

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

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

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO	Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL	Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ
J. DE AZÚA Catedrático de Dermatología de Madrid. Médico del Hospital de S. Juan de Dios.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Facultad y Hospital.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.
J. BLANC Y FORTACIN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.	M. MARIN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	F. GONZÁLEZ AGUILAR Director-Médico del Instituto Cervantes.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General.
J. CODINA CASTELLVI Académico. Médico de los hospitales. Director de los Sanatorios Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid.	B. NAVARRO CÁNOVAS Profesor de Radiología del Hospital Militar.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto Alfonso XIII.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	S. 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: Cajal: su personalidad, su obra, su escuela, por el Dr. Carlos M.^a Cortezo.—Nuevo tratamiento de las dacriocistitis por los vapores de iodo, por el Dr. Pedraja.—El dolor y sus clases como elemento de diagnóstico psicopático y base de toda intervención quirúrgica, por el Dr. R. Alvarez Salazar.—Las inyecciones de leche esterilizada en Terapéutica (ocular y general), por el Doctor Manuel Marin Amat.—Estado actual de la doctrina de las secreciones internas, por el Dr. D. Gregorio Marañón y Posadillo.—Saneamiento é higienización de España, por el Dr. Luis Muñoz Antuñano.—**Periódicos médicos:** Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—Homenaje á Cajal.—Tres semanas de investigaciones biológicas experimentales.—Notas de viaje, por J. Francos Rodríguez.—**Sociedades científicas:** Real Academia Nacional de Medicina, por el Dr. Cesalio.—Sociedad Española de Higiene.—Sociedad Ginecológica Española.—**Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Anuncios

CÁJAL

Su personalidad, su obra, su escuela ⁽¹⁾

POR EL

DR. CARLOS M.^a CORTEZO

Centros nerviosos.—Esta era la parte del sistema, estudiada con más tesón por los histólogos de entonces; y á pesar de las numerosas observaciones llevadas á cabo, los sabios de la segunda mitad del siglo XIX se perdían en un mar de conjeturas, particularmente en lo que se refería á la constitución íntima de la sustancia gris. Como decíamos al comenzar este capítulo de síntesis de los conocimientos sobre la histología del sistema nervioso, especie de recopilación somera de los datos más fundamentales, el elemento esencial de la sustancia gris era el gran número de células nerviosas ó ganglionares que en ella se encontraban, entre la maraña inextricable de fibras nerviosas; la sustancia blanca, en cambio, mucho menos complicada que la gris, se consideraba formada casi totalmente por fibras ó tubos nerviosos, que se continuaban con los de la sustancia gris, de los que eran prolongación, y todos tenían su origen en las células ganglionares. Recordemos también que la mayor parte de estas células poseen expansiones ó prolongaciones, de las cuales, una sola se continuaba directamente con una

fibra nerviosa propiamente dicha (el cilindro eje); las prolongaciones restantes ó *prolongaciones protoplasmáticas*, servían para establecer una comunicación directa, anastomosando unas células con otras.

Las células de la sustancia gris del cerebro, serían, en general, del tipo multipolar; de ellas partirían las fibras que terminarían en la periferia y á ellas iban á parar también otras fibras de la sustancia blanca, encargadas de conducir la corriente nerviosa desde la periferia á los centros. El modo de terminación de estas últimas fibras, en los centros nerviosos, y en general, *el modo real de terminación de las fibras nerviosas de cualquier origen, en la sustancia gris, era absoluta y completamente desconocido*. Subrayamos las palabras anteriores, porque indican un problema que fué resuelto por Cajal y porque las consecuencias de este descubrimiento fueron de tanta importancia que derribaron las teorías y concepciones admitidas por aquel entonces acerca de la constitución íntima del sistema nervioso, quedando desde aquel instante establecida sobre una base de incommovible firmeza y solidez, impuesta por la fuerza de los hechos, la estructura del tejido nervioso expuesta por el sabio español.

