo esencial. Se demostró que la segunda explicación era errónea, debido á la labor de Neumann y Fuerbringer, que hace muchos años demostraron que después de frotar pomada mercurial en la piel del hombre y de los animales, podían encontrarse glóbulos de mercurio en el cabello y en los folículos sebáceos á unas dos terceras partes de su profundidad. No se encontró ninguno en las glándulas sudoríparas, excepto en los orificios. Dedujeron de esto que los glóbulos pueden absorberse de estas partes, puesto que á los pocos días habían disminuído en cantidad y desaparecido por completo á las pocas semanas. En tanto que el mercurio soluble se descubrió químicamente en los órganos internos, no se encontraron glóbulos mercuriales en ninguna parte interna. Concluyeron basándose en esto, que la absorción tenía lugar únicamente en las partes frotadas, porque aun obstruyendo perfectamente los pulmones de este territorio, se encontraba mercurio en el organismo. Descubrieron, además, que una epidermis no perforada no absorbe mercurio y concluyeron que la absorción del mercurio tenía lugar debido á la influencia del cloruro de sodio, los ácidos grasos y los albuminatos, y especialmente de las secreciones glandulares de la piel. Si se limita la absorción al mercurio que se ha frotado en las glándulas, el ungüento mercurial sobrante que queda en la superficie cutánea después de completarse la fricción, no llena ningún cometido.

Esto nos proporciona un valioso punto terapéutico por varias razones. No se emplean mucho las fricciones porque son sucias y desagradables; pueden hacer que se descubra la enfermedad, y cuando la preparación permanece en la piel mucho tiempo, es más probable que provoque foliculitis. Ahora bien, si el paciente al cabo de una fricción de treinta minutos, puede limpiarse lo que queda en la piel, no se encuentra ninguna de estas dificultades y tenemos una vía para el tratamiento antisifilítico que puede usar el paciente mismo sin temor al descubrimiento, sin ninguna

suciedad, sin irritación gástrica y sin el dolor que produce el uso de las inyecciones mercuriales. Hemos considerado este punto tan importante que hemos tratado de demostrar nuestro argumento desde el punto de vista clínico. Con este objeto tomamos al azar una serie de 44 sífilíticos, en todos los estadios de la sífilis, aunque la mayoría correspondían al secundario.

En estos pacientes se usó la siguiente técnica, á la vista de un ayudante: Se frotaron 4 gramos del Unguentum Hydrargyri oficial de la F. E. U., durante treinta minutos. Al cabo de este tiempo, el ayudante quitó de la piel todo el mercurio que quedaba, usando bencina y algodón, en abundancia. En estos pacientes se empleó un sitio distinto cada noche, por lo menos durante seis noches, á fin de evitar las probabilidades de irritación cutánea, y á fin de que no pudiera alegarse que se absorbía el mercurio por la piel irritada. Se vigiló primeramente á los pacientes con el deseo de ver con cuánta rapidez revelarían síntomas de hidrargirismo, ó más bien, si revelarían síntomas hidrargíricos con el mismo número de fricciones que la mayoría de los individuos en los que se dejaba la pomada. Secundariamente, se observó cierto número de sífilíticos secundarios para observar la acción terapéutica de las unciones mercuriales de acuerdo con esta técnica. En 44 pacientes, pudimos obtener un ptialismo marcado, y edema gingival, 32 veces. Correspondían á los pacientes que se ven regularmente en la práctica hospitalaria, recibiendo cada uno el ordinario tratamiento, con cepillo de dientes y enjuagatorios de cloruro de potasio, dos veces al día, siendo el número de fricciones, 20, 17, 9, 10, 13, 5, 8, 9, 7, 17, 19, 23, 10, 13, 13, 15, 17, 14, 12, 17, 18, 6, 8, 13, 13, 11, 19, 13, 13 y 16. En nueve, el ptialismo y edema gingival no fueron tan marcados, siendo el número de fricciones, 9, 15, 17, 16, 18, 10 y 14, en tanto que en cinco se produjeron ptialismo y edema extremados, debiéndose, probablemente, en uno de los casos á una sensibilidad peculiar al medicamento, en vista de que se presentó después de la sexta fricción, en tanto que en los otros pacientes se produjo á las 22, 12, 15 y 9, respectivamente. En toda la serie de 44 pacientes, el número de fricciones que se necesitó para producir estomatitis, varió de cinco á veintitrés días, con un término medio de 15 unciones.

Cualquiera que verifique labor antisifilítica, y emplee unciones mercuriales, comprenderá que estas cifras son casi idénticas á las que se ven por lo general al tratar á pacientes con fricciones mercuriales y dejar la pomada en el cuerpo, después de la fricción. La mayoría de estos pacientes, por lo general, pueden recibir de 10 á 20 unciones, antes de que se produzcan síntomas de hidrargirismo, dependiendo ésto principalmente de la susceptibilidad del individuo. No obstante, pueden obtenerse los mismos resultados, como lo indican nuestras cifras cuando se quita el medicamento de la piel después de la fricción. Juzgamos que estos datos indican terminantemente que se obtiene el efecto completo de la pomada, si se frota completamente en la piel durante treinta minutos y se limpia inmediatamente el exceso.

Si se absorbe el mercurio en tal grado que produzca ptialismo, también debe producir los efectos terapéuticos del medicamento. La producción de salivación es, por supuesto, prueba convincente de que se logra la absorción del mercurio en cantidades terapéuticas. Sin embargo, hemos confirmado esto directamente. En varios de estos casos, con erupción secundaria, no administramos ninguna arsénamina al principio, empleando meramente las fricciones. Nuestro primer paciente, un individuo con sífilis secundaria y

placas mucosas, reveló un resultado terapéutico positivo, al cabo de veinte fricciones, produciéndose ptialismo y ligero edema gingival. El próximo, con una erupción macopapular recibió ocho fricciones, al cabo de las cuales el ptialismo era tan grave que tuvimos que comenzar á usar la arsénamina y suspender el mercurio, en cuya fecha no se había producido todavía ningún marcado efecto positivo sobre la enfermedad. Un negro, con liquen sífilítico marcado y dentadura bastante buena, manifestó un resultado positivo á las siete fricciones, en cuya ocasión el ptialismo era tan grave que tuvimos que suspender el mercurio y comenzar la arsénamina, en tanto que otro negro que tenía una sífilide folicular y dentadura buena, manifestó un resultado terapéutico positivo al cabo de diez y siete fricciones, en tanto que sus encías estaban tan afectadas que tuvimos que abandonar el medicamento y emplear la arsénamina. En otro caso, en un negro que tenía una sífilide folicular, el ptialismo también comenzó al cabo de diez y siete fricciones, lo que nos obligó á suspender el mercurio. El resultado había sido muy bueno con las fricciones mercuriales. Lo mismo fué cierto en cuanto á un hombre blanco que presentó al cabo de diez y ocho fricciones, una sífilide macopapular, en tanto que un individuo con una lesión primaria y buena dentadura, manifestó ptialismo al cabo de seis fricciones, de modo que tuvimos que suspender el mercurio, siendo por supuesto el resultado terapéutico todavía muy ligero. No cabe duda de que estos pacientes no se curaron de la sífilis con estas pocas fricciones mercuriales. No obstante, los síntomas de la enfermedad se habían beneficiado mucho—indudablemente lo mismo que si se hubiese empleado la técnica vieja.

Conclusiones.—Fundándonos en nuestro estudio clínico preliminar, nos sentimos justificados en sacar las siguientes conclusiones:

1.^a Al tratar la sífilis, por medio de fricciones mercuriales, probablemente el único mercurio que se absorbe es la parte de la pomada mercurial que se frota en los folículos pilosos y en la entrada de las glándulas sebáceas y sudoríparas. De aquí, que pueda quitarse toda la pomada superflua que queda en la piel, inmediatamente después de la fricción, sin disminuir el efecto mercurial.

2.^a Fundándonos en cuarenta y cuatro casos clínicos de sífilis, tratados con esta técnica, creemos que hemos podido demostrar esto clínicamente.

3.^a Debido á nuestros hallazgos, creemos que en el futuro no deben descuidarse las fricciones mercuriales, debido á los factores desagradables en cuanto á su uso, á saber: suciedad, probabilidad de que se descubra la enfermedad y provocación de una foliculitis.

4.^a Pueden recomendarse las fricciones mercuriales, de acuerdo con la técnica que recomendamos, para el tratamiento de la sífilis como un progreso marcado en la terapéutica de esta enfermedad. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Febrero de 1922).

