

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospitales.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico O. 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. PASCUAL Y RÍOS Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	F. LOPEZ PRIETO Ex-Médico-Titular.	
	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES	
	Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA , Académico de la Real de Medicina.	

PROGRAMA CIENTIFICO:

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

SUMARIO: Sección científica: Nuestros estudios experimentales sobre la Fisiología de la olfacción, por el Dr. Antonio Martín Calderín.—Inmunización artificial en tuberculosis, por Ramón Villegas.—Coronas y Puentes, por Ramón H. Portuondo.—Las 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. Maximo Sella.—**Periódicos médicos.**—**Sección profesional:** Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Homenaje á Cajal.—Convencionalismos profesionales, por Junior.—**Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Ginecológica Española.—Sociedad Española de Dermatología y Si-filiografía.—**Sección oficial:** Ministerio de la Gobernación.—Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

NOTA PRELIMINAR

Nuestros estudios experimentales sobre la Fisiología de la olfacción

POR EL

DR. ANTONIO MARTÍN CALDERÍN

(Laureado por la Real de Medicina de Madrid, De la Facultad de Medicina.)

No pretendemos en esta breve nota preliminar que ahora publicamos, hacer ninguna consideración crítica, ni extendernos en hipótesis y conjeturas científicas, sobre lo ya publicado en este sentido; pues sólo queremos, huyendo de estos análisis que reservamos para un trabajo que sobre la Fisiología de este sentido con sus aplicaciones prácticas á la clínica preparamos, hablar ahora de los trabajos experimentales que hemos llevado á cabo; de la técnica por nosotros seguida, y de las consecuencias prácticas que de ellos parecen deducirse, y hemos podido comprobar.

I

Nuestra experimentación se ha dirigido principalmente sobre la laguna inmensa que en fisiología olfativa existe por llenar, referente á la naturaleza, y porque de las excitaciones que los olores provocan cerca de las terminaciones nerviosas existentes en la membrana de

Schneider, para determinar el punto de partida del acto sensorial y consciente de la olfacción.

Nosotros hemos sospechado que estas excitaciones podrían arrancar no sólo de la naturaleza química de las sustancias olorosas, sino también de la relación que se establece siempre entre esta naturaleza y la bioquímica de los procesos celulares vitales. Estas suposiciones han procedido de antiguas deducciones y estudios nuestros sobre la intimidad de los procesos celulares (1); habiendo tenido la fortuna de poder lograr una comprobación en éstas, como más adelante relataremos.

Uno de los factores que indiscutiblemente tiene mayor importancia sobre la mayor ó menor acuidad perceptiva de los olores, es como decimos, el que se refiere á las condiciones físico-químicas de los mismos; ¿por qué si no aumentan en intensidad olorosa los alcoholes cuando se introduce en su molécula el radical carbóxilo y, en cambio, disminuye esta intensidad en el benzol y sus derivados con la asociación del mismo radical? Pero decíamos, y ahora repetimos, que no sólo depende de este factor, no es este el hecho aislado de la olfacción; á nuestro juicio, con ser este un factor importantísimo, de nada serviría si le considerásemos aislado, hay que estudiarle frente á las propiedades físico-químicas de la célula sensorial si queremos resolver totalmente el problema; es decir, estudiar las relaciones

(1) M. Calderín: "Los lipoides y el problema de la nutrición celular," Congreso de las Ciencias, Sevilla, 1917.

químico-biológicas que entre ambos, olor y célula, se establecen, para determinar la corriente nerviosa capaz de producir el acto sensorial consciente.

Sabido es que las células olfatorias (epiteliales y olfativas de Schültze) se encuentran cubiertas por una capa acuosa de composición y viscosidad análoga a la de la saliva; este ha de ser, pues, el primer contacto químico entre el olor y la célula; el primer fenómeno necesario para determinar la sensación; pero aún hay más; interesantes y recientes trabajos pusieron de manifiesto las importantes propiedades y papel de los lipoides en la cubierta y protoplasma celulares (Overton; Fourneau; Carracido; M. Calderin (1); las células olfativas no habían de hacer excepción a esta regla, y, por tanto, hemos de considerarlas bajo el aspecto osmótico, como subordinadas a las propiedades que la existencia de estos lipoides en ellas provocan (semipermeabilidad de la colessterina, etc., etc.); y sobre todo frente a sustancias químicas con una propiedad mayor ó menor de absorción ó penetración, análoga a la que Marfori señala para los anestésicos (coeficiente de repartición).

La célula orgánica, sea de la naturaleza ó tejido que se quiera, tiene la característica de que sus funciones son siempre provocadas, ella no acciona, sino que reacciona, siendo bajo la acción del estímulo externo como se disloca el equilibrio molecular protoplasmático, poniéndose en libertad la energía en ella acumulada bajo la forma funcional que dicha célula representa. La célula olfativa no es sino una más, dentro del complejo vital de la economía, sólo que en ella las reacciones se provocan bajo la acción de los estímulos adecuados a su funcionalismo ulterior. Bakmann considera las células olfativas como células reabsorbentes, y, por tanto, cree que los granos lipoides intracelulares, y los lipoides de la membrana de cubierta de éstas, tienen funciones análogas a las que en aquellas células representan.

Todas estas consideraciones nos hacen afirmar que no sólo es necesario el acto químico previo que mencionábamos entre la sustancia olorosa y la capa acuosa que rodea la célula sensorial; sino que hay aún un acto más importante y de mucha mayor transcendencia, que es el que se refiere a la relación química de esta sustancia olorosa y los cuerpos lipoides que mencionábamos repartidos entre la membrana de cubierta y protoplasma celular.

Esto nos conduce a afirmar que para los olores existe un poder de penetración marcado, pero no como Beaunis quería, haciendo éste inverso a su divisibilidad, sino en relación con su coeficiente de repartición en el agua, ó mejor aún, en la capa acuosa que rodea a las células olfatorias y los lipoides que integran su membrana de cubierta y granos intraprotoplasmáticos.

(1) Aparte de los hechos experimentales ya citados (loc. ant.), nosotros hemos conseguido reparar trastornos celulares producidos sobre oído interno, por acciones tóxicas diversas, mediante la inyección repetida de agentes lipodes; es decir, encontrando la doble comprobación de lo que ahora manifestamos, la experimental y la clínica. Véase a este respecto: M. Calderin. "Labirintotoxias," EL SIGLO MEDICO, núm. 3.555.

¿Qué propiedades físico-químicas, pues, debe en armonía con estas presunciones, poseer una sustancia para que sea estímulo adecuado del sentido del olfato? No pretendemos entrar en disquisiciones históricas como al principio manifestábamos; pero sí hemos de apuntar que no conocemos ningún dato, ni publicación en que este problema se resuelva.

Haycraft, Passy, Zwaardemaker, evidenciaron algunos caracteres completamente ilusorios. Venturi, Prevost y Liegeois, estudian las llamadas propiedades odoríficas, basándose en el llamado odoroscopio de Prevost, y que relacionan principalmente con su divisibilidad. Berthollet pretende comprobar este hecho con su clásico experimento barométrico. Erdmann nos habla de la solubilidad en el aire líquido de algunos aceites especiales (cedro, rosa, etc.). Veress concluye por considerar los olores como estímulos heterólogos, etc., etc.; en resumen y como se ve, hechos aislados y nada en concreto.

Nosotros creemos y además tenemos de ello la comprobación experimental, que las propiedades principales que deben llenar las sustancias olorosas para poder ser estímulos del sentido del olfato, son las de ser solubles en el agua y en los lipoides; con estas dos propiedades se resuelve el problema principal ó sea el de la penetración de estas sustancias en el interior de la célula, que luego ya, la irritabilidad celular, considerada por nosotros como la respuesta funcional de la célula al agente exógeno, provocará el estímulo necesario para la determinación de la corriente nerviosa capaz de determinar el acto sensorial; ya que es lógico pensar que de la intimidad de conexiones entre los estímulos exógenos y la energía latente celular, resulta el aprovechamiento utilitario que hacen éstas de la acción de aquellos.

Nosotros precisamente basándonos en estos datos, hemos estudiado la relación que guarda el poder olfativo de las sustancias, con su solubilidad en el agua salada y en el aceite de ricino. Mas antes de mencionar los resultados obtenidos, queremos decir algunas palabras acerca de la técnica seguida en nuestra experimentación.

II

Tres son los elementos ó puntos a determinar frente a cada sustancia olorosa: solubilidad en el agua, ídem en el aceite y poder ó acuidad olfativa.

Para estudiar el primer punto, empezamos por practicar soluciones de los cuerpos en el agua corriente; pronto hubimos de convencernos de la impropiedad del método, ya que la composición del agua corriente no se ajusta a la de la capa acuosa celular, ni mucho menos. Además podemos recordar a Weber y Frölich que inhibían la olfacción empapando en agua corriente la mucosa nasal, cosa que Kronecker corregía sustituyendo esta por la solución fisiológica de cloruro sódico; lo cual nos indica la intervención de fenómenos anisomóticos; y además los estudios de Veress sobre la temperatura de las sustancias olorosas.

En vista de esto, nosotros sustituimos nuestra pri-

mera manera de practicar, empleando como vehículo una disolución de cloruro sódico al 0,73 por 100, que según los estudios de Rumberg parece ser el más aproximado á la composición de la capa acuosa normal. Practicábamos las disoluciones manteniendo una cantidad dada de esta disolución en el interior de un baño maría á la temperatura de 37°,5 que elevábamos luego lentamente á 38° (Veress), y estudiando el límite inferior de la solubilidad de las sustancias olorosas, empleando cantidades conocidas de éstas, y disolviéndolas en mayor ó menor cantidad de la solución de Cl. Na, según su poder de solubilidad.

Para el segundo punto, solubilidad en el aceite, quisimos empezar por practicar las soluciones en el aceite de olivas (Backmann), pero hubimos de rechazar el método al tener en cuenta que no es igual la solubilidad de todas las sustancias en el aceite de olivas que en los lipoides, como ocurre, por ejemplo, con la acetona (Meyer) mucho más soluble en la lecitina que en el aceite. A nosotros se nos ha ocurrido emplear para estos ensayos el aceite de ricino, cuyas propiedades físico-químicas fueron acumuladas por Fourneau á los lipoides, y que nosotros pudimos comprobar en unos experimentos que sobre ósmosis celular verificamos con este cuerpo, la lecitina y la colesteroína, y presentamos al Congreso de las Ciencias celebrado en Sevilla el año 1917 (1).

Practicábamos, por tanto, disoluciones con las sustancias olorosas en el aceite de ricino, con la misma técnica que para las anteriores usábamos, solamente que la temperatura del baño maría nunca la hicimos pasar en éstas de los 37°.

La medida de la capacidad olfativa de las sustancias olorosas, último punto comparativo de la experimentación que marcábamos, la practicábamos por medio del olfatómetro de Zwaardemaker. Como sabemos, este procedimiento está fundado en la impresión olorosa más ó menos intensa que se percibe, haciendo circular el aire por un tubo cuya superficie interna se halla embadurnada por una sustancia olorosa.

Consta este aparato de un tubo de vidrio graduado, de unos 10 centímetros de largo por 5 milímetros de diámetro interior, que se desliza á frote suave por dentro de otro tubo que se encuentra impregnado por la sustancia olorosa. El primero presenta una extremidad incurvada que es la que se introduce por la ventana nasal para olfatear.

Si el tubo exterior oloroso está completamente cubierto por el tubo interior de vidrio, no se advertirá ningún olor al olfatear por éste; pero si se separa el tubo de vidrio dejando al descubierto una superficie mayor ó menor de sustancia olorosa, se percibirá al olfatear por el tubo de vidrio con más ó menos intensidad, en relación con la cantidad de tubo descubierto y el poder olfativo de la sustancia que se emplea.

El tubo exterior capaz de impregnarse, es de caolín y está envuelto por otro de vidrio. Para impregnar del líquido á estudiar, este tubo, se vierte con una pipe-

ta esta sustancia á través de un agujerito que existe y que luego se cierra mediante un tapón de tornillo. La sustancia se encuentra, pues, entre el tubo de vidrio externo y el cilindro de caolín, que con sus propiedades porosas, absorbe la sustancia y permite apreciar y medir su poder oloroso al olfatear por el tulo interior de vidrio.

Con todos estos datos, nosotros comenzamos verificando nuestras investigaciones con la serie de los alcoholes, habiendo observado que los dos primeros de la serie (metílico y etílico) en estado de pureza carecen de olor, y los últimos números de la misma, desde el cetílico en adelante, también carecen de olor; siendo sólo los términos medios de ésta los que poseen propiedades olorosas.

El alcohol metílico y el etílico, que como decíamos al estado de pureza, observábamos con el olfatómetro que carecían de olor, al estudiar sus solubilidades respectivas observamos que la solubilidad de éstos en el agua era indefinida, pero en cambio, su disolución en el aceite de ricino era casi imposible de verificar; es decir, que estos dos alcoholes son capaces de atravesar la capa acuosa que rodea la célula olfativa; pero en el momento de llegar á la membrana de cubierta su paso se encuentra dificultado por su falta de solubilidad en los lipoides que la integran; las pequeñas cantidades que atraviesan ésta se acumularán en los granos lipoides intracelulares, pero siempre en pequeña cantidad, y como en la célula existen actos físico-químicos de defensa, darán lugar á que estas fuerzas los destruyan antes de que se reúnan en cantidad suficiente para determinar el acto fisiológico.

(Continuará.)

INMUNIZACIÓN ARTIFICIAL EN TUBERCULOSIS

POR

RAMÓN VILLEGAS

II

VACUNAS

Distintas orientaciones seguidas para conseguir la inmunización.—Muchos fueron los caminos seguidos para alcanzar con este procedimiento la perfección, más elevada. Fundándose en los principios generales de las vacunaciones preventivas, se ha perseguido por cierto grupo de autores identificar en lo posible el antígeno vacunador con la bacteria infectante. Así se consideraba que, siendo la tuberculosis producida por la acción biológica del bacilo de Koch, la mejor tuberculina sería la que contuviese el bacilo de Koch íntegro y vivo, pues sólo éste sería capaz de provocar reacciones de suficiente eficacia para destruir los bacilos contenidos en el tubérculo.

Vacunas vivas.—Previas las atenuaciones necesarias hechas en la tortuga, animal refractario, Friedmann empleó una vacuna viva que no obtuvo en manos de otros prácticos el menor resultado y que ha caído rápidamente en el olvido á pesar del formidable reclamo con que quiso rodearse á este teórico descubrimiento.

(1) Lee, cit.

Explicación del fracaso de las vacunas vivas.—A mi juicio éste es bastante explicable. El empeño, muy lógico en la mayor parte de las infecciones, de encontrar una antígeno lo más semejante posible al bacilo que trata de combatirse, se fundamenta en la reacción orgánica consecutiva que, produciéndose primeramente para contrarrestar y disolver la vacuna, se exalta luego para combatir y destruir los bacilos que lo infectan. Pero si esto es muy lógico y razonable cuando la vacunación precede á la infección (como desde el punto de vista profiláctico han aconsejado Maragliano y Ferrán) no lo es cuando el bacilo de Koch ha podido ya localizarse y crear las defensas especiales que le caracterizan como una de las bacterias más difíciles de destruir. La acción inmunizante *á posteriori* de las bacterias atenuadas resulta completamente imposibilitada por las circunstancias anatomopatológicas y de especial resistencia bacilar tantas veces recordada. Los bacilos de la vacuna son destruidos en el punto mismo de la inoculación, fácilmente por estar atenuados, y no pudiendo hacerse extensiva esta acción á los que se encuentran aislados en el interior del tubérculo, queda reducido á ésta exclusivamente toda la reacción orgánica. No se consigue, por lo tanto, con tal proceder sino la formación de cierta cantidad de lisinas, completamente inútiles puesto que ya existían en gran cantidad en el suero del enfermo sin que de ello obtuviese ningún beneficio apreciable. Por otra parte, estas vacunas, inútiles en el aspecto bacteriológico, lo resultan también como antitóxicas, puesto que las bacterias vivas al ser inyectadas, son pronto muertas y destruidas dada su escasa virulencia, y no tienen tiempo de producir en el organismo ninguna clase de toxinas como tales bacterias vivas, siendo incapaces, por lo tanto, de provocar el mecanismo antitóxico que pudiera neutralizar luego los venenos solubles de los bacilos infectantes. Y he aquí por qué estas vacunas que pudieran parecer á primera vista como las más específicas entre todas, no sólo no lo resultan, sino que ningún efecto útil pueden producir.

Vacunas muertas.—Dentro de este grupo de vacunas hay todavía una gran cantidad de criterios que pueden reducirse fundamentalmente á dos principales. El primero de ellos está determinado por los que pretenden hallar—prescindiendo de las vacunas vivas para evitar todo riesgo de infección—una vacuna lo más completa posible en el sentido de que contenga todos los componentes cuando no el cuerpo íntegro del bacilo de Koch.

Emulsión de bacilos.—La emulsión bacilar de Koch representa esta tendencia en la que se busca la acción conjunta de todos los componentes del bacilo, incluso su propia estructura morfológica con el propósito de una mayor especificidad inmunizante.

Autotuberculina.—Sin embargo, el sumo perfeccionamiento de esta tendencia lo ha conseguido Krause con su autotuberculina, en la que se procura obtener una vacuna, por decirlo así, personal para cada individuo, fundándose en que los bacilos tuberculosos no son siempre idénticos entre sí, sino que ofrecen modalidades y caracteres especiales según el distinto tipo á que

pertenezcan y sobre todo según las variaciones que le imprima el diferente terreno orgánico en que se desarrollen. Apoyándose en estas ideas ha propuesto la obtención de una tuberculina especial para cada enfermo que sería obtenida del cultivo de sus propios bacilos.

Vacunas incompletas.—La otra tendencia ha sido seguida por los que estiman que en toda tuberculina existe un cierto número de sustancias—unas intrínsecas al bacilo, otras independientes de él y formadas en los medios de cultivo empleados—que no ejercen acción inmunizante ninguna, antes bien perturban con reacciones extrañas y ajenas por completo al proceso inmunizante.

Vacunas de venenos solubles.—Esta fué la primitiva idea de Koch que cambió luego sugestionado acaso por especulaciones teóricas. La antigua tuberculina de Koch es un caldo filtrado en la cual se abandonan todas las sustancias insolubles del bacilo, siendo utilizadas exclusivamente las que son susceptibles de ser disueltas. Con algunas modificaciones de técnica en la selección de las sustancias aprovechables pueden referirse á esta la mayor parte de las tuberculinas.

Antigua tuberculina de Koch.—En la de Koch los bacilos se siembran en caldo glicerinado al 5 por 100, reduciéndose al cabo de cuatro ó seis semanas los cultivos por evaporación en baño maría hasta que queda reducido al décimo de su volumen, filtrándose luego.

Tuberculina de Denys.—En la de Denys no se reducen los cultivos prescindiéndose de la evaporación y se les hace pasar sencillamente por un filtro de porcelana.

Tuberculina de Beraneck.—En la de Beraneck se contienen también las endotoxinas del bacilo, pero se evita glicerinar el caldo de cultivo por estimar á esta sustancia como causante de las reacciones febriles que se observan en el tratamiento tuberculínico y pretende haber evitado toda sustancia tóxica inútil que pueda existir en el bacilo ó en el medio empleado para cultivarlo.

Esta tendencia de las vacunas de venenos solubles parece hoy en día la más generalmente aceptada, y mi experiencia muy extensa en el empleo terapéutico de dichas sustancias coincide completamente con el concepto que estima el proceso inmunizante de la tuberculina como una protección contra los efectos tóxicos del bacilo por reacción activa mitridatizante. No debe creerse que esta acción sea despreciable en la práctica puesto que el efecto morboso del bacilo se manifiesta sobre todo por sus venenos solubles. Por lo demás, en este procedimiento conseguiremos mejor que con el otro la bacteriolisis también aunque sea de una manera indirecta. El profesor Michaelis, de Berlín, hacía notar respecto al suero antidiftérico, que siendo exclusivamente antitóxica su acción ejercía una positiva influencia sobre el curso de la enfermedad que resultaba abreviada notablemente y aun sobre las membranas que disminuyen y desaparecen con mayor rapidez. Esto no puede interpretarse en el sentido de que el suero tenga la más insignificante acción bacteriolítica, lo que ocurre es que descargado el organismo de las sustancias tóxicas que le impregnan puede reaccionar luego por

si mismo poniendo en juego más ampliamente los mecanismos de defensa local. Otro tanto puede decirse con respecto á la tuberculosis. Y así, todo el que ha empleado en cierta escala las tuberculinas de productos solubles, ha podido advertir cómo, al mismo tiempo que remitían los fenómenos generales, se producían en los focos afectos reacciones de regresión que no á otro mecanismo debían atribuirse.

CORONAS Y PUENTES

SU USO Y SU ABUSO

Reproducimos con mucho gusto el siguiente artículo del ilustre odontólogo D. Ramón H. Portuondo, publicado en la *Revista Odontológica*, de Zaragoza, por que le consideramos inspirado en un criterio sano de crítica científica y profesional.

«AL DR. MÁRQUEZ:

Requerido por *Revista de Odontología* para escribir un artículo sobre algún tema de nuestra especialidad, he escogido el que encabezo, por varias razones, entre ellas la más importante, para contrarrestar la campaña que se viene haciendo por la profesión médica de Europa y América, contra las coronas y los puentes, atribuyéndolas el origen de muchas enfermedades generales.