Dejemos que sea la misma pluma de Cajal, con su prosa elegante y castiza, á la par que substanciosa y amena, la que nos describa este punto de tanta importancia:

«Dos hipótesis principales, sobre la estructura íntima de la sustancia gris, se disputaban el campo

(1) Véase el número anterior.

de la ciencia: la *del retículo*, defendida por casi todos los neurólogos, y la de la *libre terminación*, insinuada tímidamente por dos solitarios, His y Forel, sin eco en las escuelas. La *hipótesis de la red* era el formidable enemigo del descubrimiento de Cajal. Creada por Gerlach, sostenida después por Meynert y otros neurólogos célebres, durante una época en que la penuria metodológica excusaba las aventuras de la fantasía, la teoría reticular recibió al fin de Golgi una forma arquitectónica nueva y atrayente y hasta cierta apariencia de apoyo en los hechos de observación. Para el sabio de Pavía, la sustancia gris constituye el punto de encuentro y fusión de todas las fibras, aferentes y eferentes, de los centros nerviosos, así como de los cilindros-ejes de los elementos autóctonos. A este retículo, continuo y de formidable riqueza fibrilar, concurrirían los siguientes factores: 1.º, las ramificaciones terminales de los cilindros ejes sensitivos o simplemente aferentes de otros centros nerviosos; 2.º, las ramas colaterales del axon de ciertos elementos grandes, designados por Golgi *células motoras* (grandes pirámides cerebrales, células de Purkinje del cerebelo, etc.), y 3.º, las arborizaciones terminales del cilindro-eje de otras células nerviosas, consideradas arbitrariamente como sensitivas (Golgi). A diferencia de Gerlach, según el cual cooperarían también en la construcción del retículo difuso las últimas proyecciones del ramaje protoplásmico neuronal, Golgi redujo los componentes del mismo, á las ramificaciones nerviosas. Para que el lector, ajeno á esta clase de asuntos, pueda comprender fácilmente las hipótesis reticulares de Gerlach y de Golgi, reproducimos esquemáticamente la manera según la cual los referidos sabios concebían las comunicaciones anatómicas fisiológicas entre las raíces motoras y sensitivas de la médula espinal (fig. 1.^a). La capacidad sugestiva de ciertas fórmulas, extremadamente esquemáticas, depende de su comodidad. Admitido el supuesto de *la red*, nada más fácil que el estudio objetivo de un grupo de células nerviosas, ó del comportamiento terminal de un manojo de conductores; redúcese todo á dar por averiguado que las últimas raicillas nerviosas, previas algunas dicotomías, se pierden y desvanecen en la consabida red intersticial; en esa especie de piélago fisiológico insondable, en el cual, por un lado, desembocarían las corrientes arribadas de los órganos sensoriales, y de donde brotarían, por otro, á modo de ríos surgidos de alpinos lagos, los conductores motores ó centrífugos. Comodín admirable, porque dispensa de todo esfuerzo analítico encaminado á determinar en cada caso el itinerario seguido al través de la sustancia gris por el impulso nervioso. Con razón se ha dicho que la hipótesis reticular, en fuerza de pretender explicarlo todo llana y sencillamente, no explica absolutamente nada; y lo que es más grave, embaraza y casi hace superfluas las futuras pesquisas, tocantes á la organización íntima de los centros. Sólo á fuerza de habilidades, de inconsecuencias, de subterfugios, podía la susodicha concepción (por lo demás, defendida casi exclusivamente por Golgi y sus discípulos inmediatos) adaptarse á las exigencias de la fisiología, cuya doctrina de los *reflejos*, *actos instintivos*, *localizaciones funcionales del cerebro*, etc., demandan imperiosamente el señalamiento de vías ó cauces de

conducción perfectamente circunscritos, al través del eje cerebroarraquídeo.