E. I.

Constat iis quibus nutritur corpus (Boerhaave).

El cuerpo consta de aquello de que se nutre.

Similia conservanda similibus (Boerhaave).

Las cosas semejantes deben conservarse con las semejantes.

Juvantia et nocentia precipue indicant (Boerhaave).

Lo que aprovecha y lo que daña forman principalmente las indicaciones.

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.

El homenaje á Cajal.

Lucido, consolador y digno de entusiasta comentario fué el espectáculo que presenciarnos el lunes 28 en el Salón de Actos de la Real Academia de Medicina. Convocadas por la Junta ejecutiva del homenaje á Cajal, acudieron á aquel sitio las más variadas y al propio tiempo las más altas representaciones de la intelectualidad española, de la nobleza, de la Banca, del ejército, del trabajo, de la industria; en una palabra, de todos los valores nacionales, reunidos con espontáneo entusiasmo para convenir en los medios oportunos, al propio tiempo que solemnes y brillantes, para significar al más renombrado, ilustre y mundial de nuestros hombres de ciencia un testimonio del general aprecio y del envanecimiento nacional, por ser él muestra viva y eficiente de las aún no extinguidas capacidades de nuestra raza y de los valores que en ella puede descubrir el trabajo perseverante y animado por una inteligencia orientada en el sentido de las investigaciones elevadas y de las especulaciones ideales, al propio tiempo que apartadas del vulgar trajín político y resistentes á la gravitación de los instintos menudos del momentáneo provecho.

Decimos que el espectáculo se prestaba á comentario envanecedor, y séanos dado consignarlo así hablando á nombre de la Ciencia española y de la médica particularmente. Con efecto; á muchos empeños semejantes al que el lunes comenzó á realizarse, hemos asistido y alrededor de los hombres que eran objeto de ellos, hemos visto agruparse numerosas y brillantes representaciones de las colectividades respectivas á que el festejado pertenecía; pero nunca hemos visto nada que pueda compararse siquiera á lo que el solo nombre de Cajal ha evocado, siendo en ello quizás lo más estimable, lo heterogéneo de los valiosos factores que se apresuraron á ofrecer sus desinteresadas colaboraciones para el enaltecimiento del gran maestro.

Lean nuestros lectores las firmas que autorizan la carta manifiesto que fué aprobada por la Junta Nacional y verán que no hay exageración ni *egoísta* envanecimiento en lo que afirmamos.

El acontecimiento que los entusiastas de Cajal se proponen realizar, promete, pues, ser digno de lo que en él se celebra, y á los médicos españoles corresponde buena parte del envanecimiento y de la

alegría que de tal acto pueda resultar; pues nadie podrá negarnos que, aparte lo que en el caso presente justifica la figura insigne que sirve de motivo á la manifestación de entusiasmo, la clase médica española es, si no la única, la que más enaltece y hace resaltar los méritos de las personalidades que bajo su santa bandera han envejecido en medio de trabajos incesantes, sacrificios callados y generosas empresas.

Buen consuelo es este, cuando nos paramos á considerar cómo aparecen ahogados y anulados por el general aplauso levantado por lo grande, los ecos disonantes y pequeños que de vez en cuando se empeñan en hacernos pasar por una clase mal avenida é inspirada por pequeñas pasiones. Basta que en el Cuerpo médico suene una voz que llame al enaltecimiento de lo que es de él digno, para que alrededor del hombre representativo acuda lo sano, lo noble y lo generoso, que es lo más, digan lo que quieran nuestros detractores.

Una de las cosas que con mayor complacencia podemos consignar como dominantes en la Junta organizadora y luego en la Junta Nacional que el lunes se reunió con motivo del homenaje que comentamos, es el espíritu decidido y unánime de que todo cuanto se haga sea para Cajal, por Cajal, por la obra constante de Cajal y por el porvenir ejemplar de su continuación.

Nada de exhibiciones personales con pretexto del enaltecimiento ajeno.

Cajal se basta y sobra para que los que le conocen vean en él una alabanza que no necesita de intérpretes. Las representaciones que á su homenaje se agregan, se bastan también al ser enumeradas sin aspirar á exhibiciones teatrales y pomposas.

La Junta organizadora está resuelta á dar su misión por terminada á la puerta del salón de sesiones del local en que haya de celebrarse la apologética de Cajal, al pie del monumento que hará durable el recuerdo del gran maestro y en el umbral del Instituto que ha de ser iglesia de su rito y templo de su dogma.

Lo repetimos: nada de exhibiciones personales con pretexto de la ajena gloria. No olvidemos que hay hombres que teniendo ambiciones de estrellas y capacidades apenas para bólidos, tienen que limitarse al papel de lunas, y se esfuerzan en hacer pasar por suyo el resplandor que ocasionalmente reciben. ¡Cómo se reirán de estos tales los

pobrecitos gusanos de luz tan contentos y ufanos con el resplandor que por sí mismos producen!

DECIO CARLAN.

EL LENGUAJE MÉDICO

III

La aspiración a una absoluta propiedad y corrección en el hablar es, desde el punto de vista de la eficacia, cosa muy difícil, y desde el de la ejecución y el propósito, pedantesca. Pero el cuidar de la limpieza y propiedad del habla, es sencillamente muestra de buena crianza, urbanidad y respeto a los demás como si fuera la limpieza del cuerpo y el decoro del vestido, además de ser conveniente habilidad para el fin del escritor.

Por esto, aunque a alguien le parezca excesiva nuestra insistencia, estamos dispuestos a continuar en ella, contestando a cuantas dudas se nos comuniquen y mencionando o no su origen según se nos autorice o no para ello.

Hueso, con *H*, *óseo* sin ella; *osamenta*, sin *H*, *huesudo* y *huesoso* con ella. Estas que son en el uso incongruencias inexplicables, tienen explicación para los técnicos en Lingüística, para los gramáticos y para los etimologistas; pero la falta de lógica de estos casos, merecía bien la pena de que el uso se impusiese... ¿cómo? Pues suprimiendo la *H* en todos los casos, como han hecho los italianos, que son, por lo menos, hermanos mayores nuestros en materia de lengua, dada nuestra común descendencia del padre *latín*.

Cosa análoga sucede con *anémico* y *hemorragia*, *hemofilia* y todos los compuestos en que entra la radical *hemos*, significativa de sangre. De no decir *anhemia*, ¿por qué decir *hemostático* y sobre todo *hiperhemia* que es tan compuesto como *anhemia* y *anoxhemia*?

Pero así se dice, y no hay más que obedecer o pasar por ignorante.

Lítico y *lísico* se confunden algunas veces indebidamente, al formar con ellos términos compuestos. *Lítico* viene de *litos* *piedra*, y por tanto lleva en sí la idea de transformación pétreo o semejante físicamente a la piedra, mientras que *lisis* significa disolución, descomposición o destrucción. Así, decir *fermentos citolíticos*, queriendo expresar *fermentos que descomponen o destruyen los organismos celulares*, es una impropiedad, y lo que se ha dicho es: *fermentos que transforman las células en substancia pétreo o al menos en concreción dura*.

En fin, la terminación *lito* expresará siempre *piedra* o *dureza*, mientras que la desinencia *liso* o *lísico* expresará *destrucción*.

Hemoltsico desorganizador de los elementos sanguíneos.

Un defecto del habla castellana, o mejor dicho de su uso actual, consiste en el desuso en que han caído los

participios de presente, aun de los verbos más vulgares, terminados generalmente en *anta*, en *ente*, en *iante* o en *iente*, tan expresivos en su naturaleza y tan empleados en las demás lenguas, particularmente en las de origen latino. Nadie dice, por ejemplo, *cadente*, *dicente*, *yente*, *viniente*, y pocos dicen *orante*, *oferente* y *avanzante*, y sin embargo no creo que pueda encontrarse mejor manera de significar *lo que cae*, *lo que dice*, *lo que va*, *lo que viene*, *el o la que ofrece*, etc., etc.

Los médicos incurren en esta misma injustificada omisión impuesta por las perezas más que por los caprichos del uso, y aun cuando algunas veces emplean estos participios como adjetivos verbales, los emplean, por lo general, de un modo imperfecto, esto es, dándoles género; así dicen *parturienta* por *parturiente*, *clienta* por *cliente*, lo cual les llevaría, en buena lógica, a decir *humanidad dolienta*, *cabeza parlanta*, *muela dolienta* y otros que todos calificarían de desatinos por no estar todavía estropeados por el *abuso*.