Creo conveniente que haya entre nosotros uno más que escriba á favor de ellas; pero no sin denunciar á los que abusan de este procedimiento operatorio, como los causantes de dicha cruzada.

Bueno será, para dar forma clara á este artículo, que empecemos por decir algo del origen de las coronas.

Nació este progreso dental, como la mayoría de ellos, en los Estados Unidos, hará próximamente unos cuarenta años (no me es dable decir quién fué el primero que lo aplicó) y nació como consecuencia del noble afán de evitar las extracciones, pues no se utilizaron más que en aquellos casos en que la destrucción del órgano dental era tan grande, que no permitía salvarlo por otro medio. Que desempeñó su misión de una manera perfecta, lo atestiguan infinitas coronas que llevan de uso más de treinta años.

Pero para que este fin se logre, lo primero que hay que conocer bien es el tratamiento y obturación de las pulpas y canales radiculares.

¿Se realiza esto de manera seria y científica en todos los casos? Podemos afirmar que no.

Otra de las condiciones primordiales que debe reunir una corona, es el tallado y forma de la raíz ó base de la misma.

¿Se realiza esto? Afirmamos que no.

Pues bien, ambas cosas conjuntas, como en la mayoría de los casos suele suceder, ó una sola de ellas, puede dar origen á perturbaciones generales.

La descomposición de los restos pulpares, por las mil y una de sus complicaciones ó la falta de tallado y ajuste, por los residuos tanto alimenticio como de secreciones gingivales que acumulándose en los bordes de la corona, sabemos lo que ocasionan. Si la coronación fuese hecha solamente por los que conocen la técnica de su aplicación, seguramente lo afirmamos, no habría dado lugar á esa campaña en contra.

Creo de mi deber llamar la atención de la profesión dental sobre ello, porque el peligro de la industrialización de nuestra amada Odontología pudiera dar ocasión á que algún día un extraño á ella hiciese acusaciones como las que en

estos momentos se han lanzado (á mi juicio con razón) desde el Congreso de los Diputados, contra el mercantilismo farmacéutico. Creo preferible sea uno de nosotros, de nuestra misma familia, quien os llame la atención.

Todos somos requeridos diariamente para prestar servicio á personas que sufren de muelas coronadas, y fatalmente casi siempre comprobamos que sus raíces no han sido, no digo tratadas, que ni siquiera intentado hacerlo y la mayoría de las veces nos encontramos debajo de esas coronas, dientes que hubiesen podido ser salvados sin necesidad de recurrir á ese extremo. Muy frecuentemente nos hemos visto obligados á levantar algunas coronas puestas en caninos é incisivos, en las que rompiéndose la belleza armónica de una dentadura blanca, hermosa y cuidada, le daba horrible aspecto de joyería, refinado con el arte y la estética.

Hora es ya de que levantemos ese abuso, que hace perder á nuestra profesión su carácter serio y científico y ese arte delicado, que tanto la ha dignificado y enaltecido.

Cuando el Dr. Faggarh dió á conocer al mundo su utilísimo invento de las incrustaciones de oro colado, hubimos de pronosticar la revolución que produciría en el campo de la operatoria dental, y así fué en efecto, reduciendo casi á un 50 por 100 las necesidades de utilizar coronas.

Pero simultáneamente con eso y cuando nos felicitábamos de ese progreso que nos proveía de un medio más de salvar los estragos producidos en las dentaduras de nuestros clientes, se apoderaba por otro lado una verdadera fiebre de construir coronas y puentes, precisamente en el momento en que los que las habían estado haciendo, las reducían en un 50 por 100, como antes he dicho. ¡Si al menos estuvieran hechos y aplicados con arreglo á sus principios fundamentales!...

Y ya que he comenzado esta labor de saneamiento de prácticas que pueden afectar al buen nombre de nuestra profesión, he de tratar de otro tema de operatoria dental, que seguramente y por una de las causas ya apuntadas al hablar de los puentes y coronas, ó sea de las complicaciones de carácter general que producen las pulpas muertas y sin tratamiento.

Recuerdo que hace algunos años y á raíz de la introducción en la profesión dental de los cementos al silicato y antes de empezar á usarlo nosotros, tuvimos que intervenir en algunos casos de periostitis y abscesos en dientes que habían sido obturados con silicato. Por aquel entonces, realicé un viaje á Londres y en conversaciones con algunos dentistas de aquella capital, expresamos nuestra opinión de que los cementos al silicato afectaban la vitalidad de las pulpas, encontrándonos con que nuestra opinión no era compartida por los compañeros.

Posteriormente hemos leído que nuestra sospecha era colaborada por otros, que atribuían las causas á la presencia de cobalto en dichos silicatos.

Firmemente convencidos después de que la destrucción de la vitalidad pulpar es un hecho cierto, resolvimos no usar los silicatos más que en los casos de dientes con pulpa muerta y tratados convenientemente, utilizando las incrustaciones de porcelana de Jenkins ó las americanas de alta fusión, en todos los casos de dientes anteriores, con pulpa viva.

En los molares y bicúspides, usamos siempre el oro colado, menos en las paredes anteriores de las segundas, por cuestión de estética.

Escritas las líneas que preceden, llega á mis manos un folleto sin número, del *Sangrador sin Sangre*, que se edita en Nueva York y en él encontramos un artículo titulado «Solución de un caso curioso», en el que el Dr. Butter, de Siracusa, tesorero de la Sociedad Dental del Estado, en Nue-

va York, da cuenta de una señora que padecía artritis, sin poder averiguar la causa. El reconocimiento de la dentadura no acusó nada anormal; pero ante la rebeldía del caso, se decidió hacer una radiografía, que puso de manifiesto un pequeño absceso en el ápice de un canino inferior, que tenía un pequeño relleno de silicato, que al ser levantado se encontró una pulpa muerta, que fué tratada convenientemente, encontrando alivio la enferma, que por cierto duró poco, pues nuevamente volvieron los síntomas anteriores, recaída que indujo al Dr. Butter á levantar otro relleno de la misma sustancia, que había en la bicúspide contigua, encontrando también la pulpa muerta. Es de observar que en ninguna de las piezas se veían síntomas locales tan conocidos, que denuncian á las pulpas muertas, y sólo la radiografía lo denunció en el canino, pero no en la bicúspide.

Cuando daba por terminado este artículo y me disponía á remitirlo al director de *Revista de Odontología*, llega á mis manos la prensa diaria y con fruición inenarrable leo el Decreto firmado por S. M. el Rey á propuesta del ministro de Marina, creando el servicio dental en nuestras bases navales y Madrid.

Ya teníamos conocimiento de ello por boca del mismo que lo ha logrado, que es el Dr. Márquez, teniente coronel de Sanidad de la Armada, que ha dado un paso de gigante, creando una nueva era en nuestra profesión.

El amor y el entusiasmo que por la Odontología siente el Sr. Márquez, le ha dado la tenacidad y energía que en nuestro país se necesita para lograr ver reconocido é implantado un servicio que, como el nuestro, está demostrado su buen resultado, tanto en lo militar como en lo civil.

Muy gustoso aprovecho estas líneas, para felicitar al doctor Márquez. Hombres así son necesarios, para que contrarresten la labor mercantil de otros y elevar la categoría social de la Odontología, á la que todos debemos amar como madre amantísima.

RAMÓN H. PORTUONDO.

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.

La infección se dominó en dos semanas, que se obtuvo la curación; si bien quedando las lesiones propias de afección tan grave.

Observación 8.^a Úlcera central córnea, con iritis y obstrucción de las vías lagrimales (Consulta externa del Hospital).

Ana G. L., de cuarenta años, de Albuñol (Granada).

Tratamiento.—Día 28 de Junio de 1918: 2 c. c. de leche en inyección intramuscular y localmente atropina. Mejoría desde el primer momento, estando cicatrizando la úlcera dos días después. Día 4 de Julio: queda una ligera infiltración entre las láminas corneanas y se le pone la segunda inyección de leche de 2 c. c. Alta por curación el 6 de Julio de 1918, sin rastro de cicatriz.

(1) Véase el número anterior.

Observación 9.^a Úlcera serpiginosa central córnea derecha muy extensa con supuración de las vías lagrimales. Ojo izquierdo atrófico.

María S. S., de cincuenta y seis años, de Huércal, se presentó á consultarnos el día 28 de Junio de 1918, sufriendo las lesiones arriba indicadas y fuertes dolores periorbitarios, con apenas percepción luminosa.

En el mismo día se le puso la primera inyección de leche de 2 c. c. y localmente curas á base de clorhidrato de quinina, azul y dionina. Por la tarde 37° 6, el ojo no le duele y está muy mejorado. En los días siguientes continúa la mejoría. Día 3 de Julio: segunda inyección de 2 c. c. de leche. Día 4: la córnea está más clara y ya distingue los dedos de espalda á la luz á 15 centímetros de distancia y apenas si quedan vestigios de la úlcera aunque la córnea sigue infiltrada profundamente. Día 8: tercera inyección de leche en la misma cantidad. Día 10: la infiltración está disminuida considerablemente y después poco á poco va desapareciendo hasta hacerlo totalmente el día 10 de Agosto de 1918 que se le da de alta por curación, habiendo quedado con muy buena agudeza visual.

Observación 10. Destrucción casi total de ambas córneas, con prolapso del iris y fuerte hipopión en el ojo derecho, consecutiva á querato conjuntivitis, por propagación de un eczema generalizado de la cara, con visión nula en ambos ojos.

Asensio F. F., de cincuenta y tres años, de Chirivel, acudió á nuestra consulta privada el día 8 de Julio de 1918, padeciendo las lesiones que se indican.

Tratamiento.—Localmente lavados con solución salina al 14 por 1.000, eserina, azul de metileno y dionina y vendaje binóculo é inyecciones lácteas de este modo: primera inyección de 3 c. c. en el mismo día; por la tarde 38° 2 y ligero dolorimiento en el sitio de la inyección (la región glútea). Al día siguiente nos dice que ha pasado la noche muy bien y por su parte los ojos han mejorado extraordinariamente, las ulceraciones corneales están reducidas á la mitad y el hipopión del derecho ha desaparecido y distingue los dedos con el izquierdo. Día 10 de Julio: segunda inyección de leche también profunda y en la misma dosis. Al día siguiente la córnea izquierda está transparente, excepción hecha de una ligera zona paracentral inferior.

Día 12 de Julio: tercera inyección de leche en la misma región y cantidad; continúa rápidamente la curación. Día 14: cuarta inyección láctea de 3 c. c. Día 15: la visión del ojo izquierdo ha aumentado é igualmente la del derecho que ya percibe los dedos. Día 16: quinta inyección láctea, misma dosis. Día 17: la córnea izquierda está completamente transparente en toda su extensión y la derecha deja ver claramente la pupila. Día 18 de Julio: sexta inyección en la misma cantidad. Día 22: el ojo izquierdo está totalmente curado y se le suprime el apósito, la visión en él es normal, y no ha quedado el menor vestigio de cicatriz; se ha obtenido la curación en este ojo en catorce días. En el ojo derecho ha desaparecido el prolapso del iris, continuando de un modo progresivo y satisfactorio la curación, hasta el día 8 de Agosto que se le quitó el apósito, habiendo quedado un

pequeño nefelions apenas perceptible y con agudeza visual muy buena.

Alta por curación el día 22 de Agosto de 1918, á los cuarenta y siete días de tratamiento.

Observación 11. Úlcera de pneumococo periférica y extensa córnea derecha, con tendencia á la perforación.

Luis P. G., de cinco años, de Almería, lo presenta su madre en nuestra consulta. Enviadas dos preparaciones del pus de los bordes de la úlcera al laboratorio, nos informan que el germen encontrado es el pneumococo.

Tratamiento.—Día 8 de Julio de 1918: primera inyección de 1 c. c. de leche en la región glútea. Día 9: mejoría notabilísima. Día 10: segunda inyección de la misma dosis y región. Día 11: continúa la curación. Día 12: tercera inyección láctea de 1 c. c. Día 14: curación total de la úlcera, habiendo quedado una ligerísima infiltración corneal y visión normal. Localmente ninguna medicación. Alta el día 20 de Julio de 1918.

Observación 12. Úlcera serpigínosa extensa y profunda de la córnea izquierda, con obstrucción antigua de las vías lagrimales, dolores violentísimos de irido-ciclitis, producida por un trozo de paja de trigo. Ojo derecho atrófico. Curación por la leche en inyecciones subconjuntivales.

Francisco F. M., de cincuenta y cinco años, labrador, de Lubrín, se presentó á consultar en nuestro domicilio, el día 12 de Julio de 1918, sufriendo la sintomatología mencionada y sin visión en su único ojo.

Tratamiento.—Localmente grandes lavados salinos (isotónicos á las lágrimas) de la conjuntiva y vías lagrimales, seguido de otro de clorhidrato de quinina al 1 por 100, é instilaciones de dionina y azul de metileno y vendaje oclusivo.

Primera inyección de leche de 3 c. c. en la región glútea, en el mismo día. Al día siguiente nos manifiesta que ha pasado mejor la noche, los dolores son menores, la úlcera está más limpia en los bordes y fondo. Día 14 de Julio: segunda inyección láctea en la misma región y dosis. Día 15: la úlcera está reducidísima de extensión y los dolores han desaparecido y el enfermo ve pasar la mano delante de su ojo. Día 16: tercera inyección de leche esterilizada, también de 3 c. c. Día 17: distingue los dedos a 15 centímetros y la úlcera está totalmente cicatrizada. Día 18: cuarta inyección de la misma dosis. Día 20: tiene una recaída, la córnea está nuevamente infiltrada, sin explicarnos el motivo, pues la supuración de las vías lagrimales ha desaparecido totalmente y están permeables, merced al tratamiento por los lavados y lácteo combinados, los dolores desaparecen; se le pone la quinta inyección de leche.

Día 21 de Julio: no ha mejorado. Día 22: sexta inyección de 2 c. c. Día 23: sigue el ojo con la córnea infiltrada y el paciente quejándose de dolores. Día 24: se le pone una inyección subconjuntival de leche esterilizada de $\frac{2}{10}$ c. c., que apenas si produjo algún dolor que desapareció en seguida. Por la tarde franca mejoría, especialmente en los dolores, y por parte del ojo comprobamos que la leche se había totalmente reabsorbido, sin existir ni quemosis, ni edema de los párpados. La noche la pasó sin dolor. Día 25: la córnea y cámara an-

terior están muy limpias y por primera vez nos manifiesta el paciente que ve muy bien.

Día 26 de Julio: segunda inyección subconjuntival de $\frac{1}{2}$ c. c. de leche. Al día siguiente cesación absoluta de los dolores, la visión es más clara. Día 28: tercera inyección subconjuntival de $\frac{1}{2}$ c. c. de leche esterilizada. Día 30: cuarta inyección de $\frac{1}{2}$ c. c. En los días sucesivos continúa la mejoría y sólo queda un pequeño albugo muy traslúcido en la porción paracentral externa de la córnea dejando el campo pupilar libre y sin dificultar la visión, que es casi normal. El día 8 de Agosto se le suspende el apósito y el 12 del mismo mes se le da de alta por curación á los treinta días de tratamiento.

Observación 13.—Úlcera de pneumococo córnea izquierda en un antiguo tracomatoso.

Felipe H. B., de veintiséis años, del mar, Cabo de Gata, se presentó á consultarnos el día 14 de Julio de 1918, padeciendo desde hacía una semana la lesión indicada, pero que desde hacía dos días sufría de fuertísimos dolores en el ojo y sin visión.

Tratamiento.—Localmente pomada de atropina y optoquina y vendaje monóculo. Inyecciones de leche esterilizada, siendo la primera el día de su presentación, profundamente en la nalga y todas en cantidad de 2 c. c. Día 15: la noche la ha pasado durmiendo, sin la menor molestia, la úlcera está perfectamente limpia y casi recubierta de epitelio, tiñéndose en un pequeño punto por el azul de metileno. Día 16: segunda inyección láctea en la misma región. Día 18: tercera inyección. Día 20: cuarta inyección. Día 22: se le suprimió el apósito. Día 24: queda una ligera infiltración del iris y se le pone la quinta inyección de leche. Día 28: sexta inyección, la mejoría continúa en los días sucesivos, hasta obtener la curación, sin haber quedado cicatriz corneal y con agudeza visual normal.

Alta el día 15 de Agosto de 1918, á los treinta y dos días de tratamiento.

Observación 14. Úlcera con ligero hipopíon córnea derecha en la convalecencia de una pleuresía supurada.

Adela P. B., ocho años, Tabernas, se presentó á consultarnos el día 19 de Julio de 1918.

Tratamiento.—Día 20 de Julio: primera inyección de 1 c. c. de leche esterilizada profundamente en la región subescapular y localmente cura de atropina, quinina y azul de metileno. Al día siguiente mejoría extraordinaria. Día 22 de Julio: segunda inyección de 1 c. c. en la misma región. Día 23: curación de la úlcera y desaparición del hipopíon, quedando en su lugar una pequeña infiltración profunda en la córnea. Día 24: tercera inyección láctea en la misma dosis y sitio. Día 26: cuarta inyección. Día 27: continúa la reabsorción de la infiltración. Día 28: quinta inyección de leche. Día 30: sexta inyección. En los días siguientes se termina la total reabsorción y se obtiene la curación; dándosele de alta el día 15 de Agosto de 1918, con visión normal y sin cicatriz corneal y á los veintiséis días de tratamiento.

Observación 15. (Caso de accidente del trabajo).—Úlcera central y extensa de la córnea izquierda con hipopíon

abundante y obstrucción antigua de las vías lagrimales, de origen traumático; partícula de mineral de hierro. Curación sin indemnización.

José M. C., de cincuenta y cuatro años, de Viator, jornalero, es enviado por el patrono para ser tratado por nosotros el día 10 de Agosto de 1918.

Tratamiento.—En el mismo día, primera inyección de leche de 3 ½ c. c. profundamente en la nalga. Localmente lavados de la conjuntiva y sacro lagrimal con solución salina isotónica á las lágrimas primero y con solución de clorhidrato de quinina al 1 por 100 después, atropina, dionina azul de metileno y vendaje. Día 11: nos dice que ha dormido toda la noche y que han desaparecido totalmente los dolores. Por parte del ojo encontramos un cuadro clínico tan completamente distinto al día anterior, que en realidad no parece tratarse del mismo paciente; la úlcera está perfectamente limpia y transparente, la pupila dilatada y el hipopión ha desaparecido casi totalmente, sólo queda una ligerísima línea apenas perceptible.

Día 12 de Agosto: segunda inyección de leche de 3 c. c., profundamente en la región glútea. Día 13: no han reaparecido los dolores, ni existe la menor molestia ocular y se encuentra admirablemente, con la úlcera reducida á un pequeño punto como la cabeza de un alfiler en el que falta el epitelio, pero sin existir depresión acentuada. El iris está totalmente dilatado y la cámara anterior y el humor acuoso completamente transparentes y sin restos de exudados.

Día 14: tercera inyección de 3 c. c. de leche esterilizada en la misma región. Día 15: la úlcera es puntiforme y no hay molestias. Día 16: cuarta inyección profunda de leche, de 2 c. c. Día 22 de Agosto se le suprime el apósito por estar totalmente cicatrizada la úlcera, quedando en su porción central una ligerísima infiltración puntiforme subepitelial; sin embargo, se continúa el tratamiento local por persistir, aunque ligeramente, la iritis.

Alta, sin quedar cicatriz aparente, el día 14 de Septiembre de 1918, con visión $\frac{1}{6}$, á los treinta y cuatro días de instituir el tratamiento y efectuando solamente una cura por día.

Observación 16.^a Úlcera corrosiva de la mitad inferior de la córnea izquierda arrancando desde el limbo, con hipopión abundante y con tendencia á la perforación y vías lagrimales obstruidas.

Isabel V. G., de cuarenta y ocho años, de Fordón, ingresó en el Hospital el día 9 de Agosto de 1918, sufriendo esta ulceración desde hace varios días.

(Continuará.)

E. I.

Si dubitet medicus de evacuatione instituenda, animadvertat tunc, cum plerumque plus no cere praeter rem factam, quam omissam ubi fuerit indicata (Stol.).

Si dudare el médico acerca de establecer una evacuación, es menester que advierta, que muchas veces daña más practicándola inoportunamente, que dejando de practicarla, estando indicada.

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

El *tiroides* parece acelerar también la transformación hidrocarbonada, aunque de un modo indirecto, probablemente gracias á su enérgica acción sobre la totalidad de los procesos energéticos del organismo. El hecho es que en los animales sin *tiroides* y en los enfermos con *mixedema* la glucosuria se produce difícilmente, y se produce con facilidad, en cambio, en los animales *hipertiroidizados* y en los hombres que padecen la enfermedad de *Basedow*.

La actuación de la *hipófisis* sobre el ciclo hidrocarbonado es paradójica: de un lado, su extracto puede determinar, o por lo menos favorecer, la glucosuria al ser inyectado en un organismo, en tanto que la lesión traumática ó espontánea de esta glándula inhibe el fenómeno, hasta el punto de que *Cushing*, la más alta autoridad en materias de fisiología hipofisaria, considera como uno de los elementos fundamentales para el diagnóstico del *hipopituitarismo* el aumento de tolerancia para los hidratos de carbono, la resistencia á la glucosuria. Parece, pues, que esta glándula obraría en el mismo sentido que las *suprarrenales* y el *tiroides*, y en opuesto sentido que el *páncreas*. Mas de otro lado, yo he visto casos auténticos de insuficiencia hipofisaria con glucosuria; y, sobre todo, es un dato experimental, hoy bien comprobado, y que nosotros observamos y dimos á conocer al mismo tiempo que *Stenström* (2), que la inyección de *pituitrina* inhibe, total ó parcialmente, la glucosuria *adrenalínica*.