Enfrente de la *teoría de las redes* militaban so-

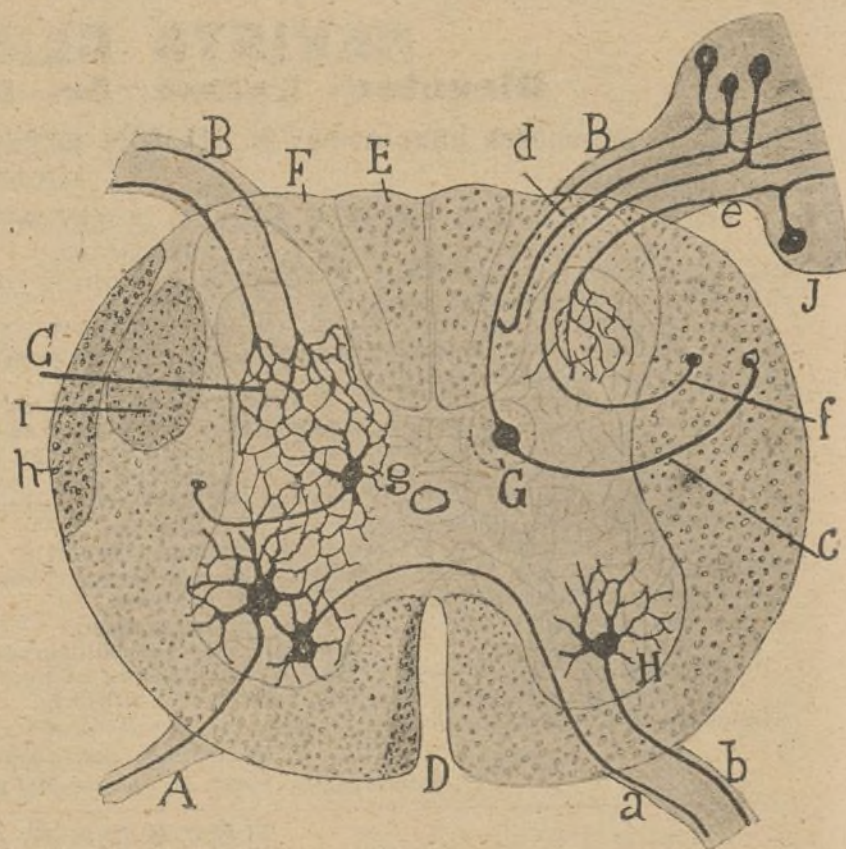


Fig. 1.^a.

Esquema de la estructura de la sustancia gris de la médula espinal, según los autores de la época pregolgiiana. - A, raíces anteriores; B, raíz posterior; C, red intersticial de la sustancia gris; D, surco anterior de la médula; E, cordón de Goll; F, cordón de Burdach; H, célula motora; I, vía piramidal cruzada; G, columna de Clarke; J, ganglio sensitivo.

lamente, según dejamos dicho, dos observadores de gran mérito, His y Forel, quienes, con reservas y prudencias excusables por la carencia de hechos precisos de observación, anunciaron (1887) la posibilidad de que las expansiones de las células nerviosas se terminarían libremente en la sustancia gris. Consecuencia natural de tal modo de ver era la transmisión por contacto de los impulsos nerviosos. Así, Forel, vista la imposibilidad de sorprender anastomosis evidentes en el seno de la sustancia gris, daba por probable que las expansiones neuronales se tocaban entre sí, á semejanza de las frondas ó copas en el bosque. En cuanto al ilustre profesor de Leipzig, procediendo por generalización (1886), conjeturaba que, pues las arborizaciones nerviosas (entonces bien conocidas) de la placa motora acababan libremente, según es notorio, entrando en contacto con la materia estriada, estimaba lógico admitir igual disposición terminal para los conductores, distribuidos y ramificados en los centros cerebroarraquídeos.

Mas al discurrir de este suerte His y Forel, no abandonaban la esfera de las hipótesis. Imposible resultaba, sin descender al terreno del análisis estructural, refutar á Golgi, quien, á las tímidas alegaciones teóricas de aquellos sabios, contraponía aparatoso alegato de observaciones concienzudas. Para resolver definitivamente la cuestión, precisaba presentar neta, exacta é indiscutiblemente, *las últimas ramificaciones de los cilindros ejes centrales*, no vistas por nadie, y determinar, además, *entre qué factores celulares se efectúa el imaginado contac-*

to. Porque admitir vagamente el hecho de la transmisión mediata ó articulación interneuronal, sin señalar con precisión entre qué apéndices celulares se produce, resulta casi tan cómodamente peligroso como la socorrida teoría reticular. Supongamos, por ejemplo, según parece deducirse de las manifestaciones de Forel, que el susodicho contacto afecta carácter *difuso*, verificándose entre dendritas, pertenecientes á vecinas neuronas, ó entre ramificaciones cilindro-axiles (axónicas), de diverso origen ó, en fin, entre apéndices protoplásmicos y raicillas nerviosas terminales. La consecuencia fatal, indeclinable, de tal supuesto, será la indeterminación de los cauces de la vibración nerviosa y, en el fondo, la reedición bajo nueva forma, de la teoría reticular, de esa especie de *panteísmo protoplásmico*, tan grato á los comodones de la observación como contrario á los postulados de la neurogenia, de la fisiología y de la anatomía patológica. Afirmar que *todo se comunica con todo*, vale tanto como declarar la absoluta incognoscibilidad del órgano del alma».