Muchos escritores, oradores y aun académicos defienden o al menos emplean la palabra *presidenta*, cuando hablan de un presidente hembra, y dirán en su casa que tienen una *sirvienta*, y en su familia *varias parientas*.

Estos señores, que no llamarían (y harían muy bien) *videnta*, a la mujer que ve; ni *naveganta*, a la mujer que navega; quieren, sin embargo, llamar *presidentta*, a la mujer que preside; *demandanta*, a la que solicita, contra toda eufonía, toda lógica y toda tradición gramatical.

Distingamos: *presidenta*, es la mujer del presidente, como *regenta*, es la mujer del regente; pero el que preside, presidía o presidió, es *presidente*, *cualquiera* que sea su sexo, como los que ejercen las regencias son *regentes*, sean hombres o mujeres.

Parturiente es la o lo que *pare* (y este parece el caso más difícil); pero nadie puede negar que en el sentido figurado se dice *de un tumor que pare a la manera que Horacio lo dijo del monte*, calificándole de *parturiens*.

¿Diríais nunca que en un barco iban 100 *navegantes* y 100 *navegantas*? Seamos lógicos, que la Gramática por parte de la lógica, ha sido siempre tenida.

Mi suegra es muy *impertinenta*, me decía en cierta ocasión un aldeano, produciendo gran hilaridad en los que le escuchaban, que no eran ciertos académicos ni escritores que pasan por correctos.

El usar la palabra *decúbito*, como sinónimo de úlcera o de lesión cutánea, ocasionada por la permanencia en el lecho o en una determinada postura en ciertas enfermedades y en especial en la fiebre tifoidea y las parálisis, es cosa que se hace comprender, pero constituye un galicismo tomado de los peores *galos*, no de los que escriben con propiedad, que son muchos más proporcionalmente que en los demás países.

Y ya que esto afirmo en honor de los franceses, me viene en ganas el deseo de inquirir por qué causa es innegable que *en general* los franceses, y sobre todo los médicos franceses, escriben con mas soltura y elegan-

cia que los ingleses, alemanes y españoles, y con más naturalidad que los italianos. A nuestro entender, no depende esto de su lengua; es la nuestra tan rica como la suya y más expresiva y elegante; el inglés es más gráfico y conciso, y el alemán más concienzudo, minucioso y altisonante. La razón se encuentra, á mi entender, en la preponderancia que se da en las escuelas francesas á la enseñanza y ejercicio de lo que en ellas se llama *estilo y ejercicio de composición*. Siguiendo el sistema cíclico, el niño francés comienza, desde que pisa la escuela, á expresar por escrito lo que piensa, á describir lo que va á formular y dar cuerpo á lo que sabe ó á lo que piensa.

Constituye esto un ejercicio primero y un hábito después, que hace que sea raro el escritor francés que no se exprese correctamente, y aun puede decirse que el natural de Francia que no se produce de modo claro y atractivo.

Por eso hemos encontrado cosa muy acertada la novedad introducida en nuestro Colegio de Huérfanos, de acostumar á los alumnos á dar forma escrita á sus pensamientos é impresiones.

¡Cuántas veces hemos oído á ilustrados médicos españoles, más por modestia exagerada que por justa apreciación de sus medios, que no publicaban sus observaciones, ni el fruto de sus trabajos é investigaciones, *porque no sabían escribir!*; ¡como si el escribir fuese otra cosa que dar forma externa gráfica y natural á lo que sabemos y pensamos!

* *

Miserere, cólico miserere, ileo, vólvulo, oclusión intestinal.—La aclaración que sobre estos términos se nos pide, creemos encontrarla rectamente en las siguientes consideraciones:

Miserere, palabra latina, como es sabido, no significa más que la forma imperativa del verbo deponente latino *misereor, miseraris*, que significa tener lástima ó misericordia. La aplicación de este término al caso actual y su forzada sinonimia con los otros términos que he mencionado, según unos (*Littre*), nace de la compasión que despierta el cuadro doloroso de la enfermedad, y según otros, de la significación de desesperanza que tiene la aparición de un síntoma para el cual se aplica por antonomasia la palabra *miserere*, ó sea para los vómitos estercoráceos y fecaloides. Así es frecuente oír que «*se presentó el miserere*» para expresar que aparecieron los vómitos fecaloides.

Esta interpretación vulgar es bueno que sea conocida; pero en nada puede influir en la formación del concepto del síndrome sintomático que se confunde con los diferentes nombres antedichos.

Efectivamente, *ileo*, tomado del francés malamente, quiere decir oclusión intestinal localizada en el intestino *ileo*; *vólvulo* quiere decir oclusión por torcedura ó inversión de los intestinos. En resumen: *vólvulo* é *ileo* son casos particulares de la *oclusión intestinal*; *miserere* no tiene significación científica alguna.

En algún Diccionario hemos leído que el *miserere* se llama en España *pasión illaca*; esto que parece ver-

dad (en términos parecidos) en las lenguas francesa, inglesa é italiana, no recordamos haberlo leído nunca en ningún autor español.

* *

La palabra *cólico* representa por lo general *dolor espasmódico y violento*: por antonomasia se empleaba antiguamente para designar el cólico intestinal por indigestión ó enfriamiento; pero en la actualidad se ha hecho extensiva á todo dolor que tiene por causa el espasmo ó la obstrucción de un conducto natural.

Cólico renal y nefrítico son sinónimos y denominan al acceso doloroso producido por el paso de un cuerpo extraño por los uréteres. No sucede lo mismo con *cólico bilioso, cólico biliar y cólico hepático*; pues el primer término significa cólico de origen gástrico ó intestinal, que va acompañado de vómitos y materiales biliosos, entre otros síntomas, mientras que el *biliar y hepático* designa el síndrome doloroso producido por una concreción al pasar, ó procurar pasar por los conductos eferentes del hígado y de la vejiga biliar; es decir, por el *hepático, el cístico* ó el *colédoco*, según los casos.

A propósito, respondiendo á una pregunta: *vejiga* no cabe duda de que debe escribirse con *j*, porque viene del latín *vexica*, y lo mismo sucede con *vejigatorio*, que delata su origen al emplear su sinónimo *vexicante*. El que muchos lo escriban con *g* no es una razón: un plebiscito en materia de lenguaje conduciría á aceptar la palabra *treato* en vez de *teatro*, y *caramelo* por *caramelo*.

MAESTRO CIRUELA

AL SR. D. L. S.

Censor y comentarista áulico de «Decio Carlán».

LA DIRECCIÓN DE SANIDAD

Cuentan las viejas historias, que los Reyes de Egipto tenían cerca de sí un funcionario que les recordaba á cada instante la idea de la muerte y les llamaba la atención sobre sus errores y pecados. Aunque no nos creamos Faraones ni Tolomeos (por más que vayamos ya para momias), *La Farmacia Moderna* nos induciría á tal petulancia al concedernos el trato de aquellos personajes, constituyéndose en nuestro corrector de pruebas perseverante, en nuestro censor infatigable y en fiscal severo y zahorí de nuestros pensamientos; pero el bueno del sistemático censor, no puede negar la debilidad que por nuestro director tiene, pues de otro modo no sería explicable que, habiendo tantos temas como á diario ofrecen los asuntos profesionales á que él preferentemente se inclina, y teniendo imaginación, arte, sal y garbo, para hablar de tantas cosas con evidente placer de sus lectores, no encuentre otros temas que tratar, actos que censurar, ni propósitos á que oponerse, que los tratados, realizados ó propuestos por el pobre *Decio Carlán* ó por el Sr. Cortezo, y si el travieso D. L. S. se limitara á lo real y efectivo (que campo más que extenso y variado le ofrecerían las culpas y pecados de su amigo), nada tendríamos que decirle, ni menos de qué quejarnos

pero es el caso, que cuando le faltan ó no encuentra cosas reales, se lanza á fantasear, da por hecho, averiguado y probado lo que buenamente se le antoja, y con tan fácil y cómodo *método de prueba* se yergue y procede á la aplicación de sus sanciones y legaliza en sus bellas, aunque monótonas *decenas*.

Ejemplo al canto: se restablece la Dirección de Sanidad; pues esto (según L. S.), le ha sabido muy mal al Sr. Cortezo, pues ha sido una ingratitud del Sr. Salazar, protegido suyo, quien pudiendo ya volar por cuenta propia, procede sin su conocimiento, por propio provecho en este asunto que á Cortezo *tanto le interesaba*.