Las *glándulas genitales*, las *paratiroides*, quizá las *salivares*, etc., ejercen asimismo alguna influencia sobre la transformación hidrocarbonada. En suma, todo parece indicar que el *páncreas* interviene de una manera primordial y constante en dicho fenómeno, y que las otras glándulas, por mecanismo que todavía no está bien precisado, contribuyen con aquel órgano y con el sistema nervioso á la regulación de tan importante sector de la fisiología nutritiva.

El *metabolismo de la grasa* es difícil de estudiar en su aspecto experimental; pero prácticamente podemos juzgar, por el estudio de las variaciones del peso total, una de sus consecuencias finales, que es el depósito del tejido adiposo en el organismo cuando su producción supera á su consumo, y la desaparición de estos panículos de reserva cuando, al contrario, supera el gasto á los ingresos. En suma, podemos estudiar las *obesidades* y los *adelgazamientos*, que son la expresión clínica de los trastornos de ese metabolismo de la grasa. Pues bien: la experiencia nos enseña que *toda obesidad no ligada á factores exógenos notorios*—*sobrealimentación ó sedentarismo*—está siempre bajo la dependencia de una *insuficiencia de ciertas glándulas de secreción interna*, en primer lugar, el *tiroides*, y luego, la *hipófisis*, las *glándulas genitales* y quizá también la *epífisis*, el *páncreas*, etc. El clínico, por de pronto, encuentra en todos estos casos de *obesidad*

(1) Véase el número anterior.

(2) Marañón, *Acción del extracto pituitario sobre la glucosuria adrenalínica*, Bol. de la Soc. Esp. de Biol., Junio, 1915.

endógena, ya los síntomas de la insuficiencia tiroidea, ó del mixedema frustrado, ya los del síndrome hipofiso-genital de Frölich, ya los de la insuficiencia ovárica ó testicular. Experimentalmente se puede reproducir esta adiposidad si se castra al animal ó si se le extirpa el tiroides ó la hipófisis.

La hipótesis de que en estos casos no se trate de una acción directa de las secreciones internas sobre el recambio nutritivo, sino de una consecuencia indirecta por la apatía psíquica y motora que estas lesiones determinan y que inducen á la vida sedentaria, no puede defenderse; porque clínicamente se trata de obesidades perfectamente distintas de las obesidades vulgares por cebamiento y molicie, bien caracterizadas por la forma peculiar y la topografía de los depósitos subcutáneos del tejido adiposo. Aunque no pueda desecharse, naturalmente, de un modo terminante, la colaboración de dichas influencias exógenas.

Pero es que, además de esta razón clínica, que para cuantos hayan visto esta clase de enfermos tiene decisivo valor, el estudio del recambio gaseoso demuestra, que tanto en la insuficiencia tiroidea como en la genital é hipofisaria, el consumo de oxígeno y la pérdida de anhídrido carbónico descienden hasta una cuarta parte de la cifra normal ó más aún, y que mediante la ingestión ó inyección de extractos de tiroides, de hipófisis ó de glándulas genitales, respectivamente, se logra recuperar las cifras normales. En mi libro antes citado pueden verse recopilados los experimentos más significativos á este respecto, sobre todo referentes al tiroides.

La función fundamental de estas glándulas está hoy fuera de duda, en efecto, que es la aceleración del proceso de oxidación total—«la función de fuelle» de las oxidaciones orgánicas, consagrada por la frase que Noorden ha hecho popular—. Y esto es cierto, hasta el punto de que en los casos de hipertiroidismo espontáneo que observamos en la clínica humana la manifestación más constante es precisamente este aumento de las oxidaciones, que hoy se mide ya en la práctica diaria de la clínica mediante los procedimientos metabolimétricos iniciados por Magnus Levi y difundidos en la actualidad, sobre todo por los autores norteamericanos.

Queremos advertir, sin embargo, nuestra resistencia á admitir la tendencia que actualmente defienden algunos experimentadores de hacer de estas oxidaciones el dato primordial, único, para juzgar de la existencia ó no existencia de una hiperfunción del tiroides. Aquí, como en tantas otras ocasiones, el olvido de la clínica conduce á actitudes de una rigidez incompatible con la realidad del curso de la vida, cambiante ya cuando corre por el cauce regular de la salud, pero infinitamente inesperado y paradójico cuando se desborda por los campos de la patología. Cualquiera que haya visto muchos enfermos hipertiroideos sabe que si bien no hay ningún signo que se pueda considerar como patognómico de este estado patológico, el conjunto de sintomatología, por muy variable que sea en la intensidad y en el modo de agrupación de las manifestaciones anormales, es, sin embargo, tan típico, que permite asegurar en cada caso si hay hiperfunción del tiroides ó no, sin recurrir á investigaciones especiales, como no sea en casos de excepción. Y así vemos, en efecto, que los clínicos que han recogido una experiencia amplia de la metabolimetría la consideran como «el mejor índice» para juzgar del hipertiroidismo (Du Bois), pero sin desdeñar el valor que tienen los demás síntomas (1).

(1) La práctica nuestra de la metabolimetría es aún escasa para que aventuremos conclusiones personales; pero nos parece confirmar los comentarios de prudente reserva que hemos expuesto.

Dejando aparte estos puntos de interés incidental, el hecho es que aquí también recogemos otro grupo de datos de máxima importancia para el fisiólogo, á saber: *que las glándulas tiroidea, hipofisaria y genital, pero sobre todo la tiroidea, regulan el proceso de las oxidaciones celulares, y, por lo tanto, del metabolismo general; de donde su papel primordial en el aprovechamiento, consumo y depósito de la grasa, y, por consiguiente, en la producción de las obesidades y los adelgazamientos.*

El metabolismo de la grasa está, como es sabido, relacionado con el de los hidratos de carbono, ya que éstos pueden transformarse en grasa. En este sentido es muy interesante el papel que, según autores recientes, desempeña el páncreas en la patogenia de la obesidad y que explicaría, por la lesión pancreática misma, el engrasamiento que en muchos diabéticos acompaña durante largos años á la glucosuria. Hemos de reconocer, empero, que los argumentos de Falta y los de Weil (1), que son los autores que sostienen esta hipótesis, no pasan de ser sugerencias sin apoyo experimental.

La influencia de las glándulas de secreción interna sobre el metabolismo albuminoideo es también indudable, singularmente para el tiroides. Puesto que éste activa, como hemos visto, las oxidaciones celulares y acelera el recambio general, la transformación albuminoidea tomará una parte en la hipercombustión, como han demostrado Magnus Levi, Georgiewski, etc. Esta pérdida nitrogenada es más intensa si el organismo está hambriento. De todos modos, la pérdida albuminoidea, que constituyó uno de los más graves argumentos esgrimidos contra el empleo terapéutico de la tiroidina es, en general, pequeña (2), y además, como Falta y Rudinger demostraron, si se aumenta la cantidad de hidratos de carbono ingeridos por el organismo sujeto á la medicación tiroidea, se consigue que la eliminación de nitrógeno descienda á los límites normales. En estos hechos me fundé para recomendar una dieta rica en feculentos, tanto en los sujetos sometidos á la tiroidoterapia como en los enfermos de hipertiroidismo, y los resultados obtenidos en centenares de casos han confirmado la eficacia práctica de este modo de ver.

Recientemente se han obtenido indicios interesantes sobre la influencia de ciertas hormonas en el metabolismo de la creatinina. En diversos estados genitales de la mujer (menstruación, embarazo) hay aumento de la excreción de estas sustancias (Lamblig y otros). En ciertos casos de diabetes sacarina también existe este aumento; y disminución, en cambio, en el hipertiroidismo. Pero sobre todo se puede relacionar este proceso con la secreción interna de las suprarrenales, pues es constante su disminución en la enfermedad de Addison y su aumento tras la inyección de adrenalina (Roux y Taillandier). Teniendo en cuenta que para muchos la creatinina deriva principalmente del trabajo muscular (por de pronto, los músculos contienen mucha más creatina—de la cual la creatinina es el anhídrido—que los demás tejidos del organismo), se entrevé bien el mecanismo de este fenómeno, sabida la acción de la función suprarrenal sobre el trabajo muscular; y lo confirma el que recientemente se haya observado una influencia igual para la pituitrina, que actúa sobre los músculos lisos de manera análoga á la adrenalina (3).

Citemos, por último, los trabajos recientes—todavía no confirmados—que parecen localizar en las glándulas paratiroides un influjo regulador sobre los productos intermedia-

(1) Weil, loc. cit.; Falta, *Die Erkrankungen der Blutdrüsen*, Springer, Berlín, 1913.

(2) Véase resumen de esta cuestión en mi libro (19).

(3) Véase Annes Dias, *Diabete insipido*, Porto Alegre, 1921.

rios del metabolismo albuminoideo. Como Weil dice, es cuestionable todavía si se trata de una verdadera acción hormónica, que en este caso actuaría en pleno territorio hepático, ó si es una simple función antitóxica que estas glándulas realizan; pero el hecho es que después de la extirpación de los paratiroides se observa una fuerte eliminación de diferentes aminas proteinógenas por la orina.

El metabolismo cálcico está inmediatamente supeditado á diversas influencias endocrinas. Las mejor conocidas á este respecto son precisamente las de origen paratiroideo. Sabemos que en el perro paratirodectomizado la eliminación de los compuestos cálcicos está muy aumentada á expensas de una disminución del contenido de la sangre en los mismos. A esta perturbación del recambio cálcico se debe, por lo menos en parte, la excitabilidad nerviosa (tetania) que presentan los animales operados y las personas con insuficiencia paratiroidea, traumática (operatoria) ó espontánea, así como también los trastornos de hipoplasia del esmalte dentario y ciertas lesiones óseas pseudorraquílicas, cuyo estudio ha agotado Erdheim.

Después de los corpúsculos epiteliales, es el timo el órgano que parece influir más en este sector del recambio, como lo demuestran los exámenes metabólicos y las alteraciones anatomopatológicas de los huesos encontrados en el animal privado quirúrgicamente de su timo en los primeros tiempos del crecimiento (Klose, Vogt, Cardenal, etc.). Análogos hechos, aunque menos constantes y marcados, se han recogido respecto á las glándulas genitales, al tiroides y á las suprarrenales. Y de todos estos datos se han deducido conclusiones concretas en cuanto á la posible patogenia endocrina y en cuanto al posible tratamiento opoterápico de las enfermedades más importantes del tejido óseo, como el raquitismo y la osteomalacia. En nuestro libro repetidamente citado (19) puede verse una historia detallada de esta cuestión y nuestra conclusión de que los trastornos de las glándulas de secreción interna, á pesar de ser los más precisos que en la actualidad poseemos, no pueden explicar, sin embargo, de un modo completo la patogenia de estos síndromes: aclaran sólo uno de sus factores secundarios, el trastorno del metabolismo cálcico; pero nada nos dicen de la causa primaria, de la etiología fundamental. Según los estudios recientes sobre las enfermedades por carencia, esa causa primaria tal vez se encuentre en trastornos cualitativos de la alimentación, y no pocos autores incluyen, en efecto, al raquitismo y á la osteomalacia entre los estados avitaminósicos, como ya hemos dicho (1).

La eliminación del agua del organismo, fenómeno de gran complejidad, en el que intervienen multitud de factores, es también influida por las secreciones internas, singularmente por la elaborada en los lóbulos medio y posterior de la hipófisis. Tres hechos fundamentales han conducido á esta conclusión, á saber: a), la acción inhibitoria, que ejerce sobre la diuresis el extracto pituitario; b), la constancia con que se encuentran lesiones de índole destructiva en la hipófisis de los enfermos de poliuria esencial ó diabetes insípida, y c), la inhibición específica y casi absolutamente constante de esta poliuria patológica por la opoterapia hipofisaria. En dos recientes trabajos míos (2) he explicado con amplitud

mis observaciones experimentales y clínicas sobre esta cuestión, las cuales, en unión de las recogidas por otros autores, nos permiten, á mi juicio, afirmar la intervención esencial de una hormona hipofisaria en el mecanismo de la diuresis fisiológica y en la génesis de la diabetes insípida. Actualmente el número de casos de este raro proceso que he podido estudiar detenidamente se eleva á 40, cifra no superada, ni de lejos, por otros clínicos; y entre estas observaciones hay algunas de un valor patogénico decisivo, como la de la poliuria consecutiva á un balazo de la hipófisis que hace años expuse en esta Academia.

El mecanismo íntimo de la acción reguladora de la eliminación hídrica de la hipófisis es aún incierto. Posiblemente será un mecanismo doble, en parte por acción hormónica directa sobre la célula renal y en parte por intermedio del sistema nervioso en colaboración con los centros reguladores de la diuresis existentes en la base del encéfalo, como admiten Camus y Roussy, Pendé, Pí y Suñer, etc. Esta acción nerviosa se ejercería principalmente sobre los vasos renales, á los cuales dilata la hormona hipofisaria. Pí y Suñer emite la hipótesis, digna de un intento de comprobación experimental, de que tal vez la acción hipofisaria no sea meramente antidiurética, sino diurética ó antidiurética, según las circunstancias, según que el tono renal sea inferior ó superior al normal. Así se conciliarían los datos, hoy incontrovertibles, que demuestran la acción antidiurética del extracto hipofisario en la diabetes insípida y en las poliurias experimentales (Motzföldt, Marañón) con las afirmaciones de algunos fisiólogos, como Schäfer y Houssay, que admiten que dichos extractos poseen, por el contrario, una eficacia diurética.

Otras varias secreciones internas se ha pretendido que influyen también en la regulación de la eliminación del agua, principalmente la adrenalina, que obraría en sentido opuesto á la pituitrina, contrayendo los vasos renales y aumentando, por lo tanto, la diuresis. Y también la hormona tiroidea, á la que los autores de la escuela de Viena han pretendido últimamente asignar una importante intervención en la aptitud de los tejidos para retener el agua; hipótesis que nos parece por ahora prematura, sobre todo en el aspecto terapéutico, al que dichos autores la han derivado (1).

No queremos dejar de citar los interesantes puntos de vista de Sajous (2) sobre el papel de la adrenalina en la respiración, ya que tan relacionado está este vital proceso con el del metabolismo general que acabamos de estudiar. Sajous, fundándose en lógicas inducciones y en hechos experimentales confirmados por otros fisiólogos, admite que la adrenalina segregada por las suprarrenales y transportada por la sangre venosa rápidamente á la circulación pulmonar ejerce allí, en el campo respiratorio, una función fijadora del oxígeno sobre la hemoglobina. Múltiples deducciones clínicas y fisiológicas se derivan de esta concepción, que constituye uno de los más sugestivos caminos abiertos al estudio en el campo endocrinológico. Esta influencia de los factores humorales sobre la respiración, más la que ejercen sobre el funcionamiento del aparato digestivo, tan bien estudiada entre nosotros por Hernando (3), y sobre el trabajo muscu-

(1) Véase Pittaluga, *Avitaminosis*, en el *Manual de Medicina interna*, de Hernando y Marañón, tomo III, Ruiz, Madrid, 1900; Roger, *Vitamines et Avitaminoses*, en *N. Traité de Médecine*, de Roger, Widal y Teissier, fascicule VII, Masson, París, 1921; A. Hess, *New Aspects of Some Nutritional Disorders*, Journ. of the Americ. Med. Assoc., vol. LXXV, 1921, etc.

(2) Op. cit., y Marañón, *Diabetes Insipidus as a Hypopituitary syndrome*, *Endocrinology*, pág. 150, 1921.

(1) Véase Eppinger, *Zur Pathologie und Therapie des menschlichen Oedems*, Springer, Berlín, 1917.

(2) Resumen de estos trabajos de Sajous, en *Le rôle du produit de sécrétion des glandes surrenales dans la circulation et la respiration*, *Gazette des Hôpitaux*, Oct. 15, 1907.

(3) Hernando, *Algunas alteraciones gástricas de origen endocrino*, Congreso de Bilbao para el Progreso de las Ciencias, Agosto 1919, y *Algunas alteraciones intestinales de origen endocrino*, *Anales de la Academia Médico-Quirúrgica*, volumen VI, 1919.

lar (1), como es clásicamente admitido, completan el mecanismo humoral de la regulación metabólica.

Es cierto que todo esto, que nos hace ver el problema del metabolismo de modo tan distinto á como se le consideraba en la era preendocrina, está muy lejos, sin embargo, de darnos cuenta de la esencia misma de la función metabólica, que es un proceso celular desarrollado en la intimidad más recóndita de la materia viva, y que, por lo tanto, sólo futuras investigaciones físico-químicas lograrán desentrañar. Las secreciones internas, tal como las podemos concebir ahora, cumplen sólo un papel regulador; actúan, pues, únicamente desde un plano exterior á la esencia del proceso. Pero ¿podrá prescindirse de estos datos al estudiar el problema del recambio nutritivo? Ciertamente, el fuelle que activa la combustión no es la llama de la fragua; pero sin fuelle la fragua es casi tan inútil como sin la llama misma.

c) Pero es en el estudio de la función genital donde de modo más patente podemos reconocer la eficacia y el modo de acción de los excitantes humorales. Puede decirse que hasta que el concepto de la secreción interna no vino á la ciencia, casi todos los documentos sobre la función genital y sus perturbaciones apenas tenían más que un valor literario. Hoy, en cambio, podemos abarcar casi la totalidad del aspecto fisiológico y patológico del problema sexual, y en muchos puntos con detalles de la mayor precisión. Las experiencias de Brown-Sequard, que de un modo definitivo establecieron el concepto de las secreciones internas, se referían, como es sabido, á la función genital. Y desde entonces, así como nuestros conocimientos sobre las otras glándulas se adquirían lentamente, entre contradicciones y dudas, los referentes á la glándula genital se iban dibujando con rapidez y con firmeza, hasta llegar al momento presente, en el que el mismo Gley considera la noción de la secreción interna genital como la mejor establecida de todas.

Podemos considerar la función sexual en su aspecto somático y en su aspecto funcional. El primero comprende el desarrollo y morfología de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Los primarios son, como es sabido, los órganos encargados directamente de la generación, y sus accesorios (ovario, trompas, útero, vagina, etc., en la mujer; testículos, pene, próstata, etc., en el hombre); los secundarios son las características que en el desarrollo y forma del esqueleto, de los sistemas muscular y nervioso, del tejido adiposo, del sistema piloso, del aparato laríngeo, etc., separan al hombre de la mujer.

Bajo el aspecto funcional, podemos dividir también las funciones sexuales en primarias y secundarias. Las primarias son la impulsión sexual y la aptitud fecundante, comunes á ambos sexos, y en la mujer, además, la menstruación, el embarazo, parto y lactancia. Como funciones sexuales secundarias, estimamos nosotros determinadas actividades orgánicas que no alcanzan el mismo desarrollo en uno y otro sexo, sino que en cada cual tienen características diferentes ligadas con las diferencias somáticas antes expuestas. A mi juicio, estas funciones sexuales secundarias pueden reducirse á tres: la aptitud motora, el predominio de la inteligencia ó del sentimiento en la actividad psicológica y el predominio del instinto de la maternidad ó del instinto de la actuación social. En efecto: 1.º, el distinto plan con que está constituido el esqueleto femenino y su sistema motor con respecto al masculino hace que la mujer sea necesariamente

menos apta para la impulsión motora activa y para la resistencia pasiva; 2.º, el sistema neuroendocrino de la mujer la predispone más á los estímulos sensitivos y emocionales que al hombre, haciéndola, en cambio, menos dispuesta para la labor mental abstracta, y 3.º, toda la anatomía y la fisiología femeninas la encauzan hacia el ejercicio de la maternidad, en tanto que el hombre es, por las mismas razones biológicas, impulsado á la actuación social, que en todas sus manifestaciones representa un grado más ó menos complejo del instinto de la defensa del hogar, equivalente al de la maternidad y cuidado directo de la prole, propio de la mujer.

Pues bien: todo este gran conjunto de peculiaridades funcionales y somáticas que separan á un sexo de otro, está bajo la inmediata dependencia de las secreciones internas de la glándula genital respectiva en primer plano, y también, en plano secundario, de otras hormonas: tiroidea, hipofisaria, epifisaria y suprarrenal.

Los hechos que lo demuestran son tan conocidos y están tan por encima de toda crítica, que apenas nos será preciso citarlos. Hoy se admite, casi unánimemente, que el huevo fecundado tiene una predisposición bisexual, indiferente, y después, la determinación del sexo en el sentido masculino ó en el femenino depende de acciones hormonales, preferentemente emanadas del testículo ó del ovario. Está todavía en litigio si el huevo, antes de la fecundación, posee ya la predisposición femenina ó masculina; ó si, por el contrario, la adquiere al ser fecundado (según el número par ó impar de cromosomas del espermatozoo, como algunos pretenden). Lo importante para nosotros es que el huevo fecundado, como hemos dicho, y el embrión, en sus primeras etapas, es hermafrodita, y que sólo posteriormente los esbozos endocrinos genitales se desarrollan hacia el lado masculino ó hacia el femenino, impulsando con su energía hormonal el boceto de los órganos de la generación en el sentido testicular ó en el ovárico, respectivamente. Pero los caracteres del sexo contrario permanecen amortiguados, latentes, hasta edad bien avanzada de la vida, pudiendo, ya espontáneamente, ya en condiciones experimentales, revivir y determinar una inversión sexual más ó menos acentuada, como más adelante veremos.

(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.