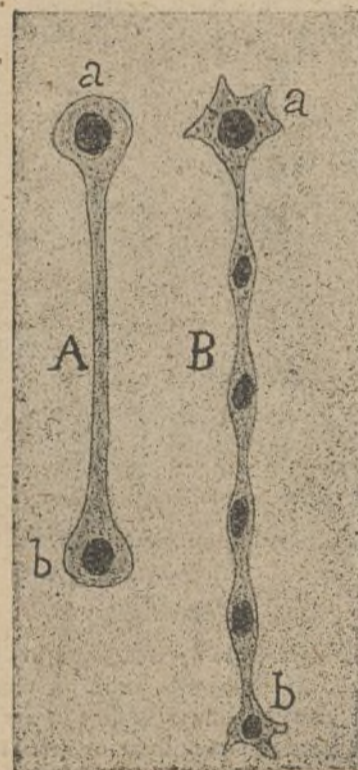
Desarrollo del tejido nervioso.—Por todos los histólogos de hace cincuenta años, se reconocía que el desarrollo del tejido nervioso era uno de los puntos más oscuros de la Histología. El cerebro, la medula espinal y las vías centrales de los órganos de los sentidos se desarrollaban evidentemente á expensas de la hoja córnea del blastodermo de Remak. Pero, en cambio, se desconocía el punto de origen de los ganglios y de los nervios periféricos.

Se ignoraba si estos órganos se desarrollaban á expensas de la misma capa córnea, ó bien si se formaban aisladamente en la capa media del blastodermo para comunicar más tarde con los centros nerviosos. Finalmente, quedaba otra dificultad teórica por resolver, que era la inserción de la extremidad periférica de los nervios en los tejidos, que como ya se sabía en aquella época, se desarrollaban á expensas de las hojas media é inferior del blastodermo, como por ejemplo, las fibras musculares.

Se admitía, generalmente, que las células nerviosas eran células embrionarias transformadas y se pensaba que estas células aumentaban de volumen, su masa adquiría un aspecto finamente granuloso característico y se transformaban, en fin, en células nerviosas; si el desarrollo era regular, resultarían células apolares; si era irregular, se producirían prolongaciones que comunicarían con las células vecinas y con los tubos nerviosos nacientes.

Pero realmente, el punto que con más empeño se perseguía, era el averiguar cómo se forman los nervios y en virtud de qué mecanismo los apéndices terminales de los cilindros ejes se enlazaban, sin errores ni extravíos, con los aparatos terminales (*placas motoras, órganos sensitivos cutáneos, etc.*). No obstante el caos de conjeturas, dos teorías se disputaban la mayoría de los sufragios. Para K  pffer, His y K  lliker, el *neuroblasto* ó célula nerviosa primitiva genera los nervios, mediante la emisión de un brote ó apéndice, el *axon*, que crecería libremente al través de los demás tejidos para abordar los aparatos terminales, donde acabaría mediante ramificaciones independientes. En cambio, Hensen y sus adeptos, estudiando los nervios de la cola del renacuajo negaban categóricamente semejante cre-

cimiento libre, admitiendo (al objeto de explicar la perfecta adecuación y congruencia existentes entre las estaciones centrales y los aparatos sensitivos y sensoriales periféricos), que el neuroblasto sufre desde el principio una serie de particiones incompletas. Primeramente y tras la división nuclear, se producirían el soma central y el órgano receptor periférico; luego ocurriría la emigración de los núcleos, pero con persistencia del protoplasma intermediario, es decir, que media célula con su núcleo permanecería desde un principio en la piel ú órgano sensorial periférico, mientras que la otra media, yacería en los centros nerviosos embrionarios (figura 2.^a A). En consecuencia, el crecimiento del nervio se verificaría, no por incremento continuo de un

Fig. 2.^a.

Hipótesis de Hensen acerca del desarrollo de las fibras nerviosas y aparatos sensitivos periféricos. — A, neuroblasto en vías de estiramiento; B, cadena de núcleos unidos por puentes protoplásmicos; a, célula central; b, célula periférica.

cabo libre, sino mediante estiramiento progresivo del puente protoplásmico intermediario y multiplicación progresiva de los núcleos (fig. 2.^a B). A los que opinaban de otro modo, Hensen oponía la severa objeción de que *nadie había visto en el embrión el cabo libre de un nervio en vías de crecimiento*, cuya fuerza no es posible negar.