Está muy bien, no hay en esto más inexactitudes que las tres afirmaciones que se hacen. 1.ª La de que el Sr. Salazar sea protegido, ni hechura del Sr. Cortezo. Para todo el mundo, que no sea por lo visto D. L. S., D. Manuel Martín Salazar es uno de los hombres de carrera más independiente y más sólida de nuestra profesión; cuando por escrupuloso concurso obtuvo el puesto de inspector de Sanidad exterior, trajo á su expediente un bagaje tal de trabajos, servicios y merecimientos, que nadie dudó en darle su voto, ni menos el Sr. Cortezo, quien entonces ni siquiera le conocía personalmente. Después, es cierto y no hay por qué negar cosa tan lícita, que el trato, el mutuo conocimiento y la identidad de desinterés en la conducta, ha dado origen á una estrecha amistad en la que lo administrativo casi nunca viene á interrumpir con la antipatía de su prosa, los coloquios, literarios filosóficos, la comunicación de las mutuas lecturas y tantas otras substanciosas conferencias, en las que rara vez (lo repetimos) se habla de Sanidad *aplicada* (entiéndase bien, aplicada al provecho propio ó al egoísmo ajeno).

El Sr. Salazar fué siempre partidario de la Dirección de Sanidad; el Sr. Cortezo no puede cometer la hipocresía de decir que lo ha sido nunca, siendo así que propuso en proyecto de ley presentado como ponencia al Real Consejo de Sanidad en Agosto de 1892, y en colaboración con el Sr. Rodríguez San Pedro, un proyecto de ley que luego sirvió doce años más tarde para base de la Instrucción general de Sanidad. La Dirección fué en 1893 suprimida por un ministro, quien tomando el rábano por las hojas, dió por razón á su violencia el que los médicos mismos la proponían, sin pararse á mirar que lo que los médicos hacían era sustituirla, para ampararla y darle mayor estabilidad y eficacia, y entonces quedó todo el organismo sanitario central reducido á un *negociado* dependiente de la Subsecretaría, produciendo los trastornos que es de suponer. Llegó la peste de Oporto, y en aquellos momentos de angustia se exigió del patriotismo del Sr. Cortezo que aceptara la creación y organización del discutido Centro. Tal era el amor del Sr. Cortezo á la Institución, que apenas cumplido su cometido de defensa contra la epidemia y la organización de la Sanidad exterior, por compromiso inaplazable adquirido por España en las Conferencias de Venecia, renunció *irrevocablemente* el cargo, siendo en él sustituido por el Sr. Cortejarena. Sobrevino un cambio político, entró en el Poder el partido liberal, dimitió el Sr. Cortejarena y fué nombrado el Sr. Pulido; pasaron dos años,

vino un nuevo cambio político, dimitió el Sr. Pulido y fué nombrado nuevamente el Sr. Cortezo, con la promesa formal del Sr. Maura, de que se le consentiría la reforma total de la Sanidad. Cumplióse la promesa, y llevada á la *Gaceta* la tal reforma (Instrucción de Sanidad), lo primero que pudo en ella advertirse fué la supresión de la Dirección general, sustituida por las dos Inspecciones que durante mucho tiempo han existido. Es decir, que lo que entonces hizo el Sr. Cortezo, suprimiendo su cargo, fué, como humorísticamente lo calificó el Sr. Maura, *un caso de suicidio administrativo*.

No faltaron microespíritus que supusieran que la supresión propuesta obedecía al propósito de que otros no desempeñaran el cargo; pero dejando impudezas aparte, ¿podrá nadie negar que equivocada ó acertadamente, el Sr. Cortezo no es partidario de la Dirección de Sanidad?

Que á su vez el Sr. Salazar, por razones de convencimiento, por analogías con otros países ó por motivos circunstanciales, crea en este punto lo contrario de su buen amigo, ¿qué tiene esto que ver para hablar de desengaños, de ingratitudes, de desvíos y de todas esas zarandajas del laboratorio de las picardías de *La Farmacia Moderna*? Conste, pues, que hace tiempo ya, ha tenido el Sr. Cortezo como idea básica, fundamental y perseverante, la de que la Sanidad debe ser un servicio totalmente autónomo é independiente de toda influencia política y que todo asomo de peligro en este sentido, sea por creación de Dirección (expuesta para sus provisiones ulteriores á la interpretación de la ley de 1876 y al art. 39 de la de Contabilidad), sea del Ministerio de Sanidad por preceptos ineludibles de la Constitución del Estado, le parecerán mal, sobre todo cuando cree y afirma que hay otros modos y caminos para llegar á hacer que el organismo central sanitario tenga tanta importancia como un Ministerio y mucha más independencia que cualquiera departamento ministerial.

Pero esto nada tiene que ver con el Sr. Salazar ni con los que estiman que la reforma creadora de la Dirección ha sido un acierto. Cuando se piensa desinteresadamente, nadie puede ofenderse de lo que piensan los demás.

Y para terminar con nuestro fantaseador novelista y levantador de infundios, diremos una vez para siempre, en cuanto á lo que se refiere á las insinuaciones sobre las simpatías ó antipatías hacia los farmacéuticos, lo que Sancho decía de los médicos cuando le acusaban de su error á Pedro Recio de Tirteafuera: «que á los *farmacéuticos* sabios, prudentes y discretos los pondré sobre mi cabeza y los honraré como á personas divinas».

Pregunte D. L. S. á los farmacéuticos independientes, hombres de ciencia, honra de su ejercicio profesional, si el Sr. Cortezo es ó no entusiasta suyo; pregunte á los que son gloria de la cátedra, como Carracido y Fernández (Obdulio), á los que son espejo de probidad profesional, como Marín y Sancho, Medina y cien otros; á los que hacen respetable y santo el ejercicio de su ministerio, á todos los continuadores de las tradiciones



de los Lletget, Merino y Collantes, como Madariaga, Ortega y tantos más, y ellos le dirán si no han encontrado un fervoroso colaborador y admirador en el que L. S. crea ver su adversario; pero si se lo va á preguntar á los que despachan *tintura de energúmeno* ó á los que *apedrean las lunas* de sus compañeros prósperos, entonces no nos extraña que forme tan equivocado juicio.

Y basta, y aun sobra por hoy.

C.

HOMENAJE Á GAJAL

JUNTA ORGANIZADORA

No será menester emplear muchas palabras para hablar de Cajal á los españoles. En el mes de Mayo próximo dejará el maestro, por mandato de la Ley, la cátedra que desempeña en la Universidad de Madrid. Ciertó, que su ejemplar persistencia en el trabajo conservará á la Nación, á pesar de los años, el tesoro de su producción científica; y el gran investigador seguirá enaltecendo con su labor el nombre de España con el suyo propio. Mas no es posible, de todos modos, dejar pasar esta circunstancia sin ofrecer á Cajal un testimonio de la devoción y de la gratitud de sus conciudadanos.

La conciencia misma de la Nación ha de sugerirnos la forma y el modo de este homenaje. El calor con que ha de responder á esta llamada; el entusiasmo con que será acogida; las mil voces que ya llegan hasta nosotros de todas partes, con indicaciones, propuestas y ofrendas; la cuantía de las aportaciones recibidas, habrán de darnos la pauta para que la expresión del público reconocimiento corresponda en verdad á la magnitud de sus méritos y de su altísima jerarquía espiritual.

Piensen los que suscriben que el nombre de Cajal ha de quedar unido para siempre á una institución nacional de alta cultura; y que, por consiguiente, aun prescindiendo de la indudable y fundamental contribución del Estado, la mayor parte de lo que se recaude, con esta suscripción pública que hoy se abre, ha de quedar vinculada en forma permanente al sostenimiento del «Instituto Cajal para investigaciones biológicas».

Esta fundación, que habrá de ser en el porvenir regida y administrada por un Patronato autónomo, podría además establecer un «Premio Internacional» de importancia, que, con la designación de «Premio Cajal» concediese á España justa intervención, como otorgadora de recompensas, en las nobles lides de la inteligencia y del trabajo científico.

La publicación de las obras de Cajal agotadas, raras, inéditas ó merecedoras de especial reedición, escogidas por él mismo, constituirá, á nuestro entender, otro homenaje grato al maestro y de insustituible rendimiento espiritual para sus discípulos, sus compañeros y sus admiradores.

Al propio tiempo, á ser posible en el mismo mes de Mayo próximo, aparecerán dos tomos de «Memorias originales», escritas expresamente, como ofrenda al profesor ilustre, por hombres de Ciencia de España y

del extranjero; signo del acatamiento universal y de la unánime y honda estimación de los estudiosos para el sabio biólogo.