De todos modos, la cuestión del monopolio y la consiguiente supresión de toda concurrencia interesa á todos los Gobiernos. Actualmente, los países que han instituido un monopolio interior de la quinina, entre otras ventajas, se encuentran en mucho mejores condiciones para negociar su aprovisionamiento con el Consorcio. Merece ser meditado también el ejemplo del Japón, que ha logrado infiltrarse en Java y crearse factorías propias é independientes y que ha sido imitado recientemente por Italia que ha comprado grandes extensiones de terreno, que en cuanto hayan adquirido valor la pondrán en condiciones de independencia.

(1) Véase el número anterior.

(1) Además de los datos clásicos sobre la intervención de la secreción suprarrenal en el trabajo muscular, véase E. del Campo, *Untersuchungen ueber eine neue Funktion des inn. Sekretes der Thymusdrüse*, Zeitsch. für Biologie, Bd. LXVIII, 1918.

¿Qué es lo que puede ayudar á resolver el problema de hacer que la cantidad disponible de medicamento específico del paludismo sea cada vez más abundante y más barata? ¿Qué es en el fondo el problema más universal del paludismo y del que depende la disminución de la mortalidad por paludismo en el mundo?

Por una parte la extensión de las plantaciones, por otra el progreso de la Química y la posibilidad de una mejor utilización de los alcaloides secundarios.

Dejemos á un lado el aumento de la producción, complejo problema industrial-comercial que no se puede tratar á la ligera, pero á cuya resolución los Gobiernos podrían contribuir notablemente.

Alcaloides secundarios.—En cuanto á la Química, quizás no hayamos llegado al período en que ella nos dará armas más perfectas y más económicas para luchar contra el parásito en el hombre, ó, por lo menos, un producto que haga una seria concurrencia á la quinina. ¿Qué podemos pedir á la Química? La transformación de los otros alcaloides de la *Cinchona* en productos curativos más nobles; un específico sintético.

La corteza de la *Cinchona* contiene al lado del alcaloide principal y en proporción relativamente variable, otros alcaloides secundarios que difieren poco por su estructura de la quinina, como son la cinchonina, la cinchonidina, la quinidina, etc. En algunas cortezas indias y americanas (1), la quinina sólo representa una ínfima parte de los alcaloides totales. Según Mc. Gilchrist, por término medio de 100 libras de producto de extracción de las cortezas indias, la quinina sólo representa 7,4 libras. En las cortezas de Java, por el contrario, el cultivo ha hecho aumentar la proporción de quinina á expensas de los alcaloides secundarios.

Toda esta extraordinaria cantidad de alcaloides secundarios obtenidos ó que pueden obtenerse de las cortezas abandonadas por su pobreza en quinina, no tiene empleo para la lucha antipalúdica. La Química puede encontrarlo. El conocimiento de la exacta estructura molecular de los alcaloides de la *Cinchona*, bien establecida desde hace quince años, y los progresos realizados por insignes químicos, como Skraupp, Konigs Rabe, Kaufmann y otros, en el mecanismo de su transformación, nos permiten esperar que pueda llegarse en un porvenir próximo á la transformación de los alcaloides secundarios en quinina ó en hidroquinina ó por lo menos en una serie de compuestos muy vecinos á la quinina, entre los cuales se encuentre uno con propiedades análogas ó superiores. Es fácil imaginarse las ventajas que esto representaría para la producción mundial del específico, para el restablecimiento de la concurrencia, para la valorización de las cortezas americanas é indias y para los precios.

En este punto conviene hacer notar, que el trono erigido á la quinina, si jamás será suficientemente elevado para los servicios que ha prestado y presta á la humanidad, según ciertos autores, usurpa algo los derechos que corresponderían á los otros alcaloides de la

Cinchona; es decir, que podría ser quizás en parte artificial, dados los grandes intereses creados por la industria de la quinina. Por lo menos la cuestión ha sido nuevamente colocada sobre el tapete en estos últimos tiempos. En experiencias interesantísimas hechas en la India, H. W. Acton (1) y sus colaboradores han establecido que mientras la quinina y la hidroquinina se pueden considerar como específicos de la forma tropical, contra la terciana serían más eficaces la cinchonidina y la quinidina, y también la mezcla integral de los alcaloides ó febrífugo de la *Cinchona*. La proporción de los casos curados, es decir, que no recidivaron después del tratamiento (proporción que se mantiene también la misma para los tratamientos sucesivos de las fracciones recidivantes), resultó la siguiente: Quinina, 20 por 100 á 30 por 100; alcaloides integrales, 50 por 100; cinchonidina y quinidina, 60 por 100. El uso de estos alcaloides no presento inconvenientes.

Acton calcula que si tales alcaloides fuesen empleados la producción indiana de *Cinchona*, ahora muy inferior á lo presupuestado, bastaría para la India y para parte del imperio.

Por otra parte, en Italia, Ascoli, Silvestri y otros (2) con sus observaciones han llamado la atención sobre la cinchonina, cuya eficacia no resultaría menor que la de la quinina, y por tanto podría sustituirla. Es sabido además que durante un cierto período de la guerra la Hacienda italiana de la quinina del Estado fué autorizada para hacer frente á la escasez del medicamento, á mezclar la cinchonina con la quinina en la proporción del 25 por 100, sin que esto haya dado lugar á inconvenientes.

Estudios tan importantes, dadas sus consecuencias prácticas para todos los países consumidores de quinina, pues dejan entrever la posibilidad de utilizar algunos de los alcaloides secundarios tal como se encuentran, esperan ser extendidos y profundizados.

Oportunidad de emprender un ensayo sistemático de los compuestos sintéticos y de los derivados de los alcaloides secundarios.—Por lo que se refiere á la síntesis de la quinina, la meta más noble de la Química según Liebig, si no se ha alcanzado, se ha ido muy adelante en ella; por lo demás, las esperanzas se dirigen no tanto á la quinina sintética, como á la obtención de un cuerpo más simple que tenga sus propiedades curativas. Parecería llegado el momento de realizar un ensayo fisiológico, no ya aislado, sino metódico, sistemático, de la serie de cuerpos que los químicos especialistas pueden proporcionar. Por ejemplo, la Oficina de Paludismo de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, ha tenido ocasión recientemente de ser informada de dos nuevas series muy importantes de cuerpos, próximos parientes de la quinina, preparadas por el profesor A. Kaufmann, de Ginebra, una sintética, la otra obtenida partiendo de los alcaloides secundarios de la *Cinchona* y que no han sido todavía experimentados.

(1) *Lancet*, Junio, 1920.—*Indian J. Med. Res.* VIII, n. 4, 1921.

(2) *Poltclinico*. Sez. prat. 1919, núm. 36 (Ascoli); 1919 núm. 42 (Silvestri); 1921 núm. 27 (Bini); 1921 núm. 49 (Sanguineti).

(1) Cfr. Howard y Chick. *The Pharmaceutical J. and Pharmacist*, 1920.

Trátase de hacer para el paludismo lo que Ehrlich ha hecho para la sífilis, es decir, determinar el cuerpo que una á la máxima acción parasitocida, la mínima acción tóxica. El examen de las propiedades farmacodinámicas cuanto más sistemático tanto mejor sirve para dirigir al químico en sus sucesivas elaboraciones. No se pueden prever las sorpresas laterales reservadas al farmacólogo; el descubrimiento de la antipirina, por ejemplo, fué hecho por Knorr con la intención de preparar un cuerpo semejante á la quinina.

Así que aunque el objetivo principal no fuese alcanzado, la empresa daría, con toda probabilidad sus frutos en otros campos. Tal trabajo presupone un acuerdo entre químicos, farmacólogos y clínicos.

Para la fabricación de compuestos en cantidad suficiente, para las pruebas y para la coordinación del trabajo experimental, serían necesarios medios económicos bastante elevados y una dirección técnica. La institución ó el grupo de hombres de ciencia que quisieran asumir la tarea de organizar esta empresa, recurriendo, en caso necesario, para alcanzar los medios económicos, á quien comprendiera que tal empresa era una óptima especulación, realizaría una obra digna de todo encomio.

Para terminar; si esta exposición, en algún punto fuese tachada por alguien como demasiado optimista, nosotros argumentamos que peor es el escepticismo. En efecto, hay entre nosotros quien ha perdido la fe en los métodos actuales de lucha y le falta poco para sostener que sólo se podrá comenzar á combatir el paludismo cuando se hayan encontrado métodos mejores. ¿Cómo explicarse, entonces, los repetidos éxitos de los americanos? ¿Dirán que son una exageración, que el paludismo puede ser más fácilmente vencido allí que entre nosotros, por condiciones diversas de las nuestras, comenzando por las especies de anofeles ó que por ser el país más rico consiente gastos mayores?

Sería injusta la primera afirmación, y para muchos casos no es verdad la tercera; en cuanto á la segunda es poco probable. Más bien deberemos decidarnos á examinar el trabajo de los americanos sobre el lugar: aprenderemos de todos modos muchas cosas, especialmente por lo que se refiere á la lucha contra las larvas y á la organización.

La realidad es, que nuestra experiencia, considerada sólo en el campo práctico de las campañas antipalúdicas, no es tan extensa y sistemática como la que los americanos han adquirido en los últimos años y, por tanto, no podemos desconfiar de sus brillantes resultados. Continuemos, pues, trabajando, sin entregarnos demasiado á discusiones, y no cortemos las alas á nuestro entusiasmo. Y si los resultados prácticos, pequeños ó grandes, compensan los gastos empleados para obtenerlos, será siempre, pequeña ó grande, una victoria.

Periódicos médicos.

PEDIATRIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Astasia-abasia de origen histérico en un niño de veintisiete meses.**—El Dr. Pérez Arias publica la siguiente interesante nota clínica:

El 28 de Diciembre de 1921 me presentan en la consulta, conducido por sus padres, el niño M. R. S., de veintisiete meses de edad.

Se trata de un niño nacido á término, con regular peso en el momento del nacimiento.

La madre no relata ningún accidente en el transcurso del embarazo, el parto fué normal.

Tiene otro hijo de menor edad que el enfermo que nos ocupa, que vive en perfecto estado de salud.

Abortos, ninguno.

Lactancia materna hasta los veintidós meses; desde esta edad comienza á tomar papillas, frutas cocidas, y aun crudas, en abundancia. El padre me dice que el abuelo del niño acostumbraba á darle algunas veces vino, pero no en gran cantidad, y que más tarde él se lo prohibió.

Los dos incisivos inferiores aparecen á los siete meses; comienza á caminar antes del año y habla al año y medio.

Entre los antecedentes hereditarios, sólo pude recoger en la madre cierta predisposición á los estados neuropáticos; en el padre, una sífilis tratada intensamente en el primer período y dos años antes de contraer matrimonio.

Ni en la línea materna ni en la paterna hay antecedentes de tuberculosis ó de alcoholismo.

Entre las enfermedades que ha tenido el niño, los padres sólo refieren una fiebre de pocos días cuando tenía un año, y que ellos atribuyeron á un empacho gástrico. Desde esta época el niño ha disfrutado de buena salud hasta la fecha.

Refiere el padre que nueve días antes de traer el niño á la consulta, bruscamente, y sin haber sufrido golpe ni emoción alguna, el niño se niega á andar y permanece sentado todo el día en el suelo, y que cuando á duras penas le instaban á que lo hiciese, el niño, con mucho trabajo y apoyando simultáneamente las manos sobre las rodillas, se incorporaba, daba algunos pasos vacilantes, tomándolo pronto en brazos, porque él lo solicitaba, de no hallar sillas u otros objetos donde agarrarse.

En la cama se incorporaba apoyando la cabeza y los talones y curvando en arco la columna vertebral. ¿Arco histérico?

En estas condiciones es cuando yo lo veo, y puedo apreciar que se trata de un niño de buen aspecto general, más delgado que rollizo, bien constituido y de fácil comprensión.

No he podido recoger un sólo estigma de heredolúes, raquitismo u otra de las enfermedades denominadas por carencia.

Después mi examen se dirigió á la columna vertebral, en la cual no existía la más leve desviación, ni dolor á la percusión de las apófisis espinosas; el resto del esqueleto, completamente normal; ambos miembros inferiores tienen el mismo largo.

En las articulaciones no existe rigidez alguna, como tampoco impotencia muscular, pues sentado golpea los objetos con los pies, y sostenido por debajo de las axilas, sobre una mesa, flexiona y patea con energía sobre la misma.

Invitado por mí á levantarse de la posición sentada, hace intentos para incorporarse, mas ya no puede realizarlo como antes acostumbraba, apoyando las manos sobre las rodillas, cual si fuera un distrófico muscular.

Lo pongo en pie y le ordeno que marche donde está su padre, pero sin cogerse á nada, y salva la distancia, que no pasaría de 3 metros, con una marcha vacilante y temblona, que recuerda la ataxia cerebelosa.

No existen trastornos de la micción; las pupilas, iguales y reaccionando bien á la luz.

Los reflejos rotulianos, simétricamente exaltados; el de Aquiles y Babinski, negativos.

No hay zonas de anestesia en la piel y el reflejo faríngeo es normal.

Cutirreacción y Mantoux, negativas.

Después de este examen insistí con el padre, interrogándole si había algún niño en la localidad que padeciese de parálisis infantil ó si había visto el niño algún paralítico.

Acosado por mis preguntas, el padre me refirió que el niño tenía tendencia á imitar á los mayores y que en más de una ocasión le reprendió porque trataba de remedar á un cojo que había en el lugar.

En resumen: mi diagnóstico fué de pseudoparesia del miembro inferior de causa desconocida, probablemente histérica.

Y en consonancia con mis sospechas, insinué á la familia del enfermito la conveniencia de hacer un tratamiento sin más drogas que la sugestión, pues toda la enfermedad me parecía un cuadro de simulación.

Les dije que hicieran pocos comentarios delante del enfermo respecto al caso, que practicasen con él ejercicios de marcha, mas que no le auxiasen en demasía, y que le dicesen que había dicho el médico que era preciso para curarle darle unos baños, á fin de que anduviese como los otros niños.

Le ordené, pues, unos baños templados con sal gruesa de cocina y antes de sacarlo del baño una ducha fría.

La mejoría no se hizo esperar.

A partir del quinto baño el niño comenzó á caminar con soltura y repetía á su padre con frecuencia: «Mira, papá, dile al médico que ya ando bien, pero no me des más baños.»

Posteriormente ha vuelto por mi consulta y he podido comprobar la total curación del enfermito.

El diagnóstico quedó plenamente confirmado *á posteriori* por el halagüeño resultado del tratamiento, y las consideraciones que nos sugiere dicho caso son en lo que respecta al primero, pues si en ningún caso debemos obrar de ligero, máxime en patología infantil, sin un detenido examen y un diagnóstico por exclusión, no por su rareza debemos de rechazar el de histerismo infantil, aunque sea en tan temprana edad como el que aquí relatamos. (*Archivos Españoles de Pediatría*, Enero de 1922.)

2. Púrpura fulminante durante la convalecencia de la escarlatina.—Los Dres. Guthrie McConnell y Hroy L. Weaver comunican el siguiente caso:

M. T., niña de seis años, blanca, bastante bien desarrollada y nutrida, ingresó en el hospital el 27 de Abril, habiéndose desarrollado la enfermedad el 27 de Abril, comenzando el día antes con angina. Las manos se hincharon y volvieron doloridas, de modo que no podía sostener nada. A su ingreso la temperatura era de 39° C. (102°, 2 F.); el pulso 122; la respiración 22. La exploración física resultó negativa, aparte de la piel que revela una erupción débil, pero precisa. La lengua estaba enrojecida é hinchada y las papilas rojas y sobresalientes. La faringe y paladar se hallaban intensamente enrojecidos.

La pequeña mejoró, retornando la temperatura á lo normal y continuando así cosa de una semana. El 11 de Mayo subió á 40° C. (104° F.). Se observó que el estado de la

paciente no era tan bueno como antes. Estaba somnolienta la mayor parte del tiempo y se quejaba de dolor en los pies. El pie izquierdo se pigmentó como hasta la mitad del dorso y se volvió muy doloroso. No se observó ningún otro área equimótica. El 12 de Mayo, la temperatura había bajado á 37° C. (98°, F.) á las cuatro a. m., pero subió á 40° C. (104° F.) á las cuatro p. m. El pie izquierdo se había vuelto mucho más obscuro. No se podía palpar la arteria dorsal del pie ni había pulsación en la poplítea. El talón derecho estaba pigmentado. Bien temprano por la mañana, el antebrazo derecho revelaba un área equimótica que se extendió y se hizo más oscura durante el día. El antebrazo estaba hinchado y muy doloroso. En el cuello se manifestaron unas cuantas áreas pequeñas. La orina, que había contenido algunos hematíes ahora, era entonces casi sangre pura. El 13 de Mayo la temperatura era 37°, 2 C (98°, 9 F.) á las cuatro a. m. La última temperatura que se tomó aquella tarde era de 41° C. (105°, 8 F.). El estado de la paciente había mejorado mucho, y además de las áreas equimóticas ya mencionadas, el dedo anular de la izquierda, la punta de la nariz, el glúteo derecho y la espalda estaban invadidos. La enfermita murió el 14 de Mayo. Se hicieron frotos y cultivos de la nariz y de la garganta que no revelaron bacilos diftéricos. Los hemocultivos fueron negativos.

Hallazgos autópsicos.—Se observaron equimosis múltiples de la piel, submucosa vesical y de la flexura esplénica del colon y degeneración turbia del riñón con glomerulonefritis. Existía un tumor esplénico agudo é infarto hemorrágico del cerebro. La punta de la nariz, incluyendo la columna, revelaban una marcada pigmentación purpúrica, sin ninguna alteración aparente de la epidermis. Su contorno era impreciso, excepto inferiormente en la unión nasolabial, en donde se deslindaba perfectamente. El resto de la cabeza no ofrecía nada de particular. El antebrazo derecho, en alguna distancia del codo hacia abajo y la mano tenían un color púrpura obscuro y estaban hinchados y cubiertos de flictenas. Las mayores de éstas se hallaban en la palma de la mano. Algunas de las que correspondían á la cara flexora del antebrazo se habían roto, rezumando un líquido sanguinolento. En el antebrazo izquierdo había una placa de pigmentación semejante á la del otro lado, pero sin flictenas. Aunque esta área cubría casi toda la superficie extensora no invadía ninguna parte de la flexora, ni se extendía más allá del meñique. El dedo anular de la mano izquierda se hallaba seco y negro. El pie izquierdo exhibía una placa semejante de pigmentación, bien deslindada en la cara dorsal de las articulaciones metatarsofalangianas, afectando todos los dedos y gran parte de la planta. El pie derecho revelaba una invasión más extensa, estando pigmentado todo el dorso hasta la articulación del tobillo. Existían pequeñas flictenas en casi todos los dedos. Posteriormente, la región glútea derecha revelaba un área muy grande y típica y á poca distancia más arriba de la lesión más pequeña. La mayor de las dos estaba ligeramente ulcerada. Aunque todas estas lesiones tenían una localización precisa, el borde era algo irregular, y se veía bien una pigmentación azulada que se extendía 1 centímetro (unos $\frac{2}{5}$ de pulgada) por debajo del reborde de la piel no afectada.

La exploración abdominal reveló que el peritoneo era liso y brillante en conjunto. No se observaron ni líquido ni adherencias. Existía un hematoma difuso en el espacio prevesical, infiltrando los tejidos del fondo de saco anterior y los ligamentos laterales y posteriores del útero. Existía además un hematoma subperitoneal en la flexura esplénica del colon posteriormente.

El recto contenía dos ó tres pequeñas áreas de hemorra-

gia submucosa en su porción inferior. La mucosa estaba intacta. La submucosa vesical estaba enormemente hinchada y hemorrágica, en particular en la base. Las paredes eran muy espesas y tenían un color de herrumbre oscuro.

En el lóbulo temporal izquierdo del cerebro, existía un área superficial de reblandecimiento. Los tejidos eran rojos, hemorrágicos y friables y las venas estaban llenas de trombos. La píamadre también estaba muy congestionada. Ni las suprarrenales, ni ningún otro órgano revelaban ni hemorragia ni anormalidades macroscópicas.

El examen microscópico del corazón, pulmón, riñón, bazo, páncreas y suprarrenales no reveló nada anormal en lo que se refiere a los vasos sanguíneos.

En el hígado existía una infiltración leucocítica bien marcada que rodeaba la mayoría de los vasos porta. Algunos de los vasos mayores revelaban una hinchazón y vacuolación marcadas de las células de la muscularis, pero no se observó infiltración fibroblástica ni leucocitaria.

En varios casos los pequeños vasos porta estaban obstruidos por masas de fibrina granular, en la que estaban enredados numerosos mononucleares y algunos leucocitos.

En algunas partes de la vejiga la mucosa estaba destruída. En los tejidos subyacentes existía una extensa infiltración hemorrágica y leucocítica. Algunos de los vasos más pequeños contenían trombos.

En el corte intestinal examinado, la mucosa estaba intacta. Se observó infiltración hemorrágica y leucocítica de la submucosa con trombosis de algunos de los vasos más pequeños.

En el cerebro, los capilares, muchos de los cuales contenían una gran cantidad de leucocitos, estaban muy congestionados. En muchos existía una marcada masa parietal de fibrina granular, estando la luz libre y llena de hematíes bien conservados. En algunos, la obstrucción era casi completa. En algunos casos existía una extensa infiltración perivascular con linfocitos y leucocitos, con una notable extravasación de hematíes.