Como variante de esta concepción hipotética de Hensen, puede estimarse cierta teoría defendida desde antiguo y renovada más tarde por Beard, Dolvin, Durante, Cornil, Bethe, etc., para quienes los axones, y, por tanto, los nervios, resultarían de la diferenciación y fusión de la larga cadena de neuroblastos emigrados de los centros ó de la membrana ectodérmica (fig. 3.^a); ésta era la célebre teoría ó mejor hipótesis catenaria, que logró ulteriormente un predominio extraordinario, en particular, con motivo de su aplicación al estudio de la regeneración de los nervios, llevando á su lado á investigadores de indiscutible altura y probidad científica, hasta que Cajal, en unión de otros histólogos (Perroncito, Lugaro, Medea, Marinesco y Minea, Tello, Nageotte, Krassin, etc., etc.), demostró lo erróneo de aquel modo de pensar, estableciendo claramente la ver-

dad, después de un intenso trabajo de dos años, dedicado, casi exclusivamente, á este fin. En sentir de los defensores de la hipótesis catenaria, el cilindro eje embrionario, lejos de significar el retoño, en vías de crecimiento, del protoplasma de una célula nerviosa, representaría la obra común histogenética de

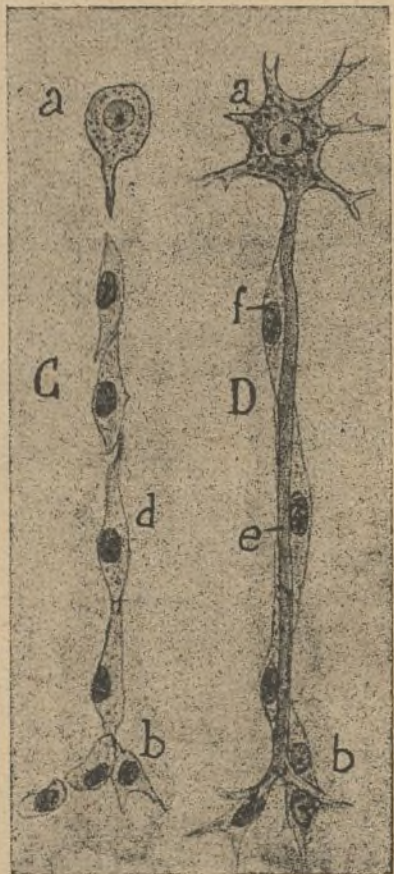


Fig. 3.ª.

Hipótesis catenaria. — C, serie de neuroblastos independientes; D, los neuroblastos elaboran trozos de axón nervioso que acaban por juntarse entre sí y con la célula central (a); b, elementos constructores de la ramificación periférica.

muchos corpúsculos ectodérmicos. Estos corpúsculos celulares embrionarios, al principio aislados, formando cadenas, se soldarían por sus extremos, reabsorbiéndose las paredes contiguas celulares para formar tubos; el contenido de las células, primero uniforme, daba al tubo nervioso inicial la apariencia de fibras nérvneas orgánicas ó de Remak. Durante cierto período de la vida embrionaria, los nervios resultaban, por tanto, constituídos esencialmente por las fibras vegetativas mezcladas con las de tejido conectivo, y este estado desaparecería poco á poco en los nervios periféricos ó de la vida animal. En su ulterior desarrollo, las fibras de Remak sufren una transformación progresiva aislándose por completo la substancia homogénea contenida en su interior, en cilindro eje y medula nerviosa.

Fisiología del sistema nervioso. — Desde muy antiguo se admitía que los nervios tienen por objeto transmitir las excitaciones que reciben; por lo tanto, se pensaba que todos eran sensibles á los excitantes, siendo sus propiedades comunes la *conductibilidad* y la *excitabilidad*. Antes se creía en la especialidad de los nervios, respecto á la conductibilidad, en vista de que unos nervios tenían distintas funciones que otros; pero desde los experimentos de Vulpian y Philipeaux se abandonó esta creencia, bastante generalizada, y se concluyó que la propiedad conductora era idéntica para los nervios sensitivos, motores, del gran simpático y para