Quisiéramos también que las semblanzas del maestro, su noble cabeza y su gesto de contenida y reflexiva energía fueran para siempre fijados por alguno de nuestros preclaros artistas y que el futuro «Instituto Cajal» para investigaciones biológicas ú otra de las grandes instituciones culturales de la capital, tuviese como supremo ornamento la imagen del gran español, esculpida en la recia piedra de nuestras montañas.

En una hora solemne, en que el fausto de la ceremonia no aminorará la emoción de los espíritus, todas las representaciones del Estado, presididas por Su Majestad el Rey, ofrecerán á Cajal, en nombre de la Nación entera y de los lejanos, vigorosos retoños de la raza, el testimonio de su rendida gratitud y de su devoción.

Estamos seguros de interpretar el sentimiento de todos los españoles al suscribir estas líneas; quisiéramos que los apellidos de todos los ciudadanos de España aparecieran entrelazados con los nuestros al pie de esta carta, para que no resonara como el grito de una apelación, que juzgamos inútil; sino como el canto de una declaración colectiva y espontánea, envío del alma nacional al hombre representativo de sus más puras energías.

Madrid, 27 de Marzo de 1922.—Carlos M. Cortezo, Conde de Romanones, Marqués de la Mina, Duque del Infantado (Marqués de Santillana), Amós Salvador, Leonardo [de Torres Quevedo], Conde de Gimenno, José Ortega Gasset, Sebastián Recasens, Marqués de Urquijo, Conde de la Mortera, Blas Cabrera, Ignacio Bauer, Conde de Bugallal, General Marvá, Melquiades Alvarez, José Casares Gil, José Francos Rodríguez, Ignacio Bolívar, Manuel Martín Salazar, General Aranaz, J. Sanchis Bergón, Odón de Buen, Angel Fernández Caro, Santiago Alba, Augusto Pi y Suñer, Nicolás M. de Urgoiti, José Rodríguez Mourelo, Lucas Fernández Navarro, Luis de Zulueta, Alberto Jiménez Fraud, Pablo de Azcárate, Manuel Márquez, Gregorio Marañón, José Goyanes, Bernardo Mateo Sagasta, Carlos Prast, Luis Soler, Antonio Royo Villanova, José Masfarré, Florestán Aguilar, Antonio Casares, Fernando Castelo, Francisco Murillo, Federico Mestre, José A. Elósegui, Salvador Cardenal, León Cardenal, José Castillejo, Baldomero Argente, Fernando Coca, Emilio Palomo, Coronel G.^a Caminero, José Pedregal, Manuel G.^a Morente, E. de Gullón, P. Castells, J. Blanc Fortacín, J. Sánchez Covisa, Celedonio Calatayud, J. Bourkaib, Hipólito Rodríguez Pinilla, Luis de Oteyza, Luis Araquistain, Ricardo García Mercet, Juan Madinaveitia, J. Francisco Tello, Gonzalo R. Lafora, Juan Negrín, Pío del Río Hortega, Vicente Lampérez, Francisco de A. Cambó, Miguel Moya Gastón, Conde de Lizárraga, Torcuato Luca de Tena, Angel Herrera, Juan de la Cierva, Miguel Blay, Rafael Altamira, Aniceto Sela, Angel Ossorio y Gallardo, Aureliano Beruete, J. Terradas, Eugenio d'Ors, Ramón Pérez de Ayala, Julián Besteiro, Alejandro Lerroux, José Eraso, César Chicote, Fran-

cisco Huertas y Barrero, Dalmacio García Izcarra, Leopoldo Romeo, J. Delgado Barreto, Enrique Fajardo, Manuel Aznar, Félix Lorenzo, R. Gasset, Felipe Clemente de Diego, Roberto Novoa Santos, Ramón Turró, José Estadella, Luis Sayé, Gabriel Miró, Jesús M. Bellido, Gabriel Alomar, José Gascón y Marín, Gustavo Pittaluga, Juan de Azua, M. Bargalló, Claudio Hernández Ros, Leopoldo Elizalde, Gustavo Reboles, Manuel Maín, Eloy Durriete, José G.^a Siñeri, Valeriano González Mateo, José T. Rivera, Marqués de Alonso Martínez, Fernando Florez, Coronel Losada, Pío Suárez Inclán, Pedro Gómez Medina, Román G.^a Durán, los Presidentes de los Colegios de Médicos de las Provincias de España, los Rectores de las Universidades de España: José R. Carracido, Marqués de Carulla, Rafael Pastor, Ricardo Royo Villanova, Calixto Valverde y Valverde, Miguel de Unamuno (Vicerrector), José Loustao, Jesús Arias de Velasco, Gabriel Lupiáñez, José Pareja Garrido, Luis Blanco Rivero.

La suscripción queda abierta para nuestros suscriptores en la Administración del periódico, Serrano, 58, para facilitar su recaudación, que semanalmente será enviada al tesorero, Sr. Marqués de Urquijo.

También se reciben donativos en la Real Academia Nacional de Medicina, Arrieta, 10, de once á una.

En la Secretaría del Ateneo de Madrid.

En la Facultad de Medicina.

En las Oficinas del señor Conde de Romanones, Banco de Cartagena, cuenta corriente.

Y en la Banca Urquijo, cuenta corriente, á nombre «Homenaje á Cajal», Alcalá, 55.

DOCUMENTO PARLAMENTARIO

La natural relación por convivencia que el señor director general de Sanidad debe tener con el Gobierno, da, aparte de la importancia que personalmente como orador le presta, mayor significación á las intervenciones parlamentarias de este señor senador que principalmente rige la Sanidad pública.

Por este motivo creemos que nuestros lectores conocerán con gusto el discurso que en contestación al del Sr. Valero Hervás, pronunció el Sr. Martín Salazar en la Alta Cámara en la sesión del martes 21:

El Sr. *Martín Salazar*: He pedido la palabra para cumplir con un deber de cortesía, debido á la alusión que el Sr. Valero Hervás tuvo la bondad de dirigirme el otro día, y por corresponder á una obligación que creo tenemos los médicos que aquí nos sentamos cuando se trata en el Senado una cuestión sobre materia sanitaria, de ocuparnos de ella, ya que pocas veces merecemos la atención del Parlamento para tratar de asuntos de una trascendencia tan grande.

Claro es que yo no me he de ocupar del detalle analítico del discurso del Sr. Valero Hervás en lo que se refiere á la administración sanitario-política del Municipio. En esos asuntos, al menos desde el punto de vista político, me está vedado intervenir, y sólo he de recoger la alusión correspondiente. Pero he de tratar de la

cuestión general de la sanidad pública con motivo de la intervención del Sr. Valero Hervás, refiriéndome á asuntos importantes que de soslayo tocó, y que deben ser aprovechados por nosotros para llamar la atención del Parlamento. Hablaba el Sr. Valero Hervás de una conferencia sanitaria, que por error él refería al Brasil y era en Varsovia, capital de Polonia. En esa conferencia sanitaria internacional se plantea un asunto de gran trascendencia, acaso, para nuestro país. Y ello es, que con motivo de una de las mayores hecatombes sanitarias que han ocurrido en el mundo, con motivo de las terribles epidemias que actualmente existen en Rusia, en Ucrania, en Polonia y en la Prusia oriental, con riesgo de invadir todo Oriente, nos encontramos en peligro de que el cólera y el tifus exantemático invadan á Occidente y lleguen á España. Era preciso, era al menos conveniente que España concurreniera á esa conferencia; no pudo concurrir—el señor ministro de Estado lo sabe—porque la premura con que fué invitada no le permitió mandar una representación técnica á propósito.

Hablaba el Sr. Valero Hervás del tifus exantemático en Madrid. Es cierto que existe una ligera epidemia de tifus en la capital de España; es cierto que ha surgido de albergues nocturnos, de posadas, de sitios donde se acoge gente pordiosera y mendicante, y es cierto que las autoridades sanitarias han hecho todo lo posible por luchar contra ese mal, que ya va realmente decreciendo; pero hay que advertir que el tifus exantemático es una amenaza constante en nuestra nación, y lo es por razones diferentes: porque el tifus exantemático es una endemia de Marruecos; porque el tifus exantemático se produce en todo el territorio de nuestro Protectorado; porque el tifus exantemático corre el riesgo de ser importado por nuestras tropas repatriadas ó por el natural comercio que existe con Africa. He tenido ocasión de luchar con dos ó tres intensas epidemias de tifus exantemático en las provincias del Mediodía, en Málaga, en Granada, en Almería, y todas han tenido como origen Marruecos. No es raro, pues, que nosotros recibamos alguna salpicadura y que esa salpicadura venga á posarse sobre las grandes poblaciones, sobre la capital de España, donde, por desgracia, existe mucha gente pordiosera y hay muchos albergues de esta clase de gente pobre y desaseada.