En un gran vaso de la píamadre, una porción de la pared estaba muy espesada por la infiltración leucocítica de la muscularis, concomitante con edema. El endotelio faltaba por completo. En el lado opuesto del área precitada, la pared estaba destruída casi por completo. Inmediatamente afuera se hallaba una gran masa bastante bien circunscrita de fibrina que contenía muchos eritrocitos, masas de leucocitos y un sinnúmero de gránulos de núcleos desintegrados.

El examen de la piel reveló en algunos de los vasos pequeñas masas de tejido subcutáneo, una infiltración de las paredes por leucocitos y una obstrucción del lumen por una masa de material homogéneo. Esta última estaba en algunos sitios adherida a la pared adyacente, existiendo hematíes en las áreas no adheridas. Algunos de los vasos mayores revelaban el aumento del espesor de las paredes, debido al edema. El cuadro microscópico en los tejidos mencionados era de trombosis infecciosa, asociada con distintos grados de procesos de degeneración. La característica clínica más notable fué la lesión cutánea, que, microscópicamente, se debía a la infiltración del tejido subcutáneo por hematíes. El corion que la cubría revelaba ligera infiltración hemorrágica de las capas más profundas, pero por lo demás eran negativas y no había cambiado el epitelio superficial. No existía casi ninguna degeneración histológica.

Al principio se hizo un diagnóstico de gangrena, pero la evolución clínica no apoyó dicha opinión. Las lesiones evidentemente eran de naturaleza hemorrágica y no iban acompañadas de alteraciones degenerativas, aparte de la formación de flictenas. No aparecían primariamente en las áreas

de los dedos, sino más arriba, en los brazos y pies. Las áreas invadidas se extendían tanto arriba como abajo en general, pero las partes que en algunas ocasiones habían estado intensamente pigmentadas, se volvían más pálidas y hasta cierto punto se desvanecían. En su caso, McCririk observó que las áreas mayores se convertían en anillos con una área central de piel sana, que gradualmente se invadía. En nuestro caso se observó un estado algo semejante alrededor del maleolo interno del tobillo derecho. No estaba afectado, pero sí casi rodeado de tejido equimótico.

Sumario.—El décimoquinto día del primer síntoma de la enfermedad y séptimo u octavo de temperatura normal, la temperatura subió repentinamente a 40° C. (104° F.). El mismo día el pie izquierdo de la paciente se pigmentó, se manifestaron otras equimosis en el cuerpo durante unas cuarenta y ocho horas, se volvieron sanguinolentas la orina y las heces y a los cuatro días de observarse la primera área equimótica, sucumbió la enferma.

La exploración autopsica reveló además de las equimosis cutáneas, hemorragias vesicales, intestinales y cerebrales.

El examen microscópico reveló que la pigmentación no se debía a gangrena, sino a hemorragias intersticiales consecutivas a la trombosis. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1 de Marzo de 1922.)

SIFILIOGRAFIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Chancros sífilíticos múltiples.—El Dr. Rafael Lancha Fal refiere la siguiente nota, y dice que como curiosidad clínica expone los dos casos siguientes: 1.º Un joven obrero me consulta con una piodermitis consecutiva a una sarna, que viene padeciendo desde varias semanas antes. Carece de antecedentes en absoluto; se ha tratado mal y por su cuenta. En el momento de la observación tiene una sarna generalizada y pústulas de impétigo en distintas partes del cuerpo, con preferencia en el vientre, pene y escroto.

Un tratamiento antiséptico a base de fomentos con una solución de sulfato de cobre y zinc, mejora el impétigo rápidamente; no obstante, me extraña que haya algunas pústulas genitales y perigenitales que cambian de aspecto, se endurecen, supuran menos, dejan de recubrirse de costras y sus bordes se redondean. Insisto en los fomentos y vuelve ocho días después con el impétigo curado y con seis lesiones que me parecieron otros tantos chancros sífilíticos; tres en el hipogastrio, dos en la raíz y uno en dorso del pene.

Ante aquellas lesiones duras, indoloras, redondeadas, casi sin supurar y de color rojo oscuro, vuelvo a pensar en sífilis. Ve el enfermo mi buen amigo el Dr. Romero Martínez, que hace una porción de preparaciones microscópicas y me dice lo siguiente: «He utilizado el jugo de las ulceraciones de este joven; he hecho una Fontana y a pesar del aspecto clínico de las lesiones no encuentro treponemas».

Como ya llevaban las lesiones cerca de un mes de existencia, pienso en hacer un Wassermann; se marcha el paciente sin decir una palabra y cuando vuelve al cabo de pocos días, está completo el cuadro de sífilis secundaria. No quedan restos de piodermitis. Empiezo el tratamiento con neo, mejorando rápidamente todas las lesiones.

El enfermo me dijo que después de tener la piodermitis, había seguido cohabitando; sin duda alguna al encontrar la sífilis tantas puertas de entrada hizo seis inoculaciones, que produjeron otros tantos chancros específicos.

El segundo caso, casi igual al anterior; después de una

sarna sobrevino una piodermitis y cuando llegó el enfermo á la consulta tenía ocho lesiones induradas con el aspecto clásico de los chancros sifilíticos, de distinto tamaño y evolución, situados en pene, bolsas é hipogastrio; en casi todas ellas le encontré el treponema. Todas las lesiones lo mismo que las del anterior parecían debidas por su fecha y evolución á inoculaciones exógenas, no habiendo motivos para pensar en autoinoculaciones alrededor de un primer chancre. El tratamiento por neosalvarsán los hizo desaparecer con la rapidez acostumbrada en estos casos.

Los casos relatados son simplemente curiosidades clínicas, pero conviene llamar la atención sobre ellos, pues en las piodermitis genitales y perigenitales es donde con mayor facilidad puede pasar desapercibido un chancre sifilítico ó concomitante. En efecto, siendo la piodermitis anterior al chancre, los ganglios inguinales estarán infectados antes de la aparición de éste; las lesiones de la piel pueden ocultar á veces la linfagitis y, por último, el chancre se infecta de gérmenes secundarios, perdiendo mucho de sus caracteres objetivos.

Ahora bien, si mediante un tratamiento local antiséptico mejora el impétigo se nos presentarán entonces las lesiones sifilíticas con su aspecto ordinario y nos pondrán en camino del diagnóstico.

Conviene tener esto muy presente, pues los síntomas objetivos son los únicos que pueden servirnos en estos que el Wassermann es negativo y resulta difícil encontrar el treponema á causa de la infección sobreañadida (*Revista Médica de Sevilla*, Enero de 1922.)

TERAPÉUTICA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Mercurio y bismuto.**—El Dr. A. Stagnetto López publica la siguiente historia clínica:

A. F., veinticinco años, italiano, soltero, corredor.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—No recuerda haber tenido enfermedad alguna en su infancia. Hace seis años adquirió pitirius inguinalis, consultando con un farmacéutico, quien le indica y despacha pomada mercurial doble, que él se aplica en todo el pubis, abdomen, parte del tórax y axilas; á los tres días viene á consultarme, presentando el cuadro de la intoxicación mercurial aguda; sialorrea, estomatitis, oliguria muy marcada y un eritema en toda la piel del cuerpo, con gran comezón; se le indica tratamiento y régimen del caso, que cura á los diez días, más ó menos. (No se hace análisis de orina.)

Tres años después (Enero de 1920) adquiere blenorragia y tres meses después sífilis, con su lesión inicial en el pene, adenitis y roséola, época en que me consulta. Principio el tratamiento por el novoarsenobenzol endovenoso á dosis progresivas hasta hacer diez inyecciones. Luego inicio un tratamiento mercurial con bicianuro de hidrargirio intravenoso de 0,01 gramos produciendo á las seis horas fenómenos de intoxicación, revelándose sobre todo por su eritema generalizado, que lo desespera por su gran comezón, con estomatitis y oliguria; se le da tratamiento y régimen; á los quince días de la inyección anterior, le aplico media ampolla de biyoduro de 0,01 gramos presentando el enfermo un cuadro análogo; la piel en todas las veces se desprende de los dedos en grandes pedazos semejantes á la escarlatina.

Cuatro meses después de esta última inyección, intento nuevamente mercurio con idénticos resultados.

Actualmente hice una nueva serie de novoarsenobenzol

é intento nuevamente mercurio dándole un sello de 1 gramo de subnitrato de bismuto, aplicándole 0,01 gramos de bicianuro intravenoso; á la tarde el enfermo presenta un eritema que le molesta bastante. Se le da tratamiento y régimen dejándole cinco días sin mercurio. Luego le indico 3 gramos de subnitrato de bismuto al día en tres sellos y le aplico nuevamente una inyección de 0,01 gramos de bicianuro endovenoso; el enfermo la tolera bastante bien, presentando solamente en los dedos una pequeña comezón; se siguen efectuando, día por medio, una inyección endovenosa de 0,01 gramos ya sin síntomas de ninguna clase, hasta llegar á las siete inyecciones. Luego aplico diariamente una inyección de 0,01 gramos durante cinco días consecutivos; aumento luego la dosis á 0,02 gramos de bicianuro, siempre endovenoso, sin que el paciente sintiera la menor molestia, continuando hasta llegar á veinte inyecciones en total, es decir, ocho de 0,02 gramos diarios.

Creo que con este método se podrá beneficiar á muchos enfermos que no toleran el mercurio y con mayor razón, ya que el bismuto tiene parte activa en el tratamiento. El bismuto en este caso no ha sido constipante. (*La Semana Médica*, 20 de Febrero de 1922.)

MEDICINA INTERNA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **De la influencia del estado intestinal sobre la arterioesclerosis, por G. Lemoine.**—Dos hechos han llamado particularmente la atención del autor, en sus investigaciones sobre la arterioesclerosis, que son: la repercusión de las fermentaciones intestinales sobre los trastornos funcionales, y el volumen exagerado de las heces en los arterioescleróticos. Es bien conocido que en estos enfermos sobrevienen múltiples trastornos bajo la influencia de la alimentación; Huchard señaló ya la disnea que sobreviene inmediatamente después de la comida en los individuos con el corazón ó los riñones lesionados, por lo cual se recomiendan en ellos las comidas poco abundantes, frecuentes y compuestas de alimentos desprovistos de toxina. Sin embargo, este género de disnea, así como la jaqueca, los insomnios y los demás trastornos que se atribuyen á la misma causa, se producen particularmente cuando las funciones intestinales se verifican mal y el tubo digestivo es asiento de fermentaciones y de putrefacciones anormales, teniendo lugar reabsorciones de toxina que penetran en la circulación é influyen sobre el sistema nervioso. No basta, por lo tanto, dar á estos enfermos una alimentación desprovista de toxina, si ellos no la digieren bien. Por este motivo, el autor concede gran importancia á la presencia del indican y de la urobilina en las orinas de los arterioescleróticos, basando en ella el tratamiento. Su presencia indica que el estado del intestino es malo, sea por el hecho de una alimentación mal tolerada, sea á consecuencia de la presencia de fermentaciones anteriores y persistentes. En el primer caso hay que revisar cuidadosamente el régimen alimenticio para encontrar las sustancias que producen las toxinas. Sobre este punto, el autor llama la atención sobre los huevos y las carnes blancas, que se acostumbra á dar á estos enfermos. La leche es mal soportada con frecuencia, sobre todo cuando se toma en gran cantidad, ocasionando el estreñimiento y la fetidez del aliento con esta lo saburral de la lengua. En semejantes casos, provoca fermentaciones intestinales con modificación de las heces que desprenden mucho olor y abombamiento del vientre, indicio de putrefacciones intestinales; los trastornos funcionales se agravan cada vez más con esta alimentación vicio-

sa; conviene saber, por tanto, que más de la mitad de los adultos no soportan la leche administrada sistemáticamente, y que con ello se les intoxica. En tales casos, analizando la orina, se observa aumento de la albúmina cuando existía, y siempre, la aparición del indican y de la urobilina indicará la necesidad de suprimir la leche y los huevos y de instituir un régimen de vegetales, pastas y frutas. Por otra parte, se cree que las carnes blancas están desprovistas de materias perjudiciales, mientras que las rojas las contienen; pero en realidad, sucede exactamente lo contrario; las carnes blancas pertenecen en general á animales jóvenes: ternera, pollo, etc., y por tanto contienen muchos elementos celulares, ó lo que es lo mismo, muchas materias proteicas, las cuales producen con facilidad ácido úrico ó pueden llegar á ser el origen de fermentaciones, por lo que no pueden ser introducidas más que en pequeñas cantidades en el régimen de los arterioesclerosos. Igualmente los sesos, que se llaman ordinariamente carnes ligeras, son de digestión muy lenta y aportan gran cantidad de colessterina á la sangre; son alimento de convalecientes ó de linfáticos, pero deben prohibirse á los arterioesclerosos, como todos los productos que contengan gran cantidad de colessterina, substancia que es el origen de los depósitos sobre las arterias, como ha demostrado Chauffard. En un segundo caso, el mal estado intestinal, en lugar de ser pasajero y determinado por una alimentación circunstancial, es una cosa antigua y habitual que ha jugado un papel importante en el desarrollo de la arterioesclerosis. En efecto, las intoxicaciones diversas, y la intoxicación intestinal es una de las más importantes, conducen á una superproducción de colessterina, destinada á defender el organismo, pero que acaba por depositarse en las paredes arteriales. Cuando en el tubo digestivo existen putrefacciones, la orina contiene ordinariamente urobilina é indican, y cuando este estado es persistente, no basta siempre modificar el régimen para hacerlas desaparecer. En los casos de arterioesclerosis en que fracasaron las medicaciones cardíacas, los antisépticos intestinales consiguen una mejora y el mejor medio de combatir la disnea de un individuo después de la comida, consiste á menudo en disminuir el meteorismo abdominal, desinfectando las heces. (*Gazette des Praticiens*, núm. 498, 15 de Noviembre de 1920).—LUENGO.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de buftalmia en el conejo. Estudio anatómico y fisiológico, por el Dr. A. Rochon-Duvigneaud (París).**—Se trata de un notable trabajo de laboratorio llevado á cabo por el autor (muy competente, como es sabido, en estos asuntos), en un conejo que sufría de buftalmia en ambos ojos y cuya fotografía acompaña.

El aspecto de estos ojos era parecido al que presenta la buftalmia infantil: aumento de tensión (37 milímetros de mercurio, en lugar de 22 á 25 milímetros, cifra normal), córneas salientes, opalescentes en el centro, cámaras anteriores muy profundas y pupilas dilatadas y sin reaccionar á la luz.

El Dr. R. D. ha estudiado en estos ojos glaucomatoides, el fenómeno conocido por la *raya verde de Ehrlich*, en la parte superior de la cara anterior del iris cuando se inyecta fluoresceína con carbonato potásico á la dosis habitual (20 por 100), en las venas de la oreja del conejo; para comparar de este modo la trasudación de esta materia colorante por los vasos del ojo, comparando el resultado con el que se obtiene en los ojos normales del conejo, y venir en consecuencia de lo que pueda ocurrir en el glaucoma humano.

Para ello ha tomado dos conejos, el de los ojos buftalmos, y otro normal y á los dos les ha inyectado en las venas de la oreja la misma cantidad de solución de fluoresceína, siendo los resultados que ha obtenido los siguientes: en el conejo normal la raya de Ehrlich ha aparecido momentáneamente, mientras que ha tardado diez minutos en hacer su aparición en el conejo con los ojos buftalmos, siendo por otra parte menos localizada en el sitio clásico; en ambos casos la desaparición del color verde ha tardado el mismo tiempo en efectuarse.

Enucleados estos ojos buftalmos, los cortes le han demostrado interesantes alteraciones anatómicas, puestas perfectamente de relieve comparándolas con los de ojos normales del mismo animal, como puede observarse en dos preciosas láminas (una de ojo normal y la otra de ojo buftalmo), que acompañan al trabajo y en las que las principales lesiones se ven radicar en el ángulo irido corneal, en el iris y en los procesos ciliares, consistentes en desaparición de los espacios de Fontana y soldadura (de Knies) del iris á la córnea, en la periferia de la cámara anterior; en la atrofia del iris y de los procesos ciliares. Alteraciones semejantes á las observadas en el glaucoma.

Con estas bases, de retardo en la presentación de la raya de Ehrlich y de desaparición del ángulo de filtración irido-corneal, el autor quiere orientarse hacia el aspecto práctico de la cuestión, con vistas á la patogenia del glaucoma, y cree que el mecanismo íntimo de la formación de estas buftalmías, no ha sido la hipersecreción del humor acuoso, sino la *retención* del mismo y la acumulación consecutiva; viniendo á dar un nuevo empuje á la clásica teoría de la escuela de Heidelberg de la circulación del humor acuoso, actualmente puesta en entredicho por los trabajos de Magitot.—(De *Annales d'Oculistique*, de París, Junio de 1921).—DOCTOR M. MARIN AMAT.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Vía de elección para buscar los proyectiles en el oído, por G. Portmann.**—El autor, después de pasar revista á las diferentes vías de acceso para la extracción de proyectiles del oído (vía supraauricular de Berger, preauricular de Gangolphe y Siraud y retroauricular), muestra que esta última es verdaderamente la más lógica y que su empleo puede considerarse como un método de elección. La vía retroauricular proporciona una luz considerable sobre todo el espesor del peñasco de arriba á abajo y de delante á atrás. Una trepanación análoga á la que se efectúa para la cura radical de la otorrea, pero más extensa, responde á la mayor parte de las necesidades; permite inspeccionar de paso la región del antro, el conducto auditivo externo y sus proximidades, la caja, constituyendo además una ancha vía de penetración sobre la región de la base del peñasco. En efecto, se tiene á la vista toda la pared laberíntica de la caja del tímpano, desde el orificio de la trompa hasta el aditus, la del antro y la región infraantral profunda; es decir, que todas las porciones del hueso pueden ser exploradas fácilmente. Además, se dispone de una gran facilidad para salir de los límites óseos y llegar, en caso de necesidad, á través de la pared petrosa anterior, por cima de la pared craneana, ó á la región sinusal ó cerebelosa. Finalmente, y sobre todo, esta vía retroauricular, además de la comodidad de acceso que proporciona, tiene la ventaja inapreciable de ser una intervención metódica, con puntos de referencia perfectamente claros, que permiten al cirujano, teniendo un alumbrado intenso, saber siempre por dónde va. La vía posterior

tiene, por otra parte, la consagración de la gran mayoría de los especialistas que, hechos á las trepanaciones auriculares, saben todo el beneficio que de ella se puede obtener y el minimum de inconvenientes que hay que temer. (*Presse Medicale*, núm. 28, 6 de Abril de 1921.)—E. L.

2. Patogenia del chancro sifilítico de la amígdala, por G. Portmann.—Se ha buscado cuál sería la causa de la frecuencia, cada día creciente, del chancro sifilítico de la amígdala palatina. Parece asombroso, en efecto, que este órgano, afecto tan á menudo, se encuentre colocado justamente en la parte más alejada de la cavidad bucal, lo que elimina la contaminación habitual por contacto directo ó traumatismo. El autor piensa que la situación anatómica y la estructura de la amígdala pueden suministrar razones suficientes: a) La amígdala, situada en la parte estrecha que franquea el bolo alimenticio, continuamente irritada por éste, poco defendida contra las variaciones de temperatura exterior, conteniendo en su parénquima mismo una riqueza microbiana incomparable, está con frecuencia en un estado subinflamatorio, que la pone en menor resistencia. b) Su aspecto tourmenté y sus criptas favorecen el estancamiento, condición inmejorable para una contaminación. c) Llegado á estas criptas, donde existen todas las facilidades para permanecer, el treponema encuentra delante de sí vías de efracción fisiológicas, en las que puede colocarse para penetrar en el parénquima tonsilar. En efecto, el epitelio amigdalino, que posee una gran cohesión sobre las partes superficiales del órgano, se modifica al nivel de las cavidades crípticas, donde toma un aspecto areolar muy particular; se transforma en un *epitelio fenestrado*, en el que se aprecian espacios constituidos por la separación de las células: las *tecas intraepiteliales*, que están llenas de linfocitos. Ahora bien: si las tecas intraepiteliales son vías de paso desde el interior hacia el exterior para las células linfáticas, pueden servir inversamente de vías de paso patológicas desde el exterior al interior para los diferentes gérmenes microbianos. Al contrario del epitelio lingual ó bucal, constituido para resistir á traumatismos, aun violentos, el epitelio areolar de las criptas se presenta como una esponja que el treponema no encontrará dificultad para atravesar. (*Revue de Laringologie, d'Otologie et de Rhynologie*, núm. 1, 15 de Enero de 1921.)—E. L.

3. Tratamiento de la tuberculosis laríngea por las sales de tierras raras, por G. Portmann y R. Durand.—Basándose los autores en los trabajos recientes de Frouin, Grenet y Drouin, sobre las sales de tierras raras del grupo cérico y su aplicación al tratamiento de las tuberculosis crónicas, han ensayado el empleo de estas sales en la tuberculosis laríngea. Su técnica consiste en inyecciones intravenosas cotidianas de sulfato de tierras raras en solución acuosa al 2 por 100, á dosis variables de 4 á 10 centigramos, ó en inyecciones subcutáneas ó intramusculares de sulfato al 2 por 100 en solución lipídica fosforada. Después de una serie de 15 á 20 inyecciones, prescriben á sus enfermos un período de reposo de igual duración que el tratamiento y comienzan una nueva serie de inyecciones. Esta terapéutica general estaba completada por un tratamiento local por medio de inyecciones intralaringeas por vía bucal, de sulfato de tierras raras en solución gomenolada, oleosa ó gomosa, siendo la concentración de las tierras raras más elevada que en las inyecciones intravenosas y variando entre el 4 y el 10 por 100. En su trabajo, que contiene diez observaciones detalladas de laringitis bacilares en diversos períodos, los autores dan las siguientes conclusiones: la terapéutica por las sales de tierras raras del grupo cérico puede ser empleada en la tuberculosis laríngea, pero no de un modo

sistemático, teniendo presente que queda contraindicada en los febricitantes. En todas las formas: primaria (inflamatoria), secundaria (infiltrante y úlceroedematosa), terciaria, las tierras raras son susceptibles de mejorar el estado general (apetito, aumento de peso, recuperación de las fuerzas, etcétera). Pero así como en las laringitis bacilares se observa al principio la atenuación de los síntomas locales, en las infiltro y úlceroedematosas el estado local no parece modificado y está subordinado á la evolución de las lesiones pulmonares. (*Gazette Hebdomadaire des Scienc. Med. de Bordeaux*, 1.º de Enero de 1922.)—LUENGO.