los destinados á las acciones reflejas. Si llenaban atribuciones diferentes, no era porque presentaran diferencias entre sí, sino porque sus extremidades estaban en conexión con partes distintas. Se decía también que las fibras nerviosas de mayor diámetro serían conductores motores, y las fibras delgadas, conductores sensitivos. La fisiología de la célula nerviosa era casi totalmente desconocida; así como á los nervios se les consideraba como simples conductores, á las células nerviosas intuitivamente se las suponía dotadas de funciones más elevadas; las diversas sensaciones, los movimientos voluntarios y reflejos, estaban bajo su dependencia. No podía explicarse de ningún modo la función de las celulares monopolares y bipolares, y mucho menos de las consideradas por los histólogos de aquel tiempo como apolares. Acerca de la nutrición de los elementos nerviosos, se deducía que los cambios nutritivos se verificaban en ellos con gran rapidez, en vista de que el nervio fatigado adquiere nuevamente, después de un reposo bastante corto, sus antiguas funciones; pero se decía también, en apoyo de esta opinión, que los nervios sensitivos y motores de una región quedaban rápidamente paralizados, como consecuencia de la ligadura de las arterias. Más tarde se estableció el concepto de los *centros tróficos*, que representaban una propiedad inherente á ciertas células nerviosas de los centros (principalmente á las motoras de la medula espinal), en cuya virtud excitarían y promoverían los cambios nutritivos de las expansiones nerviosas que de dichas células ó, mejor dicho, de estos centros tróficos dimanaban.

Es natural que siendo muy escasos los conocimientos relativos á la estructura íntima del tejido nervioso, fueran también muy reducidos los conocimientos acerca de su fisiología. Nada se sospechaba siquiera de la importantísima función de asociación peculiar de ciertos elementos nerviosos, *sistema intermediario ó de asociación* que hoy conocemos después de los concienzudos y geniales trabajos de nuestro sabio compatriota. Asimismo la marcha de las impresiones recibidas en los órganos de los sentidos hasta su llegada á los centros nerviosos y su reconocimiento por la conciencia en forma de percepciones, sólo ha logrado una base firme, á todas luces objetiva, después de los descubrimientos de Cajal y más tarde de los demás histólogos que siguieron el ancho cauce abierto á la investigación por la labor del sabio español, como veremos en los capítulos siguientes.

Y aún hay más: la obscuridad de que aparecían rodeadas las funciones más elevadas de la vida animal, como el instinto, el pensamiento, así como las propiedades excelsas que distinguen á los hombres privilegiados (talento, genio, etc.), obscuridades que hasta no hace mucho tiempo se consideraban insondables, han perdido, por lo menos en parte, su apariencia de misterio, y actualmente no es ninguna ilusión el esperar la resolución de este problema á medida que se adelante más todavía en los conocimientos histológicos del sistema nervioso.

(Continuará.)

NUEVO TRATAMIENTO DE LAS DACRIOCISTITIS POR LOS VAPORES DE IODO

POR EL

DR. PEDRAJA

La extirpación del saco lagrimal por cualquiera de los procedimientos hasta ahora empleados, tiene el inconveniente de dejar siempre un lagrimeo que aunque insignificante al parecer, exaspera al que le padece. Mucho se ha hablado de si es ó no conveniente extirpar el saco lagrimal, único medio de curar la dacriocistitis según unos, pero que en la inmensa mayoría de los casos se emplea como panacea, sin tener en cuenta las molestias que la desaparición de esa vía de eliminación de la lágrima produce.

Ni niego ni discuto que la extirpación del saco lagrimal es indispensable en algunos casos, pero la inmensa mayoría de las veces se extirpan sacos que pueden y deben ser conservados; yo creo que la extirpación de un saco lagrimal, lo mismo que la de otra cualquiera parte del organismo, no debe de hacerse más que cuando los demás medios han fracasado.

Ni el raclage, ni la cauterización ígnea, ni el empleo de los antisépticos más usuales, han dado, es cierto, resultados completamente satisfactorios, pues en todos la desinfección del saco no ha sido ni con mucho completa, lo que ha hecho que muchos oculistas hayan abandonado dichos procedimientos decidiéndose por la extirpación quirúrgica; pero esto no quiere decir que se haya dicho la última palabra en la cuestión y que deba prescindirse por completo de cualquier otro procedimiento.

Teniendo en cuenta los buenos resultados que los vapores de iodo han dado en otras afecciones, me decidí á experimentarlos en las dacriocistitis flegmonosas, y hasta la fecha estoy contento de los resultados obtenidos.