Pero, señores, para confianza nuestra, para confianza de la sanidad pública, la ciencia moderna ha descubierto el modo de transmisión del tifus exantemático, y esta noción científica ha llevado un arma tan poderosa á la sanidad militante, que la mayor parte de las epidemias que existieron en la gran guerra europea fueron combatidas con éxito por esa noción etiológica del tifus exantemático. Lo que acaso no sepa el Senado, lo que acaso no sepa la mayor parte de los señores senadores es que el descubridor de ese medio de transmisión del tifus exantemático es un médico español, y lo que acaso ignoran los señores senadores también es que ese descubridor es un compañero nuestro—quizá esté sentado en estos bancos,—el Dr. Cortezo, gloria nacional que yo proclamo, y al que rindo aquí el culto

debido á su talento y á los méritos alcanzados sobre este asunto.

El Sr. Valero Hervás hablaba de un punto que, á mi juicio, tiene una importancia extraordinaria con relación á la sanidad pública, esto es, de las repercusiones de la carestía de la vida sobre el valor de las subsistencias, sobre el precio de las viviendas y sobre las consecuencias sanitarias que este estado de cosas ha traído á nuestro país. He aquí, en mi juicio, un punto muy interesante para la consideración del Parlamento, sobre todo para tratar de las medidas de Gobierno que podían adoptarse con el fin de oponerse á esta carestía de la vida, que trae consigo una desnutrición de nuestro pueblo y una degeneración constante de la raza. Las dos cosas que han traído consigo la carestía de la vida son el aumento de valor de las subsistencias y el precio desmedido de la vivienda; las consecuencias naturales han sido la depauperación de las gentes, la dificultad de la nutrición del pueblo y las infecciones y contagios debidos á la casa insana. Estos dos puntos tienen, á mi juicio, una trascendencia tan grande, que la estadística sanitaria nos la ha revelado de una manera elocuentísima. Llamo la atención de los señores senadores sobre un hecho estadístico de una importancia trascendental. Desde principios de este siglo, la mortalidad en España comenzó á descender; ese descenso se reveló paulatinamente, pero de una manera progresiva, de una manera constante, hasta el punto de que, siendo en 1901 la mortalidad de un 27 y pico por 1.000, llegó en 1912 y en 1913 al 21 por 1.000; es decir, se veía, á consecuencia del progreso logrado en el país, y á consecuencia del mejoramiento, aunque lento, de nuestros elementos sanitarios, que la mortalidad en España estaba descendiendo, y cabía la esperanza natural de que llegara á un punto en que nos colocáramos próximamente al nivel de los demás países del mundo. Pero, ¡oh, desengaño!, el año 1917, es decir, cuando comenzaron á sentirse las repercusiones de la guerra, cuando las condiciones de la vida se hicieron más difíciles, cuando la alimentación y la nutrición de las clases pobres fué más dificultosa, cuando la vida del hogar, llena de contagios, determinó las enfermedades infecciosas, la estadística, reveladora de nuestro estado sanitario, manifestó un aumento de mortalidad, y en 1918 ocurrió lo que todos sabemos, la hecatombe de la gripe universal.

Entonces parecía lógico que subiera la mortalidad nuestra al 34 por 1.000; pero después de eso parecía todavía más natural que la mortalidad viniera á reducirse, una vez pasado ese período, á la que había en los años anteriores á la catástrofe y que siguiera en este respecto un movimiento descendente, consolador para España; sin embargo, no pasó eso: y en los años 1919 y 1920 la mortalidad ha aumentado por encima de las últimas cifras de los años anteriores á la guerra. ¿Qué quiere decir eso? Que estamos ante un problema sanitario de interés y que es necesario ver el modo de remediarlo, porque si no lo hiciéramos, cometeríamos un grave pecado en materia social y humanitaria.

Para dar idea á los señores senadores de la cantidad de gente que hemos perdido en las dos décadas

del siglo actual, diré que han muerto en total cerca de diez millones de habitantes; y solamente de un grupo de enfermedades infecciosas (entiéndase que nosotros los médicos comprendemos por enfermedades infecciosas las enfermedades evitables, que está en manos de la ciencia y de la sanidad pública evitar) por solo ese orden de enfermedades infecciosas, hemos perdido dos millones y pico de habitantes.

He aquí el cuadro de la estadística de mortalidad en los primeros veinte años del siglo.

PERÍODO DE 1901-1920

Población de España, número de defunciones y mortalidad (tanto por mil) en cada uno de los años 1901 á 1920.

AÑOS	Población censada ó calculada.	Número de defunciones.	Mortalidad por 1.000 habitantes
1901.....	18.737.838	517.575	27,62
1902.....	18.668.913	488.289	25,86
1903.....	19.000.905	470.387	24,75
1904.....	19.133.820	486.889	25,44
1905.....	19.267.665	491.369	25,50
1906.....	19.402.446	499.018	25,72
1907.....	19.538.170	472.007	24,15
1908.....	19.674.843	460.946	23,42
1909.....	19.812.472	466.648	23,55
1910.....	19.951.057	456.158	22,86
1911.....	20.090.619	466.525	23,22
1912.....	20.231.157	426.297	21,07 (mín.)
1913.....	20.372.678	449.349	22,05
1914.....	20.515.186	450.340	21,95
1915.....	20.658.696	452.479	21,90
1916.....	20.803.208	441.673	21,23
1917.....	20.948.731	465.722	22,23
1918.....	21.095.272	695.758	32,98 (máx.)
1919.....	21.242.838	482.030	22,69
1920.....	21.397.436	494.290	23,10
1921.....	?	?	?
TOTALES.....	400.737.952	9.633.749	Promedio 24,04

¿Qué podemos esperar, si no ponemos mano en este asunto, que pase en una nación que en dos décadas pierde cerca de la mitad de su población entera; que sólo de enfermedades evitables, transmisibles, que están dentro de la ciencia moderna remediar, ha perdido dos millones y pico de habitantes? Esta situación, señores, yo creo que no es posible que continúe. Y, ¿qué remedio cabe contra esto? Pues hay, ante todo, que legislar. Nosotros tenemos una ley fundamental del año 1855, es decir, de la época en que la ciencia sanitaria actual era completamente desconocida; nosotros tenemos una Instrucción de Sanidad de 1904 que representó un verdadero progreso; pero no hay que olvidar que la Instrucción general de Sanidad es un Real decreto que tropieza y lucha con todas las leyes habidas, con la ley Municipal, con la ley Provincial, y es necesario reformar esa legislación con vistas al progreso sanitario presente.

Por estas razones, yo pido al Gobierno y suplico al Parlamento, que se interese en la necesidad de traer una ley sobre profilaxis pública de enfermedades infecciosas. Este proyecto de ley está en estudio en manos del actual señor ministro de la Gobernación; y además, ha tenido una elaboración, un proceso, una gestación larguísima. Ya el actual señor presidente del Consejo de ministros, en 1915 presentó al Parlamen-

to una ley de Epidemias que fué como el esbozo de esa ley á que me refiero. Más tarde el ilustre marqués de Alhucemas, siendo ministro de la Gobernación, lo tuvo en la mano con ansias de traerlo al Parlamento, y ya que no lo pudo conseguir, llevó al presupuesto una de las mejoras más importantes que se han realizado en Sanidad pública; y yo quiero rendirle aquí este testimonio de admiración; porque de haber continuado al frente del Ministerio de la Gobernación, quizá tuviéramos hoy la ley de Profilaxis contra enfermedades infecciosas. Después llegó á presentarla al Senado el señor Burgos Marzo y no pudo discutirse.

Yo entiendo, pues, que el Gobierno está obligado á presentar al Parlamento la ley de Profilaxis pública sobre enfermedades epidémicas, porque no solamente lo demanda la situación actual de nuestro estado sanitario, sino la reclamación de carácter internacional que los pueblos de Europa y del mundo exigen hoy. Hay tres instituciones constituidas con carácter internacional que están pidiendo responsabilidad á los pueblos respecto á su estado sanitario. Una es la Sociedad de las Naciones, otra la Liga Internacional de la Cruz Roja, y otra la Oficina Internacional de Higiene en París, de que es dignísimo miembro nuestro queridísimo amigo el Dr. Pulido. Estas instituciones demandan de todos los países que se cuiden de su saneamiento y amenazan con una intervención en materia sanitaria. No hay derecho á que ningún país se mantenga en la incultura, ni en la incivilización sanitaria y que transmita las enfermedades contagiosas á los demás países del mundo. De la misma manera que está limitada la libertad individual respecto á las enfermedades contagiosas, así está también limitada la libertad de los pueblos para que se ocupen de adoptar medidas sanitarias.