4. De la laringuectomía total.—Técnica operatoria, por E. Moure y G. Portmann.—Los autores, después de algunas consideraciones acerca de los resultados de su práctica de la laringuectomía y de dar á conocer una estadística personal, indican la técnica que han adoptado en estos últimos años. Esta técnica consiste, esquemáticamente, en lo siguiente: operación en un tiempo; procedimiento de un sólo colgajo, con incisión lateral; laringuectomía de abajo á arriba. En su opinión, esta técnica presenta diversas ventajas.

1.º Incisión.—Gracias al colgajo cuadrangular único se obtiene una luz considerable sobre toda la región infrahiodea, lo que facilita mucho los tiempos consecutivos. Pero esta incisión tiene por objeto, sobre todo, aislar el orificio traqueal de la herida laríngea cuya parte superior se desune ordinariamente por infección secundaria. Con el procedimiento de doble colgajo, la línea de incisión cutánea se encuentra superpuesta á la línea de sutura esofágica y cae directamente sobre la brecha traqueal: basta, por lo tanto, una desunión, por otra parte casi constante, de la sutura esofágica superior, para infectar de arriba á abajo y desunir en su totalidad, ó en gran parte, la sutura cutánea media. Si el colgajo es único, la incisión vertical se encuentra relacionada con la parte lateral del cuello y, por consiguiente, está menos expuesta á la infección. De ello resulta, que este colgajo se une por primera intención á los planos subyacentes, por lo menos en sus dos tercios inferiores, separando así el orificio traqueal del resto de la herida.

2.º Ventajas de la extirpación de abajo á arriba.—No es posible siempre evitar la abertura de las vías aéreas, antes de terminar el despegamiento de la laringe, hasta tal punto, que ciertos autores aconsejan, si el enfermo se asfixia en el transcurso de la operación, colocar una pequeña cánula en el órgano vocal, para asegurar la respiración. Por otra parte, la gran generalidad de los tumores laríngeos, que justifiquen una operación radical, ocupan la región aritenoides. De donde resulta, que en estos casos es más difícil conseguir la separación de arriba á abajo y se está expuesto á (entender) los tejidos ya infiltrados por el neoplasma. Por el contrario, de abajo á arriba, el plano de (clivage) laringoesofágico es fácil de encontrar y de seguir, y es más fácil, por este procedimiento, quedar siempre en tejidos sanos; en efecto, se ve mejor donde comienza la infiltración neoplásica, á qué nivel es preciso liberar la laringe del esófago, y, si hace falta, la porción del canal que es necesario extirpar.

3.º Ventaja de la intervención en un tiempo.—Los autores piensan que su técnica, disminuyendo los inconvenientes del antiguo procedimiento en un tiempo, con incisión media, que hacía casi necesaria la traqueotomía previa, permite volver á la operación en un tiempo, pero con incisión lateral, intervención en un tiempo, que tiene la ventaja de no exponer al enfermo más que á un solo choque operatorio, y de evitarle, así como á los que le rodean, las molestias y los peligros de una doble intervención. (*Presse Medicale*, núm. 57, 16 de Julio de 1921.)—LUENGO.

EL SIGLO MEDICO

SECCIÓN PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL:

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

Boletín de la semana.

La Conferencia de Varsovia. — El entierro del Sr. Fatás.

Leemos con verdadero horror y con profunda preocupación:

«La Conferencia Sanitaria, en las notas oficiales que publica, da aterradores detalles de las epidemias que azotan á Rusia y que, merced á la abnegación de la Cruz Roja Internacional, secundada por el Gobierno de Polonia, han podido ser contenidas.

Uno de los documentos oficiales presentados por la Delegación soviética dice que el régimen zarista y la esclavitud económica han impedido á Rusia llegar al máximo en el «desarrollo de la salud pública», reprocha al antiguo régimen el no haber organizado ningún sistema de leyes ni reglamentos para luchar contra las epidemias.»

A continuación publica estadísticas de casos de tifus y de fiebre recurrente (?); pero como en esto de nomenclaturas y de designación de enfermedades no nos fiamos de los periódicos no técnicos, y menos al hablar de fiebre recurrente, no nos atrevemos á deducir las consecuencias que las cifras nos sugiere.

De todas maneras bueno es tener en cuenta que, considerado el número de habitantes del Imperio ruso, comparativamente, con el de nuestro país, no es tan grande la diferencia de la calamidad como á primera vista resulta.

Sobre toda consideración, la que debe tenerse en cuenta es la que como final inserta el periódico de quien copiamos este telegrama, y que dice así:

«En la sesión de clausura quedó aprobado el informe que será transmitido á la Conferencia de Génova, y en el cual se exponen los peligros de una epidemia en la Europa central.»

Véase cómo, llegados los momentos del peligro, vienen las apelaciones á las responsabilidades, y dígasenos si no hay semejanza entre nuestro país y la Rusia anterior á la revolución en esto del abandono absoluto de la reglamentación en lo sanitario, y si no podemos temer que más tarde ó más temprano se nos acuse ante el mundo civilizado de haber sido causa de una mortalidad análoga á la que hoy aflige al ex Imperio moscovita.

Pero esto ¿qué nos importa? La cuestión está en fijar bien la actitud del Sr. La Cierva respecto al Sr. Sánchez Guerra y la del conde de Romano-

nes respecto al Sr. Alba. Así, con fórmulas económicas, con apuros del momento, se va viviendo... ¿Qué decimos, que se va viviendo?, si después de todo, estos desventurados que alternativamente nos gobiernan, cuando más viven tres meses, y entre tanto presencian la hemorragia del país en Africa y su ruina en las fronteras aduaneras. No se va viviendo: lo que se va es caminando á la ruina definitiva, complicada con la deshonra y el anatema general.

Todos nuestros amigos saben, que en uno de los días de la última semana falleció en esta Corte el médico de la Beneficencia Municipal, senador del Reino é inspector de Sanidad del distrito de la Latina, D. Luis Fatás. También habrá llegado á su noticia la de que su defunción fué debida á haberse contagiado del *tifus exantemático* en una visita que en cumplimiento de los deberes de su cargo hizo al domicilio de una familia afectada de la enfermedad que después él contrajo.

Con estos mismos informes, al día siguiente del en que la triste nueva nos fué conocida, nos dispusimos á asistir al sepelio, que supusimos que debía ser una manifestación de simpatía hacia el hombre cumplidor y víctima de su deber y un tributo de las representaciones políticas y sociales respecto á persona que en ellas tenía puesto estimable.

Trabajo nos costó informarnos de cómo y cuándo la triste ceremonia tendría lugar, pero al fin lo conseguimos averiguarlo y acudimos al cementerio de la Almudena, donde encontramos á algunos compañeros del Cuerpo á que perteneció el finado, pocos, muy pocos compañeros de Senado, y notamos la ausencia de los jefes y autoridades políticas y administrativas más ó menos directamente relacionadas con él y que, á juicio nuestro, no hubieran hecho nada de más con mostrar en honor del muerto en tales condiciones, la no muy incómoda adhesión á su persona y á lo que ella en esos momentos representaba. En cuanto á esos señores, no tenemos por qué constituirnos en censores suyos, en actos tan de íntima y ética apreciación, en los que ó nada obliga ó todo obliga según el juicio subjetivo individual; pero en cuanto á los médicos, si nos permitiremos llamar su atención acerca de la consecuencia que se desprende del hecho de no aparecer unidos, en manifestación y muchedumbre, cuando de un caso tal se

trata y se quiere dar la sensación pública de la estima que tales casos nos merecen.

De mucha disculpa puede valer el no haberse publicado los detalles del futuro sepelio; pero á esta atenuación puede oponerse el hecho de que el que se ha querido enterar de tales datos, se ha enterado sin tener gran amistad con la familia, á la que desde aquí enviamos nuestro sincero pésame y que según nuestros informes está constituida por la viuda y cinco niñas, sumidas desde hoy en la más dura orfandad.

En resumen; con este doloroso motivo predicaremos siempre «*unión, unión y unión*», manifestación pública de que nos estimamos en nosotros mismos, y créannos todos que por tal camino se obtienen cosas más eficaces que cultivando nidos de protestas y de poco estimables pasiones.

Compuestas las anteriores líneas experimentamos relativo consuelo al ver que en la Mesa del Congreso fué entregada el día 4 la siguiente proposición de ley:

«Los diputados que suscriben tienen el honor de someter al Congreso la deliberación y aprobación de la siguiente proposición de ley:

Artículo único. Se concede por el Estado á la viuda y huérfanos de D. Luis Fatás Montes, médico de la Beneficencia municipal, fallecido á consecuencia de enfermedad contraída en el ejercicio de su profesión, una pensión igual al sueldo íntegro que disfrutaba.

Palacio del Congreso, 4 de Abril de 1922.—*Luis Armiñán, Leopoldo Romeo, conde de Romanones, Santiago Alba, Alejandro Lerroux y Melquiades Alvarez.*»

Muy bien; pero ¿no habrá algún señor diputado médico que hubiera podido poner su firma en sufragio y honor de su compañero? ¿Seguiremos siempre aguardando á que todo nos lo den hecho?

DECIO CARLAN.

HOMENAJE Á GAJAL

Mi querido amigo Cortezo: Hablé con D. Amós Salvador, que se mostró irreductible. Acaso desde el punto de vista de mi salud, no le falte razón. La descripción que me hizo del acto magno que se preparaba en el Senado me impresionó tanto, que me ocasionó dos días de fiebre y de insomnio. ¿Qué sucedería si yo tuviera que presenciar la sesión de homenaje y leer un discurso?

Seamos razonables y discretos. Ese homenaje grandioso, con asistencia del Rey y de representaciones de tantas ilustres Corporaciones, etc., es incompatible con el precario estado de mi salud y pugna con la modestia de mis méritos. Además, no pudiendo acudir á la se-

sion, ésta resultaría por demás extraña y hasta un tanto ridícula. Lo mejor fuera renunciar á un acto tan solemne y aparatoso, y contentarnos con otros agasajos.

Pero si se creyera necesario hacer algo más en mi obsequio, paréceme que lo más serio y discreto fuera celebrar en el Anfiteatro grande de la Facultad de Medicina una sesión de despedida del profesor que allí explicó durante treinta y un años. Al acto podrían concurrir, no sólo los catedráticos, sino compañeros, académicos y hasta alumnos.

En todo, la medida. Huyamos de exageraciones encomiásticas y de enfadosas apoteosis, que constituyen —da pena reconocerlo—uno de los más arraigados defectos del carácter nacional.

También fuera conveniente desistir de la estatua y concretarnos—según apuntaba antes—y ya es mucho para honrar á un modesto investigador—al libro de jubileo, al *Instituto Cajal* y á la impresión de algunas monografías agotadas y desconocidas. Esto sería lo más útil al crédito científico de España, ya que conduce más que á honrar mi insignificante personalidad, á la divulgación de descubrimientos españoles expuestos á perderse, y á la creación de una escuela viva y fecunda en investigaciones biológicas.

Esperando que su gran benevolencia para conmigo perdone á mi flaqueza de enfermo este cambio de opinión, le da las más cordiales gracias por todo lo que usted se afana por celebrar mis modestos merecimientos científicos, su entrañable amigo y fiel compañero, *S. Ramón Cajal*.

1 Abril 1922.

Excmo. Sr. D. Santiago Ramón y Cajal:

Acabo de recibir su carta de ayer, querido maestro, y le diré, que si no me ha producido una verdadera desolación, sí me ha causado honda contrariedad, y no ciertamente por el espíritu que en ella domina, que es, claramente se ve, el que ha movido los elevados y generosos sentimientos de toda la vida de quien es para mí y para tantos otros, el primero de los españoles de nuestra época.

Mi contrariedad estriba en que, creyendo alejados ciertos obstáculos, habiendo recibido de usted la expresión de estar dispuesto á concurrir á la fiesta que España entera le prepara, haya podido inquietarse el sereno reposo de su espíritu con temores que una vez sugeridos han de ser por todos, y sobre todo por mí, respetados.

Ya dije á usted en nuestra última entrevista cuáles es mi modo de pensar sobre estos efectos emotivos, que nadie más que cada uno puede medir y que es gran responsabilidad para los demás el determinar, sin que esté en su mano la ponderación del resultado producido, que quizá pudiera llegar á ser opuesto al deseado, y que lo es ya en lo que tiene de preocupación despertada en un ánimo necesitado de serena tranquilidad.

Ayer por la noche se reunió la Junta ejecutiva de su homenaje; en ella, vista la actitud irreductible de la Academia de Ciencias, queriendo hacer alrededor de la

entrega de su medalla, la solemnidad única pública del homenaje, convinimos en respetar esta su resolución y aplazar la otra sesión nacional y magna, para el mes de Mayo.

Respecto á las publicaciones, al libro conmemorativo y á la Fundación Cajal, estuvo la Junta tan de acuerdo con el pensamiento de usted, que no hay más que decir sino que acordó lo mismo que usted propone en su carta.

Ahora bien, en cuanto á la estatua, ha de permitirme usted que por mi parte (no sé lo que los demás señores pensarán) disienta en absoluto de lo que su modestia le sugiere. Una estatua, no es solamente un homenaje rendido al que en ella se ve representado, es una manifestación pública y permanente de la opinión que una época forma de un hombre que en ella vive ó que vivió antes de ella. El representado no tiene, pues, el derecho de oponerse á tal manifestación, como no tendría el de querer que no se hablase de él en las memorias y libros de su tiempo, en los periódicos y en los demás medios de expresión de la opinión pública.

La estatua, pues, á juicio mío, no dice «Premio á Cajal», sino: «Recordad que hubo un hombre que se llamó Cajal».

El monumento sencillo que hemos ideado y el sitio de colocación que usted designó como más simpático, contribuirán á formar lo que puede llamarse la parte *estática* del homenaje; la *dinámica* la constituirán los *libros y la Fundación*.

Nada contesto á las amistosas frases que le dicta su cariñoso afecto hacia mí, pero si alguna influencia tengo en su ánimo por nuestra vieja amistad y por lo que usted llama *mis afanes*, ¡por Dios le ruego que no oiga usted á nadie que le hable y aconseje sobre estos puntos! Tenga confianza en sus amigos verdaderos y entre ellos cuente con el más modesto á su admirador sincero, Carlos María Cortezo.

Madrid, 2 de Abril de 1922.

El Comité ejecutivo nos comunica la primera lista de suscripción, que, apenas iniciada, arroja ya una cifra importante.

El Comité insiste, al propio tiempo, en poner de relieve que la mayor parte de los fondos que se recauden serán destinados exclusivamente á la creación de la «Fundación Cajal», para el sostenimiento del «Instituto Cajal» y para investigaciones biológicas y del «Premio Cajal», que, con carácter internacional, habrá de otorgarse en la forma que establezca, más adelante, el Patronato autónomo encargado, bajo la presidencia del maestro, de la administración de los fondos.

SUSCRIPCIÓN

D. Manuel Márquez, 1.000 pesetas; doctora Arroyo de Márquez, 1.000; Dr. A. G. Tapia, 500; D. Ramón Turró, 100; Senado, 5.000; Dr. Sobrino, 25; el decano de la Facultad de Medicina, 500; D. Sebastián Recasens, 500; Facultad de Ciencias de la Universidad de Santiago, 50; Dr. Pittaluga, 500; D. J. Francisco Tello,

500; D. Eloy Seán, 10; D. Alberto Gómez, 5; D. J. A. de Artigas, 1.000; Instituto Alfonso XIII, 1.000; doctor Calatayud, 1.000; D. Florestán Aguilar, 500; D. José Palanco Romero, 5; D. Agustín Millares, 5; D. Maximiliano Alarcón, 5; D. Teófilo Hernando, 1.000; Dr. Marañón, 500; Dr. Goyanes, 500; Dr. Rincón, 10; Dr. José S. Covisa, 1.000; D. Julio Bejarano, 100; D. Juan M. Sánchez, 200; D. Arturo Asensio, 50; D. Emilio Enterría, 25; D. Ramón Hombría, 50; D. Antonio Gijón, 50; D. Julián Sanz de Grado, 100; D. Sebastián Hombría, 25; D. Serviliano Pineda, 50; D. Francisco Crespo, 25; D. Jaime Bigné, 25; D. Fermín Cubero, 25; D. Mariano Abad, 15; D. Enrique R. Valderrama, 15; D. Enrique A. Sáinz de Aja, 250; D. José F. de la Portilla, 25; don Julio Bravo, 25; D. Ricardo Bertolotti, 25; D. Miguel Forns, 25; D. Eugenio Díaz Gómez, 25; D. Jacinto Segovia, 50; D. Joaquín Decref, 25; D. Ricardo Pérez Valdés, 25; D. Enrique de Isla, 25. Total, 17.470.

EL SIGLO MÉDICO, como indicaba en el número anterior, inicia su suscripción especial en la siguiente forma:

	Pesetas.
EL SIGLO MÉDICO.....	1.000
Carlos María Cortezo, director.....	500
Alfonso Cortezo y Collantes, redactor.....	50
Francisco López Prieto, ídem.....	25
Antonio Fernández, ídem.....	25
Emilio Luengo, ídem.....	25
José García Sicilia, administrador.....	10
Teodosio de la Cruz, empleado de Administración.....	10
Eleuterio Casado, ordenanza.....	2
Jacinto Briñón, ídem.....	2
Ildefonso Martínez, repartidor.....	1
Rafael Martínez, ídem.....	1
Francisco Arribas, ídem.....	1
Melitón Plaza, ídem.....	1
Eulalia González, ídem.....	1
TOTAL.....	1.654

(Se continuará.)

Nuestros suscriptores que deseen contribuir al homenaje dirigirán á la Administración sus giros, de los cuales se darán cuenta en números sucesivos.

Convencionalismos profesionales

POR

JUNIOR

Como soy muy joven todavía (gracias á Dios) no he llegado á aclimatarme en la atmósfera de convencionalismos, hipocresías y cobardes mutuas concesiones que constituyen la vida social contemporánea. Romper contra todas ellas, aun teniendo el ingenioso talento y el garbo en el decir de un Max Nordau, es tarea para añadida á los mitológicos trabajos de Hércules, y estoy por decir que si el inmortal hijo de Alemène volviere por la Tierra, desistiría de limpiar esta gran cuadro de angias de las inmundicias acumuladas desde su otra empresa y que ya petrificadas por el tiempo, le desafían á él y á todos los dioses y semidioses y héroes de su Olimpo.

Esto es verdad y sincera, aunque no modesta, lo confie-

sc; pero mi sangre moza y mi natural independiente no se resignan á la pecaminosa acomodación con los abusos, ni menos con las timideces de un silencio de complicidad.

Voy, pues, aprovechando la indulgente acogida que EL SIGLO MÉDICO concede á todo lo bien intencionado, siquiera sea erróneo ó mal pergeñado, á decir algo de lo que á los convencionalismos se refiere en el acotado campo del ejercicio, aprovechamiento y cultivo de las Ciencias y Profesiones sanitarias. Tengo la pretensión anticipada de que refleje el pensamiento de muchos otros jóvenes, que más discretos y modestos que yo, no se atreven á alzar su voz al través del coro de las ya cascadas en el ejercicio de las vociferaciones en loor de las fórmulas hipócritas, que disfrazadas de compañerismo, patriotismo y otros ismos que pone el islote de su egoísmo en relación con el continente de la general indiferencia, se resignan á dejarse arrastrar por mal entendida cobardía de una corriente que en el fondo le repugna, aunque en la superficie la encuentren tolerable. A ellos principalmente me dirijo y bien quisiera que me leyese para que en su ánimo se entonasen gérmenes de determinaciones elevadas y en su conciencia, imperativos independientes en provecho del decoro general.

Vamos al grano (alguien dirá que de cebada lo merezco) y procuremos hablar castellano, que pienso yo que debió ser la lengua de que se sirvió para mayor comodidad suya la verdad, una vez que dicen que pasó por la tierra, y que por venir desnuda se enfrió y está todavía tiritando en el medroso fondo de una cueva, donde espera que algún gallardo mozo la vaya á sacar, pues los viejos que hasta ahora se han presentado con tal propósito, antes han aumentado su frío y su entumecimiento, que entrádola en ganas de salir en su desabrida compañía.

Y vamos con los convencionalismos. Léa yo el otro día un *Boletín*, de Decio Carlán, en el cual llamaba *hermanas* á la Medicina y la Farmacia, y no podía menos de pensar que esta fraternidad es uno de tantos tópicos como se emplean en el lenguaje corriente, siendo los que los usan los primeros convencidos de su inexactitud.

La Medicina y la Farmacia son más que hermanas, son cosa idéntica en su fin ideológico y en su propósito práctico, es decir, en tanto que representan la aspiración á curar los males y la investigación y estudio de los medios de remediarlos. En este aspecto, casi, y sin casi, puede decirse que son una cosa misma y que su porvenir ideal debe consistir en fundirse en una profesión única como se han fundido la Medicina y la Cirugía, hasta hace poco consideradas como diferentes. El día que ésto se alcance, será la Farmacia, tal y como ahora se estudia, una especialidad médica, una rama del arte ó ciencia de curar, y se cultivarán juntamente muchas de las disciplinas y ciencias fundamentales de tal arte, no dándose el caso de que existan médicos que puedan ignorar ciertas cosas esenciales de la Química, de la Botánica y de la Física, aplicadas, ni farmacéuticos que ignoren principios, leyes y hechos de la Fisiología y de la Patología, sin cuyo conocimiento es inverosímil que puedan proceder, científica y acertadamente, en el delicado cometido que les está reservado. Pero en tanto que esta organización racional se realiza, es necesario evitar las mutuas intromisiones, no por lo que representan solamente de daño al provecho lucrativo, sino en interés del enfermo y de la Ciencia, con que aspira á protegerla.

Ni el médico debe permitirse manipulaciones ni aplicaciones de índole farmacológica, ni provisiones medicamentosas, ni aun análisis de índole puramente química; pero en cambio, los señores farmacéuticos deberán abstenerse de vender y propagar remedios, permitiéndose decir en qué

enfermedades deben emplearse, á qué dosis y en qué ocasiones, ni les es lícito repetir el despacho de las recetas, que lógicamente no son válidas más que cuando el médico las ordenó, mientras que ellos las consideran indicadas y apropiadas siempre que se las piden, con tal de que se las paguen.

Estas diferencias van acentuándose desde que ambas artes se alejan del ideal científico para sumergirse en la realidad industrial; entonces cada una adquiere más claramente su carácter especial y específico, y la divergencia y aun la oposición de intereses se acentúa indefinidamente hasta ser las más veces contrapuestos.

Vano es que hablemos de fraternidad, de origen y de identidad de fines; entre el médico que visita personalmente á su enfermo, presencia sus dolores, le trata personalmente y siente la responsabilidad inmediata de sus determinaciones, y el farmacéutico que despacha la más concienzuda receta para un caso que en la inmensa mayoría de las ocasiones le es completamente desconocido, cuyas condiciones sociales ignora, y en cuyo éxito tiene una mínima y remota responsabilidad; la diferencia no puede ser mayor. Sería preciso que en el boticario concurriesen virtudes de altruismo más que humanas para poder exigirle que tomase la misma parte afectiva en el cuidado del enfermo, á quien nunca vió, que las que al médico imponen las circunstancias sociales y humanas de su ejercicio, con más de las responsabilidades, infinitamente mayores, que á él se encuentran anejas.

Pero aparte de ésto que es individual y casuístico, hablando en general: ¿qué es lo que al médico conviene para su ejercicio? Tener el mayor número de remedios á mano, que ellos sean lo más perfectos posible y que sean de la más fácil adquisición y baratura. ¿Es ésto lo que al farmacéutico conviene en el ejercicio de su profesión ó de su industria? No, sino todo lo contrario; le conviene que los remedios sean aquellos que él produce; le conviene la dificultad de los remedios extranjeros (es decir, la disminución material de los medios); le convienen los aranceles encarecedores, en fin, la escasez, la carestía y la reducción.

¿Pueden vivir fraternalmente dos profesiones de tendencias prácticas tan opuestas? No, sin la abdicación ó la dejación indiferente de la una de ellas consintiendo las intromisiones abusivas de la otra y la realización de sus fines egoístas á expensas de la pureza y el lucimiento de la otra.

Y así es la verdad sin convencionalismos. ¿Quiere un médico recetar un preparado de quinina, de opio ó de otro medicamento? Pues lo que él desea es tener varios preparados en que escoger, sin que le importe si están hechos en la farmacia de la esquina, en París, en Berlín ó en Londres; ésto es lo que él quiere y lo que debe querer, si mira por el interés de su enfermo y por su propio prestigio.

Entretanto al farmacéutico lo que le conviene es que el preparado en cuestión sea el que él elabora, siquiera sea menos perfecto (cosa que á él nunca le parecerá) y siquiera sea más caro ó falte, y tenga el médico que sustituirlo por uno de esos sucedáneos inverosímiles ó sofisticaciones burdas que tanto dislocan y perturban los tratamientos mejor dirigidos.

En resumen: los médicos y los boticarios no pueden ser hermanos ni tener intereses comunes más que en los dos casos extremos de la pureza ideal científica ó en el del contubernio y el compadrazgo indecoroso; en los demás casos, los intereses son contrapuestos, y decir lo contrario, es incurrir en uno de los convencionalismos al uso que nos proponemos señalar.

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 21 DE MAYO DE 1921

Resección de la úlcera del estómago con el termocauterio.

El Dr. SLOCKER dice que esta resección va entrando en la práctica corriente, porque las cicatrices obstruyen aberturas naturales, como el píloro; que enfermos que con una simple gastroenterostomía antes se curaban, ó, por lo menos, parecía que se curaban, hoy se presenta en ellos una mayor oportunidad de resecar.

Dice que Balfour sigue preconizando la cauterización y lo aconseja principalmente para las úlceras de la curvatura menor, que tienen la oportunidad topográfica de estar en los límites del epiplón menor, que aunque adherido por la inflamación crónica que en todos los enfermos puede observarse, permite una fácil disección y servir de colgajo peritoneal para el aislamiento de la primitiva sutura y la peritoneización, y desde este punto de vista, dicho autor propuso deshacer todas las adherencias y perforar en el centro, lo que practicaba con el termocauterio al rojo y con él destruye toda la zona que va tocando, á la vez que ejerce un efecto hemostático para que después de una peritoneización, el enfermo no tenga aquellos síntomas que pueden algunas veces llenar de sangre de un vaso pequeño el estómago, y determinar la hematemesis y la melena.

El Dr. Slocker practicó este procedimiento en un caso de úlcera de estómago perforada, á las seis horas de diagnosticarla el Dr. González Campo (cauterización y gastroenterostomía); y el enfermo se salvó. En otro caso, al cauterizar una porción de la úlcera halló una zona endurecida que le hizo pensar que existía otra úlcera, y en vez de destruir desde el centro del cráter de la úlcera hacia la periferia, seccionó con el termocauterio en tejido sano, dejando incluida en esta sección toda aquella zona sospechosa, resecando, en consecuencia, toda la parte enferma.

Con tal motivo, el Dr. Slocker expone breves consideraciones, por ser el procedimiento de Balfour algún tanto peligroso, que debe practicarse al principio de la enfermedad para que no ocurra lo que ordinariamente sucede, que en vez de una úlcera, resultan algunas más, dándose el caso de que operada y curada una, aparece poco después otra. Y tanto más, cuanto que en la actualidad va extendiéndose la teoría de la identidad de la hiperclorhidria con la úlcera, y un enfermo de gastroenterostomía no puede considerarse curado definitivamente en seguida, porque el tipo químico de la hiperclorhidria no se quita, no se agota, no se yugula con la intervención, por lo cual, estos enfermos deben continuar en manos del especialista y seguir una medicación alcalina con régimen de alimentos líquidos hasta la completa curación.

Dice el Dr. Slocker que ha observado casos excepcionales. El primer enfermo á quien resecó una amplia úlcera que había perforado el músculo, tenía un trayecto en forma de botón de camisa á punto de abrirse en la piel; pudo resecar la porción de pared abdominal que estaba adherida y rehacer el estómago. Este enfermo que sufría desde los diez y siete años, á los veinticinco se encontró curado de su estómago, pero sin saber qué dirección tomar en la vida para defenderse, sin tiempo ni edad para dedicarse á cualquier oficio; era un muerto que andaba por la calle. Operado y curado, desde hace dos años, come y trabaja, y no ha vuelto

á probar alcalinos ni á seguir régimen alguno. Otros han malogrado la intervención por su imprudencia en el régimen alimenticio.

El Dr. Slocker circunscribe su juicio respecto á este procedimiento, diciendo que á los enfermos de úlcera de la curvatura menor les practica la gastroenterostomía, si son del tipo de hipersecreción, y si no lo son, practica sencillamente la resección de la úlcera. Tiene en observación un enfermo, á quien ha operado hace tres meses, sin gastroenterostomía (no tenía hipersecreción), y es el primer enfermo intervenido solo con resección, pero que está al acecho por si se ve obligado á practicarle dicha gastroenterostomía. Y añade: si los enfermos se curasen con las resecciones, ¿para qué añadir un peligro más del acto operatorio? De modo que la operación de Balfour, que sólo ataca una sola úlcera, en los casos de úlcera próxima pudiera dejar al enfermo en peores condiciones. Hay necesidad de intervenir en estos enfermos, dice el Dr. Slocker, con un gran cuidado y hacer la triple sutura, que en todas las operaciones abdominales practica, y en unos 750 casos que lleva operados, sólo ha tenido seis fallecimientos, y éstos por peritonitis, por perforaciones, por soltarse la sutura, permitiendo el paso del contenido del estómago, del intestino al peritoneo, muriendo el enfermo con una peritonitis difusa, que termina fatalmente á los tres ó cuatro días, no con la trágica celeridad con que muere un enfermo por peritonitis, por perforación de úlcera, cuando en supuesta plena salud el enfermo ulceroso sufre la perforación. Por esto, dice el Dr. Slocker, sigue el procedimiento de Myhian, que sutura con hilos reabsorbibles la seroserosa, la seromuscular y luego la mucosa.

Resume su criterio diciendo que en estos enfermos reseca la úlcera de la curvatura menor, sin añadir la gastroenterostomía; pero hace una sutura para que la hemostasia sea perfecta; las escaras del aparato digestivo, al principio, son muy anchas, pero á poco que se suelta un plano y empieza á segregarse un poco de jugo, parece que se suelta más, y en este caso la hemorragia es tan terrible como pueda serlo la hemorragia espontánea de una úlcera. Por eso no puede dejarse de suturar cuidadosamente el intestino, pues se corre el riesgo de intervenir por hemorragia en un enfermo á las pocas horas de operado. En el aparato de proyecciones, el Sr. Slocker presenta una fotografía de dos úlceras unidas y dice: en la cara mucosa, si se perfora perpendicularmente al plano de proyección con el termocauterio, fácilmente se comprende que se podrá ir corriendo excéntricamente toda la zona sospechosa, y llegará un momento en que se habrá alcanzado el tejido sano, destruyendo con el termocauterio toda la porción sospechosa. Si esto sucede, mirando desde la cara gástrica, esta ulceración, desde la cara peritoneal, es mucho más difícil averiguar cuándo se ha llegado á tejido sano, como no sea por el tacto encontrar una consistencia uniforme y parecida á la del resto de la pared del estómago, que se encuentra libre de congestión y de adherencias.

Proyección: Un esquema, en el que se ve el epiplón menor, que está empujado por una pinza después de resecado, apreciándose la zona sana de mucosa del estómago y la zona sospechosa de la úlcera. Otra proyección, en la que se ve la disposición de los puntos de sutura; se ponen dos o tres, según la extensión que haya podido dejar, y luego, cogiendo el pequeño colgajo de epiplón lo opone otra vez al sitio de la perforación.

Ante otra proyección, el Dr. Slocker dice, para terminar: en vez de perforar la zona sospechosa, que permitía de una manera más ó menos correcta el cauterizar toda la zona ulcerosa, ha sido por fuera de ella, y en vez de perforar perpendicularmente por corrección excéntrica dando la vuelta,

haciendo una corrección como se pudiera hacer con el bisturí, con el termocauterio, y esto permitió coger la pieza, que de haber perforado sencillamente una de ellas, la intervención se hubiera dejado á la mitad.

El Dr. GONZÁLEZ CAMPO, aludido por el disertante, con referencia al caso citado por el Sr. Slocker dice que este enfermo es uno de los muchos que comprueban su manera de pensar respecto á la hiperclorhidria. Era un sujeto calificado por otros médicos de hiperclorhídrico desde hacía algunos años, sin que hubiera tenido nunca hematemesis ni melena, y sin que se encontrase tampoco sangre oculta en las heces, en ninguna ocasión. Después de varias crisis de pirosis y dolor de estómago moderado, que eran las únicas molestias que sufría, una noche siente dolor epigástrico repentino, no excesivamente intenso, y para buscar remedio, llamó á un joven y conocido ginecólogo que vive en la misma casa, y en consulta con él se apreció pulso de tensión normal, vientre no excavado y dolor poco intenso, que en nada recordaba el agudo, llamado por Dieulafoy puñalada peritoneal, y un estado general de tan escasa gravedad aparente, que le permitió hablar y aun bromear cerca de una hora. A pesar de esto el Dr. González Campo sospechó desde el primer instante que allí se había fraguado una perforación, y así se lo comunicó al compañero. A medida que pasaban las horas, el dolor fué acentuándose y empezó á borrarse la macidez hepática al amanecer, no bruscamente, sino de un modo gradual, sin que el pulso decayese de un modo apreciable, pero haciéndose frecuente. Entonces confirmó la existencia de la perforación gástrica y propuso que el paciente fuera operado con urgencia, como lo hizo el Dr. Slocker, próximamente á las doce horas del accidente, comprobándose el diagnóstico. Se trataba, pues, de un ulceroso que, como tantos otros, había sido considerado como hiperclorhídrico.

Al referirse á lo sentado por el Dr. Slocker, que en las úlceras de la curvadura menor del estómago, si no han determinado hipersecreción, es probable que no haya necesidad de la gastroenterostomía, bastando la cauterización, dice que la hipersecreción es consecuencia de la úlcera pilórica, yuxtapilórica y aun de la alejada del píloro, por lo cual, si no hay más que una úlcera y no existe estenosis pilórica, la escisión con el bisturí ó la cauterización preconizada por Balfour de aquella, bastará para que la hipersecreción desaparezca, y esta opinión la fundamenta, no como cirujano, puesto que no lo es, sino como testigo de los muchos casos de ulcerosos que ha visto operar por hábiles cirujanos, creyendo por ello, que al ser la lesión ulcerativa la determinante de la hipersecreción, cualquiera que sea su variedad, lo lógico es proceder como ha dicho.

El Dr. SLOCKER rectifica brevemente y agradece que su comunicación haya dado motivo á que intervenga el señor González Campo y sostenga nuevamente su criterio respecto de la hipersecreción, porque precisamente éste sería el único punto dudoso de la conducta técnica que había que seguir para aceptar dicho procedimiento.

DR. CESALDO

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

ACTA DE LA SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 23 DE NOVIEMBRE DE 1921

Se abre la sesión á las siete de la tarde bajo la presidencia del Dr. Udaeta.

Grueso cálculo expulsado por una fístula vesicovaginal.

El Dr. Luque presenta la siguiente historia clínica:

E. H., de veintiséis años. Menarquia á los catorce. Tipo

menstrual 30/8. Ha tenido un aborto y dos partos, el último en Abril del año 1919 en un pueblo de la provincia de Burgos, donde le hicieron una aplicación de fórceps, observando la enferma que desde entonces se orina continua é involuntariamente.

A la exploración se nota un cuello dislacerado y un orificio anteuterino por el que cabe ampliamente un dedo y que comunica con la vejiga.

A esta enferma la habían ya operado dos veces por vía vaginal sin resultado alguno.

En Abril del presente año volví á ver á esta enferma que acusaba dolores horribles, pudiendo apreciar al reconocerla, que tenía un cuerpo duro enclavado en el orificio de la fístula, siendo imposible extraerlo por las pequeñas maniobras que se pueden realizar en la consulta. Se le prescribió benzoato de litina al interior é irrigaciones vaginales con ácido sulfúrico al 1 por 1.000, según recomienda Fargas. A los tres días volvió la enferma á la consulta, trayendo un grueso cálculo que presentó á los señores académicos y que había sido expulsado espontáneamente. Nosotros con el dedo pudimos aún sacar otro más pequeño que también presentó.

Esta enferma rechazó la intervención por vía abdominal que nosotros le propusimos, sin duda por el alivio que había experimentado.

Este caso demuestra hasta qué punto esta terrible afección puede conducir á una enferma que se hace desgraciada en su juventud.

A continuación queremos recordar la enferma que presentamos en otra ocasión operada por el método de Imbert. Pues bien; posteriormente hemos operado otra embarazada por este procedimiento para ver cómo se comportaba la plastia en el momento del parto, y esta enferma, que se llama Felisa Solís, nos escribe diciendo que ha dado á luz en Ronda, hace poco, previa una inyección de pituitrina; suponemos, sin que haya pasado nada con el colgajo suturado en la intervención, el cual ha cedido perfectamente sin romperse y quedando después la enferma muy bien. Pedimos conste en acta este éxito del procedimiento.

Casos de úteros fibromatosos grávidos.

El Dr. Navarro Blasco: El capítulo de fibroma y embarazo es muy extenso y las opiniones están algo divididas, ya que, según unos, el fibroma es una causa de esterilidad y otros llegan á afirmar lo contrario. Voy á presentar algunas historias clínicas.

Enferma con una gestación de cinco meses y una tumoración dura en lado izquierdo. Otro médico la ha diagnosticado de embarazo extrauterino, pero nosotros diagnosticamos fibroma y la operamos, pudiendo ver que en efecto se trataba de un fibroma subseroso del lado izquierdo que había experimentado una torsión de pedículo. Posteriormente dió á luz perfectamente.

Otra enferma, que por tener integridad de himen y una tumoración abdominal, se pensó en fibroma, pero al operarla se vió que, en efecto, tenía este proceso; pero además, una gestación de cinco meses. Se operó y no hemos vuelto á saber de esta enferma.

Otra de las enfermas tenía una amenorrea de cinco meses, habiendo antes tenido reglas de tipo menorrágico. Se pudo ver que, sin duda, había una gestación de cinco meses, pero nos chocó la superficialidad donde se apreciaban las partes fetales. Por palpación abdominal y por tacto se vió que existía una tumoración que ocupaba toda la excavación y que rechazaba el cuello hacia el pubis, existiendo entre ambos sólo una distancia de 3 centímetros. Se diagnosticó mioma y gestación y se pensó por nosotros y por otros que



la vieron, que sería necesario practicar una cesárea en el momento del parto.

A los ocho meses, y no estando nosotros en Madrid, comenzó éste con la rotura de las membranas, y cuando nosotros la vimos á las treinta y seis horas de esto, el feto estaba sin poder encajar. Intentamos unas maniobras vaginales bruscas para rechazar la tumoración hacia arriba y no lo conseguimos, en vista de lo cual decidimos intervenir; antes de preparar el instrumental, vimos con sorpresa que, sin duda, las contracciones uterinas que eran muy violentas, ayudadas por nuestras maniobras, lograron rechazar la tumoración hacia arriba saliendo el feto rápidamente.

La última enferma que voy á presentar estaba embarazada de cinco meses y abortó, practicándole otro médico un legrado digital. Se apreciaba después de esto un tumor que llegaba hasta el ombligo y que era duro por arriba y blando y como quístico por abajo, de tal modo, que por esta vía daba la impresión de un embarazo; pero como quiera que el otro médico nos aseguraba que con el dedo había extraído trozos de placenta, decidimos operar y extrajimos dos fibromas subserosos, existiendo en plena masa uterina una cavidad revestida por un tejido parecido á la placenta, pero que no lo era y que en estos momentos está pendiente de análisis. Quizá se trate de un fibroma degenerado, pues además la enferma tenía cierto tinte caquético.

De todos estos casos no queremos sacar más consecuencia sino demostrar la variabilidad de síntomas que pueden dar y hacer ver cómo los úteros fibromatosos son capaces de gestar, por lo cual queremos hacer hincapié en el hecho del empleo á nuestro juicio abusivo de la radioterapia que ha de causar la esterilidad de las mujeres que, tratadas por algunos procedimientos quirúrgicos, pueden después concebir.

El Dr. Recasens (L.) cree que lo principal en una enferma con mioma, es curarse totalmente aunque esto le cueste no poder ser madre, y piensa que si se trata los miomas por métodos quirúrgicos ó se hace una histerectomía, en cuyo caso no es posible la ulterior concepción, ó se hace una miomectomía, que, salvo en los casos de pólipos, no cura el proceso ya que siempre existen otros focos de tejido fibromatoso. Por lo tanto, cree que el tratamiento por rayos X no tiene los inconvenientes que el Dr. Navarro Blasco le quiere achacar.

El Dr. Luque aporta otro caso de embarazo y fibroma que ha tenido ocasión de operar hace pocos días. Respecto al tratamiento por los rayos X, cree que lo mismo es practicar al histerectomía que castrar por métodos físicos.

El Dr. Torre Blanco sólo quiere hacer algunas observaciones al caso que tan brillantemente ha expuesto el doctor Navarro Blasco, respecto á la muchacha que parió espontáneamente después de las maniobras realizadas para rechazar la tumoración hacia arriba. Creo que, desde luego, de haber podido coger este caso al principio, debió haberse practicado una cesárea sin esperar el resultado espontáneo, pero de esto ya comprendo que no ha tenido la culpa S. S. ya que se encontraba fuera de Madrid. Pero confieso, que si yo hubiera visto á esta enferma con contracciones violentas, bolsa rota hacia treinta y seis horas y una distancia de 3 centímetros entre pubis y tumoración no hubiera intentado siquiera hacer la reducción del tumor, sino que hubiera practicado, sin esperar á más, una cesárea mutiladora, incluso, si existía infección suficiente para impedir la práctica de una cesárea conservadora, aparte de que en este caso tenía menos importancia extirpar el útero ya que hubiera habido que hacerlo posteriormente si se había de tratar su mioma por métodos quirúrgicos.