No queriendo molestar más la atención del Senado y habiendo pedido la palabra el Dr. Pulido, que ha de ser más elocuente sobre todas estas cosas, saludo á la Cámara y me siento.

(Extracto oficial de la sesión celebrada el 21 de Marzo.)

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 31 DE ENERO DE 1922

Bajo la presidencia del Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro y actuando de secretario el Excmo. Sr. D. Nemesio Fernández Cuesta, se abre la sesión á las seis y cuarto de la tarde. Leída el acta de la sesión anterior, es aprobada. Continúase tratando la cuestión de las vacunas preventivas de fiebre tifoidea, haciendo uso de la palabra el autor del tema Sr. Bascuñana para ampliarlo.

Acto seguido pasa á discutirse el tema «Responsabilidad moral de los Gobiernos haciendo fuente de ingreso los vicios sociales» (alcoholismo, juego, prostitución, etc.).

Le es concedida la palabra á la doctora señorita Soriano que invita al Sr. Espina á que divida su tema para su mejor estudio, y sobre todo que presente unas conclusiones que permitan ser discutidas con método, pues tal y como ahora se discute da lugar á que tomando cada uno una parte distinta de tan amplio y complejo trabajo, cada orador hable

de cosas diferentes hacen lo imposible una discusión fructífera. A continuación pasa á ocuparse del alcoholismo y de la lucha antialcohólica. Del primero dice que, mientras una de las principales riquezas del Estado sea la del vino, el alcoholismo no podrá ser desterrado y cree por lo tanto que solo se llegará á la extinción ó disminución casi absoluta, el día que se logre dar al alcohol empleos industriales que compensen lo suficiente para que no se fabrique vino, pero esto es casi imposible de lograr, ya que no podrá encontrarse un empleo industrial que produzca la ganancia que el vino. Otro procedimiento sería el ir paulatinamente transformando la riqueza en vides, por otros cultivos hasta lograr que éstas desapareciesen ó poco menos; todos estos medios son de difícil implantación y precisan una labor permanente de gobierno, cosa que en España por ahora no hay ni que soñar en conseguir.

La lucha antialcohólica como todas las que se emprenden contra los vicios, es llevada á cabo en todos los países por la mujer, así que mientras ésta en España no se convenza de los males que no solo al individuo sobrevienen, sino también y principalmente á la familia, á la descendencia y á la humanidad con este vicio, no se logrará que esta emprenda las campañas que en otros países tomó á su cargo para desterrar ó aminorar los estragos que en ellos ocasionaba este vicio.

Cita la labor llevada á cabo por las mujeres en los diferentes países de Europa y América. Es preciso que el médico, el maestro y el sacerdote, es decir, todo aquel cuya misión sea la de enseñar y educar, demuestren á todas, las tristes consecuencias de este vicio. Con motivo de las palabras pronunciadas en la sesión anterior por el Sr. Espina acerca de los efectos del tabaco en el ojo, habla de los que el alcohol produce, que son mucho más graves por ser más frecuentes, y en cuanto á esta frecuencia, dijo que las lesiones de fondo de ojo y de nervio óptico debidas á causas tóxicas son por orden de mayor frecuencia las específicas (lues), las alcohólicas y las tabáquicas.

A continuación le es concedida la palabra al Sr. Lasbenes. Empieza felicitando al Sr. Espina por la importancia del tema que ha traído á esta Sociedad. Rectifica la creencia de que el nombre de tabaco proceda de la expedición del río Tabasco, como algunos autores extranjeros pretenden. Recuerda que el padre Bartolomé de las Casas en sus crónicas de Hernán Cortés, explica cómo el día 4 de Noviembre de 1492, habiendo recalado en la parte oriental de la isla Juana (Cuba), envió á Rodríguez de Jerez y á Luis Torres que hiciesen un reconocimiento en el interior de la isla, y al regresar de su expedición contaron éstos que los naturales del país usaban unos paquetes de hierba á modo de mosquetes que encendían por una punta y chupaban por la otra y á los que los indígenas llamaban *tabascos*. Dice después, que el tabaco á los dos siglos de descubierto, era la renta principal de los Estados, recordando con este motivo la frase de la Reina doña Isabel al gobernador de Virginia, de que él era el único de la Corte que convertía el humo en oro, mientras que los demás hacían del oro humo.

Dice á continuación que siendo tan perjudicial el tabaco para el sistema cardio-vascular como se afirma ¿cómo se explica que en Madrid sea mucho mayor el número de mujeres que mueren por lesiones de este aparato que el de hombres, cuando éstos están mucho más enviciados tanto en número como en intensidad por esta planta? Dice se debe aumentar los impuestos sobre el tabaco, pero que las cantidades que por este concepto se recauden deben emplearse en altos fines sociales, por ejemplo, en la lucha contra el paludismo.

Tratando del alcoholismo, dice que en España este vicio casi no se conocía (en la forma grave) hasta que con el intercambio moderno de obreros ha hecho que éstos importen la costumbre de beber licores como el vermut, el ajeno, etcétera, habiéndose observado que regiones como la de Alicante y Murcia fueron de las primeras invadidas, debido al desembarco de obreros procedentes de Argelia. Se muestra contrario á que se dicten leyes de abstención contra el vino por la dificultad de cambiar los cultivos, que hace muy difícil armonizar la realidad con la teoría.

Y habiendo pasado las horas de reglamento se levantó la sesión.

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 9 DE NOVIEMBRE DE 1921

Bajo la presidencia del Dr. Udaeta, se abre la sesión á las siete de la noche.

El señor secretario lee el acta de la sesión anterior, que es aprobada.

El Dr. Udaeta comunica á la Sociedad la triste noticia del fallecimiento del socio de la misma Dr. Martín Muñoz profesor de la Casa de Maternidad de Madrid, y dedica frases de elogio para el finado.

Pide conste en el acta el sentimiento de la Corporación por este triste suceso, y así se acuerda por unanimidad.

El Dr. Sicilia presenta la siguiente comunicación, sobre *Correlación en las infecciones genitales de ambos sexos*:

La vida genital de la mujer hace que en los órganos genitales de ésta existan multitud de gérmenes, siendo muy interesante la correlación de los gérmenes encontrados en ambos conyuges. Es necesario estudiar muy detenidamente las simbiosis fuscospirilares y microbios de los fagedenismos, así como las lesiones venéreas y sifilíticas que á veces pueden ser muy variadas y atípicas. Cita la gran variedad de gérmenes que ha encontrado en los flujos vaginales, tan variados en su aspecto y que pueden contagiar al sexo opuesto. Lo mismo puede afirmarse de los gérmenes hallados en las balanopostitis. Habla de la contagiosidad de las vaginitis y de las lesiones sifilíticas. Las porciones altas de los genitales femeninos son más apropiadas para los anaerobios. Insiste en la importancia de estudiar los gérmenes que se observan en ambos conyuges, entre los cuales se aprecia una íntima correlación.

El Dr. Luque felicita muy sinceramente al Dr. Sicilia é insiste en las dificultades tan enormes que se suelen presentar para el reconocimiento del gonococo en los flujos de la mujer, para lo cual quizá fuera conveniente excitar su reproducción por algún procedimiento antes de practicar el análisis. Con este objeto aconseja la inyección previa de «Aolan», mediante la cual se consigue que á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas de puesta aparezcan los gonococos en una abundancia notable que los hace fácilmente demostrables.

El Dr. Sicilia da las gracias al Dr. Luque é insiste en la importancia práctica de los puntos sostenidos por él en su comunicación.

El Dr. Udaeta felicita al Dr. Sicilia y dice que son muchos los casos que se observan en la práctica de la correlación de los gérmenes que se aprecian en los órganos genitales de ambos sexos.

Se levanta la sesión á las ocho de la noche.—El secretario de actas interino, J. Torre Blanco.