Respecto á la radioterapia de los miomas, creo, como el

Dr. Recasens, que lo primero para una enferma de mioma, es curarse radicalmente de éste aunque en ello vaya su función de maternidad, y desde luego, de tratar quirúrgicamente estos casos, habrá que practicar en la mayoría de ellos la histerectomía, ya que dejando tejido uterino, aunque parezca sano, y los anejos donde parece que reside la causa de los miomas, lo más probable es que la enferma tenga posteriormente otro tumor miomasto. Por otra parte, hay casos que se pueden tratar por rayos X, sin necesidad de llegar á la castración total, y el Dr. Botín, por ejemplo, ha publicado casos de mujeres tratadas por este procedimiento que después han parido espontáneamente.

Es verdad que, según algunos, como Hirsch (Zentr. f. Ginn., 1914), y nosotros, los rayos X pueden tener una acción disgenética, dando lugar á la producción de fetos monstruosos, abortos molares (caso nuestro); empero estos casos son por fortuna tan poco frecuentes, que cuando se pueda tratar por rayos X sin llegar á la anulación total de la función ovárica, se debe hacer así, aunque en la mayoría de las ocasiones será preciso llegar á la castración completa. Desde luego, yo cuando histerectomizo por mioma, dejo algún ovario si está sano, cosa que, por desgracia, no ocurre casi nunca.

El Dr. Muela, con motivo del caso aportado por el doctor Navarro Blasco, de reducción inesperada del mioma en el momento del parto, recuerda la enferma que presentó en otra ocasión á esta Academia, la cual, según opinión de varios que la vimos, tenía un mioma enclavado en la excavación y un embarazo y, según creímos todos, no podría parir sino por vía abdominal, y nuestra sorpresa fué grande cuando vimos que paría espontáneamente por desaparición absoluta de la tumoración, que probablemente regresó de tamaño como el útero puerperal al involucionar.

Por ser hora reglamentaria, se levanta la sesión á las ocho de la noche.

Madrid, 23 de Noviembre de 1921.—El secretario de actas interino, F. Torre Blanco.

Sociedad Española de Dermatología y Sifilografía

Sesión clínica celebrada el viernes 17 de Febrero en el Hospital de San Juan de Dios.

PRESIDENTE, DR. AZÚA

El Dr. Covisa presenta un caso de *Linfodermia perniciososa de Kaposi* que hace intervenir á los Dres. Sicilia y Azúa para hacer resaltar lo interesante del caso clínicamente.

Dr. Casal: *Linfitis sifilítica simétrica de miembros inferiores*.

El Dr. Sáinz de Aja interviene para decir que á su juicio no es un caso de linfitis específica y sí de feblitis de la safena externa igual á los publicados por el Dr. Criado y por él. Invita al Dr. Casal á que cuando se cure el enfermo le inyecte y verá sale sangre, aparte de que dado el tamaño no puede ser ningún linfático y sí forzosamente una vena.

El Dr. Sicilia interviene para dudar del diagnóstico de linfitis y feblitis, pues ambos casos á su juicio pueden ser.

El Dr. Sicilia nos enseña un enfermo con *Tabes dorsalis* que á su juicio tiene síntomas también de mielitis, por lo que le considera interesante.

El Dr. Bejarano explora al enfermo é interviene para decir que es un caso puro de tabes sin mezcla alguna de los trastornos á que hace referencia el Dr. Sicilia, por lo que es un caso vulgar y corriente.

El Dr. Criado coincide con el Dr. Bejarano por ser enfermo ya visto por él y diagnosticado así, el cual abandonó el tratamiento.

El Dr. Sáinz de Aja nos presenta varios enfermos con diversos matices de estomatitis por sales de bismuto, que motiva la intervención del Dr. Covisa para decirnos que de los enfermos que él tiene en tratamiento por dichas sales, los tiene también con estomatitis, describe cómo son éstas y añade que las inyecciones son muy dolorosas hasta el extremo de haber tenido que hospitalizar á uno de ellos.

El Dr. Casal pregunta en qué casos está indicado el bismuto en el tratamiento de la sífilis y si es superior ó no á los arsenicales y mercuriales.

El Dr. Sicilia nos enseña un enfermo tratado con 12 inyecciones de salicilato de bismuto y cerio, en el cual apenas se ha modificado unas placas perianales que presenta el enfermo. Nos habla del empleo del fosfato de bismuto por vía venosa, el cual dice no produce estomatitis y con el que se consigue efectos más rápidos.

El Dr. Aja rectifica y dice que en los enfermos tratados por él, el dolor no ha sido muy intenso debiendo ser quizá esto, á que los intervalos de inyección á inyección los hace él más largos. Respecto á cuando está indicado el bismuto aconseja que sea en toda clase de intolerancia, tanto arsenical como mercurial, indicando, por último, que el salicilato de bismuto no sirve para nada.

Por último, el Dr. Bejarano interviene para advertir al Dr. Sicilia del cuidado riguroso que se necesita para administrar el bismuto por vía venosa, ya que este es así muchísimo más activo.

El Dr. Sáinz de Aja presenta un enfermo *paralítico general con diabetes insípida* muy interesante, pero cuya discusión se aplaza para la sesión próxima por ser la hora reglamentaria.

DR. BARRIO DE MEDINA.

Sección oficial.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN

Excmo. Sr.: Vista la instancia elevada á este Ministerio por el médico-director de baños, jubilado, D. Manuel Millaruelo, en solicitud de que por haber terminado el compromiso que tenía con su sustituto D. Domingo Fernández Campa, se disponga el cese de éste como director del balneario de Archena (Murcia), y se le otorgue un plazo de treinta días para hacer nueva designación:

Visto asimismo el art. 162 de la Instrucción general de Sanidad, reformado por Real decreto de 20 de Junio de 1910:

Considerando que la petición formulada se ajusta á los preceptos legales, toda vez que el Sr. Fernández Campa ha desempeñado la dirección del balneario de Archena durante varias temporadas oficiales:

Considerando que el art. 162, antes citado, no determina la fecha en que los jubilados han de hacer la segunda y sucesivas sustituciones, siendo conveniente fijarla, para la mejor marcha de servicio,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido por conveniente disponer:

1.º Que se acceda á lo solicitado por el Sr. Millaruelo, cesando el Sr. Fernández Campa en el cargo de director sustituto de Archena, pudiendo éste tomar parte en el próximo concurso reglamentario.

2.º Que el Sr. Millaruelo haga nueva designación en el término de quince días.

3.º Que en adelante los médicos jubilados, al proponer

sustituto, expresen en la instancia el número de temporales oficiales por las cuales se compromete á servir la plaza el designado, que habrá de ser por una completa, cuando menos; y

4.º Que terminados los compromisos, las nuevas designaciones se formularán por instancia dirigida á este Ministerio, durante el mes de Enero de cada año, con arreglo á las prescripciones vigentes.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento, el de los interesados y efectos oportunos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 14 de Marzo de 1922.—*Piniés*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* de 17 de Marzo.)

REAL ORDEN CIRCULAR

El cargo de médico higienista ha adquirido, en virtud de las bases aprobadas por Real orden de 13 de Marzo de 1918 para la reglamentación de los servicios de profilaxis pública en toda España de las enfermedades venéreo-sifilíticas, condiciones que han elevado su prestigio, por lo mismo que le están señalados derechos y deberes que implican una gran responsabilidad.

Encomendada por las referidas bases y por la Instrucción general de Sanidad á la Comisión permanente de las Juntas provinciales de este ramo la organización y vigilancia de estos servicios, no parece natural que forme parte de sus vocales el médico encargado de los reconocimientos facultativos de las prostitutas, toda vez que toda la actuación de sus funciones cae bajo la fiscalización de dicha Comisión permanente.

En su virtud, y á los efectos de que la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad pueda actuar é intervenir libremente en todo momento en la organización y vigilancia de los servicios venereológicos que le están encomendados,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Se declara incompatible con el cargo de vocal de la Comisión permanente de la Junta provincial de Sanidad el de médico higienista adscrito á dichos servicios.

2.º Que los médicos que actualmente se encuentren en estas condiciones renunciarán á uno de los dos cargos en el plazo de quince días, y de no hacerlo se les dará el cese por la autoridad gubernativa del cargo de vocal de dicha Comisión.

De Real orden lo digo á V. S. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. S. muchos años. Madrid, 27 de Marzo de 1922.—*Piniés*.—Señor gobernador civil de ... (*Gaceta* del 29 de Marzo.)

Ilmo. Sr.: Vistos los escritos elevados á este Ministerio por la Asociación Española de almacenistas de Drogas, Productos Químicos y Especialidades Farmacéuticas, con domicilio en esta Corte, y la Asociación Gremial de Droguería y Productos Químicos de Barcelona, en solicitud de que se amplíe por dos años más el plazo concedido para que puedan seguir vendiéndose las especialidades que antes de 6 de Marzo de 1919 estaban á la venta, y los especialistas extranjeros que fabrican especialidades en España también piden que se prorrogue por cuatro meses el plazo para entrar en vigor el Real decreto de 6 de Marzo de 1919:

Resultando que se alega por los primeros que aún existen en sus establecimientos grandes cantidades de especialidades extranjeras cuyos autores ó preparadores no las han registrado en la Dirección general de Sanidad; que el régimen arancelario motiva el retraimiento de los interesados

en obtener el registro, y que hay varias peticiones y reclamaciones de aclaración de algunos preceptos reglamentarios aun no resueltos:

Resultando que los segundos alegan que no hay tiempo suficiente para tramitar el expediente que tienen incoado hasta 31 de Marzo actual y ponerse en las condiciones exigidas por el Real decreto de 6 de Marzo de 1919 ó en las de la disposición que se dicte como aclaración del mismo:

Considerando que ya por la Real orden de 26 de Marzo de 1921 se amplió hasta 31 de Marzo de 1922 el plazo concedido en el art. 1.º, en su apartado tercero, para que pudiesen seguir vendiéndose las especialidades que antes de 6 de Marzo de 1919 estaban á la venta, con el objeto de que los almacenistas vendiesen especialidades no registradas y se cuidaran de no adquirir más preparaciones que las registradas para que al finalizar el plazo concedido sólo existan á la venta las que se acomoden á los preceptos señalados en el Reglamento, siendo sólo necesario, después de los plazos anteriormente concedidos, una ampliación que permita acabar de condicionar la venta de las especialidades farmacéuticas:

Considerando que las reclamaciones y aclaraciones formuladas contra dicho Reglamento pueden ser resueltas en plazo breve,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se amplíe el plazo señalado en la Real orden de 26 de Marzo de 1921 hasta el 30 de Junio del presente año, en los términos que señala dicha disposición, siendo este término improrrogable y quedando en vigor todo lo dispuesto en el Reglamento para la elaboración y venta de las especialidades farmacéuticas aprobado por Real decreto de 6 de Marzo de 1919.

Lo que de Real orden digo á V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 23 de Marzo de 1922. — *Piniés*. — Señor director general de Sanidad.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REALES ÓRDENES

Ilmo. Sr.: En atención á que el régimen autonómico de las Universidades supone en éstas la máxima capacidad para fijar las normas de su vida y el más amplio margen para que apliquen los medios económicos que el Estado le otorga á las propias necesidades docentes; y habida cuenta de que la Real orden de 8 de Agosto de 1921, al establecer las condiciones exigibles para optar á las pensiones en el extranjero de alumnos y catedráticos universitarios, limitó la iniciativa de los Claustros, subordinándolos á la observancia de una minuciosa serie de reglas incompatibles con la esencia misma del régimen de autonomía,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer:

1.º Que las Juntas de Facultad quedan autorizadas para establecer á su prudente arbitrio las normas que en lo sucesivo regulen la concesión de pensiones á favor de los profesores y alumnos de las respectivas Facultades.

2.º Que se pague el importe total de las pensiones por las Universidades que las hayan concedido, á fin de que, administrado por las respectivas Juntas de Facultad, tenga la aplicación más eficaz.

3.º Que mientras no se altere la consignación de 115.000 pesetas que para dichas pensiones fija el presupuesto vigente, el número de éstas siga siendo de 23, distribuidas en la

forma establecida por la aludida Real orden de 8 de Agosto de 1921.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 20 de Marzo de 1922. — *Silió*. — Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 28 de Marzo.)

Ilmo. Sr.: S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido á bien disponer que se anuncie la provisión, mediante oposición entre auxiliares, de las siguientes cátedras vacantes en las Universidades del Reino:

Facultad de Medicina: Enfermedades de la infancia, de la Universidad de Salamanca.

De Real orden lo digo á V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde á V. I. muchos años. Madrid, 17 de Marzo de 1922. — *Silió*. — Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta* del 29 de Marzo.)

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,4, ídem mínima, 693,2; temperatura máxima, 16º,5; ídem mínima, 1º,3; vientos dominantes, SO. S.

Disminuyen los estados gripales; el sarampión acusa también visible decrecimiento. Los reumatismos agudos, articulares y musculares y las neuralgias se sostienen en la anterior proporción. Han aumentado en número las congestiones y hemorragias de los centros nerviosos y del aparato respiratorio.

Crónicas.

Sobre el tifus exantemático.— Como hubieran circulado algunos rumores de que en la cárcel existían casos de tifus exantemático, han efectuado una visita de inspección á aquel establecimiento el subsecretario de Gracia y Justicia y el director general de Prisiones, á fin de comprobar si era cierto el rumor, y proceder en consecuencia.

Pudo comprobarse que hace tiempo hubo dos ataques de tifus, que fueron trasladados al hospital.

Actualmente no existe ningún caso.

El subsecretario y el director general advirtieron ciertas deficiencias en los servicios de salubridad é higiene, y pondrán al ministro la instalación de baños, que serán utilizados por los reclusos, especialmente al ingresar éstos en la prisión.

Conferencias interesantes.— Invitados por las Universidades de Madrid y Barcelona los conocidos químicos, profesores de la Universidad de Munich, Sres. A. Sommerfeld, O. Honigschmid y K. Fajans, están dando una serie de conferencias en francés en el salón de grados de la Facultad de Ciencias y en el aula de Mineralogía de la Facultad de Farmacia.

Las personas que deseen asistir á las conferencias pueden hacer su inscripción, que es gratuita, en las secretarías de las respectivas Facultades.

Los Comedores de Alfonso XIII.— Durante el pasado mes de Marzo se han servido en los Comedores de Alfonso XIII, establecidos en el Gobierno civil, 11.160 comidas y 10.850 cenas, ó sea un total de 22.010 raciones, distribuidas en esta forma:

A hombres, 7.980; á niños, 7.882; á mujeres, 6.648.

Mutualidad Obrera. Concursos.— La *Mutualidad Obrera* abre un concurso para proveer una plaza de médico numerario y otra de supernumerario para cada una de las especialidades siguientes:

Otorino-laringología.

Oftalmología.

Dermatología y sifiliografía.

Para concursar á estas plazas son indispensables las siguientes condiciones: poseer el título de licenciado o doctor, haber ejercido la especialidad correspondiente seis años por lo menos y no tener más de cuarenta y cinco años de edad.

El numerario disfrutará, cuando esté en ejercicio, de un sueldo de 4.392 pesetas al año, pagaderas por mensualidades vencidas. Los supernumerarios sustituirán a los numerarios en las ausencias y enfermedades, y en estos casos disfrutará la parte proporcional del sueldo indicado.

También se abre un concurso para proveer una plaza de comadrona numeraria y otra de supernumeraria para la zona de Guindalera-Prosperidad; es indispensable que las solicitantes posean el título profesional, no tener más de cuarenta años de edad y estar domiciliadas en la zona que se expresa.

Los pliegos de bases y condiciones que no se mencionan de ambos concursos, están a disposición de los aspirantes en las oficinas, calle de Eloy Gonzalo, núm. 18, todos los días, de diez a una de la tarde y de tres a siete, hasta el día 20 de Abril, que se cierra el plazo de admisión de solicitudes.

Las solicitudes se dirigirán al gerente, Eduardo Alvarez Herrero.

La Conferencia sanitaria.—La Conferencia sanitaria de Varsovia ha dado por terminados sus trabajos, y en la sesión de clausura quedó aprobado el informe que será transmitido a la Conferencia de Génova, en el cual se exponen los peligros de una epidemia en la Europa central.

El citado informe contiene asimismo los convenios de carácter sanitario concertados por las naciones representadas en aquella Conferencia.

Los delegados calculan en millón y medio de libras esterlinas la suma necesaria para combatir eficazmente la plaga.

Patentes de médicos.—La Administración de Contribuciones de la provincia de Madrid publica en el *Boletín Oficial* de 30 de Marzo último una circular recordando a los señores médicos que para el ejercicio de su profesión deben proveerse de la patente que a ello les autorice, en los primeros quince días del presente mes, advirtiéndoles de las responsabilidades en que de otro modo incurren.

Necrología.—El día 11 de Marzo falleció en su casa de Valladolid, nuestro ilustre y antiguo amigo y compañero el Dr. D. Juan Arranz Gimeno, que en su cariño a la profesión demostró su vocación en el ejercicio continuado de ella sin desmayar durante cuarenta y ocho años; siempre estuvo atento a la dignificación de la clase a la que se honraba pertenecer.

A su hijo y también digno compañero el Dr. Luis Arranz González, enviamos el testimonio de nuestro pesar sincero.

Por la familia del Dr. Fatás.—Los señores conde de Romanones, Alvarez (D. Melquiades), Alba, Armifián, Lerroux y Romeo, cambiaron el día 4 impresiones acerca de la difícil situación económica en que ha quedado la familia del médico de la Beneficencia municipal, el senador D. Luis Fatás, que ha muerto de tifus exantemático, adquirido en el ejercicio de su cargo.

La familia la componen la viuda y seis hijas solteras, a las cuales no les queda ningún patrimonio.

Se acordó presentar al Congreso una proposición de ley pidiendo para toda la familia una pensión equivalente al sueldo que disfrutaba el finado, y que se encargara de apoyarla el Sr. Armifián.

Inmediatamente fué firmada por todos ellos, y defendida por el Sr. Armifián, la tomó el Congreso en consideración.

Hoy pasará a las Secciones, seguidamente a la Comisión de Presupuestos y después al Congreso para su aprobación.

Se cree que no habrá quien la combata.

El Senado es de suponer que aprobará y votará la pensión.

Segundo curso de ampliación de estudios de cardiología.—*Conferencias.*—17 de Abril: Dr. Mut, «Origen y conducción de la excitación cardíaca».—18: Dr. Corral, «Compensación y descompensación cardíacas. Su génesis».—19: Dr. Calandre, «Orientaciones actuales de la cardiología».—20: Dr. Alvaro y García, «Síndromes dolorosos cardioaórticos».—21: Dr. Calandre, «Significación clínica de las arritmias».—24: Dr. Alvaro y Gracia, «Cardiopatías agudas».—25: Dr. Simonena, «Síndromes cardiorrenales».—26: doctor Corral, «Relaciones patológicas entre corazón y pulmones».—27: Dr. Recasens, «Cardiopatías y embarazo».—28: doctor Espina, «Vejez cardioarterial prematura».

1.º de Mayo: Dr. Marañón, «Síntomas circulatorios en las afecciones endocrinas».—2: Dr. Hernando, «Fundamentos farmacodinámicos de la terapéutica cardiovascular».—3: doctor L. Elizagaray, «Indicaciones y contraindicaciones de la digital».—4: Dr. Goyanes, «La cirugía de los vasos en la clínica y en la experimentación».—5: Dr. Mut, «Terapéutica general de las cardiopatías».

Lecciones prácticas.—Dr. Alvaro y Gracia: Técnica clínica. Hospital de la Princesa. Salas de Santa Lucía y San Mateo. De nueve y media a once. Diaria.

Dr. L. Durán: Técnica clínica. Hospital Provincial. Sala 33. De nueve y media a once. Diaria.

Dr. Calandre: Poligrafía y Electrocardiografía. Hospital Provincial. Sala 31. De nueve y media a once. Días alternos.

Dr. Corral: Métodos de Laboratorio y sus aplicaciones clínicas. Hospital de San Carlos. Clínica del Dr. Simonena. De nueve a once. Días alternos.

Dr. Madinaveitia: Examen radiológico. Hospital Provincial. Sala 31. De nueve y media a diez y media. Días alternos.

Observaciones.—Las conferencias se darán en la Cátedra 1.ª de San Carlos, y serán públicas.

Para las lecciones prácticas es necesario matricularse previamente en el curso. La matrícula, que es gratuita, puede hacerse dirigiéndose verbalmente, ó por escrito, al doctor Calandre, paseo de la Castellana, 66, antes del día 15 de Abril.

LIBROS DE MEDICINA FRANCESES.—Venta en francos. Condiciones especiales. Catálogos, bibliografías de cada especialidad. Dirigirse a la LIBRERIA INTERNACIONAL, Churruca, 6, San Sebastián.

Virosan.—Al presente número acompañamos un prospecto del Instituto Nazionale Medico Farmacologico (Roma), agente en España, L. Lepori, Rambla de Cataluña, 65, Barcelona, cuya lectura recomendamos.

Productos García Suárez.—Al presente número acompañamos un prospecto del Laboratorio García Suárez, Calle de Recoletos, 2 triplicado, cuya lectura recomendamos.

SIL-AL

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



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, *tifus gástricas*. A. J. S. y ESCOFET. Tarragona.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

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

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