Sección oficial.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

Ilmo. Sr.: Convocadas las oposiciones para proveer en propiedad la plaza de profesor auxiliar de Vivisecciones é Higiene, vacante en la Escuela de Veterinaria de Madrid, y teniendo en cuenta lo informado por la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública respecto á la presidencia del Tribunal de oposiciones,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 1.º de Diciembre de 1917, ha tenido á bien disponer que dicho Tribunal quede constituido en la forma siguiente:

Presidente, D. Jesús Sarabia y Pardo, consejero de Instrucción pública; vocales: D. Juan Manuel Díaz del Villar, D. Pedro Moyano y Moyanó, D. Crisanto Sáez de la Calzada, D. Tomás Rodríguez y González, profesores numerarios de las Escuelas de Veterinaria de Madrid, Zaragoza, León y Santiago, respectivamente. Como suplentes actuarán: D. Rafael Martín Merlo, D. Juan de Dios González Pizarro, D. Juan Castro Valero, D. Pedro González Fernández, profesores numerarios de las Escuelas de Veterinaria de Córdoba, Zaragoza, Madrid y León, respectivamente.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 17 de Febrero de 1922.—Silió.—Señor subsecretario de este Ministerio, (Gaceta de 9 de Marzo.)

Ilmo. Sr.: Convocadas las oposiciones para proveer en propiedad las plazas de profesor auxiliar de Podología y prácticas de herrado y forjado, vacantes en las Escuelas de Veterinaria de Madrid y Zaragoza, y teniendo en cuenta lo informado por la Comisión permanente del Consejo de Instrucción pública, respecto á la presidencia del Tribunal de oposiciones,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo preceptuado en el Real decreto de 1.º de Diciembre de 1917, ha tenido á bien disponer que dicho Tribunal quede constituido en la siguiente forma:

Presidente, D. Juan Manuel Díaz Villar, consejero de Instrucción pública; vocales, D. Dalmacio García é Izcarra, D. José Herrera Sánchez, D. José López Flores, D. Moisés Calvo Redondo, profesores numerarios de las Escuelas de Veterinaria de Madrid, Córdoba, Zaragoza y León, respectivamente. Como suplentes actuarán: D. Ramón García Suárez, D. Joaquín González García, D. José Jiménez Gaeo, D. Aureliano González Villarreal, profesores numerarios de las Escuelas de Veterinaria de Córdoba, Madrid, Zaragoza y León, respectivamente.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 17 de Febrero de 1922.—Silió.—Señor subsecretario de este Ministerio, (Gaceta del 9 de Marzo.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 702,8, ídem mínima, 690,6; temperatura máxima, 13°,3; ídem mínima, 0°,7; vientos dominantes, SO.

El recrudecimiento de las afecciones catarrales agudas se ha sostenido durante la última semana por la marcada

baja de la temperatura y los desagradables vientos que han dominado; el empeoramiento de los afectos agudos y el ligero recrudescimiento de la cifra de la mortalidad son atribuibles a la misma causa.

Sigue el sarampión siendo muy marcado en su expansión benigna. Las anginas catarrales, diftericas y escarlatinosas, han disminuído.

Crónicas.

Fantasías.—No confíe demasiado *La Farmacia Moderna* suponiendo que sus lectores (pocos ó muchos) no leen también *EL SIGLO MEDICO*. ¿No le parece al colega, que con solo algunos cuantos en que coincidamos, quedará él en muy poco airosa situación, cuando ellos vean la frescura con que nos atribuye cosas que ni hemos dicho, ni pensado? Hay que tener formalidad, que ya vamos teniendo añitos para ello.

Velay!—Comentando el enrevesado autor de «Las Decenas», los que él supone disentiimientos al cabo de cuarenta años de «convivencia» entre el Sr. Pulido y el Sr. Cortezo, encuentra razón para maravillarse de que el primero defiende y el segundo muestre tibieza hacia determinada clase cuando, por razones de intereses debieran hacer lo contrario. Pues bien, amigo mío: ¡*Velay, como dicen en Valladolid!* Esa sería una razón para los que inspiraran sus opiniones en razones de intereses y no lo es, ni lo será, ni lo ha sido nunca para las personas aludidas. ¿Está claro?

Curso de operatoria experimental del aparato digestivo.—En los últimos días de Marzo y primeros de Abril el profesor A. Bicke, del Instituto de Patología experimental de la Universidad de Berlín, dará en la Facultad de Medicina un cursillo teórico práctico sobre operatoria experimental del aparato digestivo. Repetirá los experimentos fundamentales de Pawlow y su escuela, estableciendo fistulas permanentes á distintas alturas del aparato digestivo.

El programa en términos generales es el siguiente:

- Introducción al estudio de la técnica operatoria digestiva y problemas que mediante esta técnica pueden ser resueltos.
- Mecanismo de la secreción de las glándulas digestivas.
- Mecanismo de acción de las vitaminas.
- Proceso de compensación en el sistema nervioso central.
- Sobre el desarrollo del psiquismo en el niño.
- Fistulas gástricas y duodenales; el estómago bilobular según Pawlow.
- Fistulas pancreáticas y biliares.

Operaciones demostrativas consistentes sobre todo en fistulas gástricas, duodenales, pancreáticas, biliares, intestinales (Thiry-Vella), peritoneales, vesicales urinarias, salivales, esofagotomía, inervación del estómago, ectopia renal, extirpación pancreática, etc., etc.

En conjunto de 20 á 22 lecciones y demostraciones. Matrícula: 20 pesetas.

El tifus exantemático.—A la Casa de Socorro del distrito de la Inclusa llevaron el día 20 un enfermo grave, de quien los médicos declararon que padecía tifus exantemático.

Lo recogieron en el sitio llamado *La Corrala*, en la calle del Mesón de Paredes.

La Comisaría de la Inclusa ha comunicado á la Dirección de Seguridad que el enfermo tuvo que ser conducido á la Casa de Socorro por personal de la Comisaría, por haberse negado á hacerlo el dependiente del benéfico Establecimiento.

Es de suponer que entre otros servicios municipales se mejore por los alcaldes de Real decreto, el del personal de Beneficencia.

En beneficio de la Cruz Roja.—Se ha efectuado en el Palace Hotel la rifa de los cuadros que donaron á la Reina algunos artistas.

Correspondieron los cuadros á los siguientes números: el de Romero de Torres, 124; el de Garnelo, 15; de Gonzalo Bilbao, 119; de Moreno Carbonero, 74; de Cecilio Plá, 146; de Manuel Benedito, 2; de Valentín Zabiaurre, 56; de Pinazo, 54; de Rodríguez Acosta, 73; de Julio Moisés, 70; de Francisco Lloréns, 40; de Joaquín Sorolla (hijo), 86; de Alvaro Alcalá Galiano, 145; de Morcillo, 115; de Ibarreta, 45; el dibujo donado por el Círculo de Bellas Artes, 28; bajorre-

lieve de Benlliure, 5, y el dibujo de D. Bartolomé Maura, 29.

Los cuadros se entregarán en el Palace, previa presentación de la papeleta premiada.

Oposiciones á médico radiólogo del Hospital de Sevilla.—Por acuerdo de la Diputación de Sevilla, de 7 de Febrero, dictado de conformidad con lo propuesto por el señor decano de la Facultad de Medicina de Madrid, las oposiciones para la plaza de radiólogo, dotada con el sueldo de 5.000 pesetas anuales, y cuyo anuncio se publicó en el *Boletín Oficial* de esta provincia de 20 de Diciembre anterior, tendrán lugar en la corte el día 18 del corriente.

Lo que se hace público á fin de que llegue á conocimiento de los interesados que se crean con condiciones de tomar parte en dichas oposiciones, con arreglo á las bases establecidas que se hallan de manifiesto en la secretaría de esta Corporación, en los días y horas laborables.—El presidente, *Diego Benjumea*.

Exposición internacional de Sanidad.—Coincidiendo con el primer Congreso nacional de reorganización sanitaria, que tendrá lugar en Madrid en Junio de 1923, se celebrará una Exposición internacional de material científico, farmacéutico, productos alimenticios, instrumental y mobiliario quirúrgico, ingeniería sanitaria, arquitectura sanitaria, ganadería, botánica, etc., etc.

En esta Exposición, que ha despertado especial interés en todo el mundo, tendrá España brillantísima representación de las ciencias, de las artes y de las industrias.

Como han sido invitadas al Congreso todas las Repúblicas americanas, además de Portugal, es de suponer que el acontecimiento revestirá una importancia extraordinaria.

El Comité ejecutivo de esta Exposición trabaja activamente, y muy pronto podrá ofrecer al público todo el programa de la misma.

Metranodina.—Al presente número acompañamos una tarjeta del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), agente para España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

PAPELES YHOMAR

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

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

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

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

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

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