P. H., de cuarenta y dos años, fué el primero que, habiéndose negado de una manera categórica á dejarse extirpar el saco, precisamente por tener en su familia una persona que había sufrido tal operación y á la que molestaba el lagrimeo consecutivo, decidí tratarle por tal procedimiento, y en el mes de Mayo de 1921 empecé el tratamiento, abriendo ampliamente el saco, haciendo un raclage del mismo, recubriendo después toda la superficie interior del saco con vapores de iodo, obtenidos por medio del preparado llamado iodo-radil, y rellenándole después con gasa esterilizada. La supuración disminuyó desde el primer día, la cura fué repetida en los sucesivos hasta la completa cicatrización de la herida, y una vez restablecida la permeabilidad de las vías lagrimales mediante los cateterismos consiguientes, fué dado de alta completamente curado, pues no había supuración ni lagrimeo, á los cuarenta días de haber sido operado.

J. G., de veintitrés años, fué también operada en el mismo año de dacriocistitis, pero en ésta la operación varió por completo. Como el saco estaba perfectamente delimitado por la tumorización que el contenido del

mismo producía, no queriendo bajo ningún concepto que la quedase la más pequeña cicatriz, puncioné el saco con una aguja de platino bastante gruesa armada en una jeringuilla de Luer, é hice la aspiración del contenido lo más completa posible, y con la misma aguja una vez retirada la jeringuilla y adaptado el proyector del iodo-radil, rellené el saco de los vapores de iodo aplicando previamente en los puntos lagrimales una torundita de algodón empapada en solución de ácido bórico fría y dejé dentro los vapores para que éstos fueran saliendo lentamente.

Al día siguiente repetí la operación de la misma manera que la anterior, no extrayendo más que una pequeña cantidad de líquido, rellené como el primer día la cavidad del saco con los vapores de iodo, y no habiéndose presentado nueva tumorización, procedí á restablecer la permeabilidad de las vías lagrimales hasta llegar á la sonda núm. 4; practiqué después con sonda hueca lavados de solución de cloramina al 1 por 1.000 sin que á la presión del saco saliese de él la menor cantidad de pus. En la actualidad está completamente curada de la dacriocistitis.

Otros muchos enfermos han sido por mí tratados por los vapores de iodo, obteniendo en ellos los mismos resultados, no haciendo mención de los demás por haber seguido en todos ellos el mismo procedimiento que en el primer caso.

No conozco hasta la fecha ningún caso publicado de tratamiento de la dacriocistitis por medio de los vapores de iodo, los resultados por mí obtenidos son satisfactorios y este tratamiento pienso continuar empleando en los casos que se me presenten ínterin no me den á conocer otro que reúna más ventajas; únicamente he de hacer constar que los lavados en este tratamiento parecen dar resultados contraproducentes, limitándome en todos los casos á limpiar la herida y el saco con gasa esterilizada seca y proceder en seguida á la insuflación de los vapores de iodo.

Madrid, 18 de Febrero de 1922.

El dolor y sus clases como elemento de diagnóstico psicopático y base de toda intervención quirúrgica (1)

POR EL

DR. R. ALVAREZ SALAZAR

Especialista en enfermedades nerviosas y mentales.

Una señora de veintiocho años, casada hace cuatro, se nos presenta con su marido á consultar por unos dolores horribles que aqueja en el aparato genital, y cuya historia es la siguiente:

Dos años antes, y efecto, según ella, de una contusión fuerte que recibió en la parte anterior del periné, se presentaron dolores, que la enferma califica de insuportables, en la región de la matriz y ovarios. Esto la llevó á consultar con varios cirujanos y eminentes ginecólogos, cuyas opiniones divergían esencialmente en

(1) Véase el número anterior.

su parte diagnóstica y, por tanto, de tratamiento. Para desgracia de la enferma, se impuso la opinión de uno de los últimos, y se llevó á efecto la operación, extirpando la matriz y sus anejos. Curada de sus heridas operatorias, sin que ninguna complicación hubiera sobrevenido, el asombro de la enferma fué intenso al ver que sus dolores nuevamente aparecían, y precisamente en el mismo sitio. La seguridad que dicho ginecólogo dió á la enferma y á su marido de que esa operación llevaría por completo la tranquilidad al hogar, quedó defraudada, á pesar de lo cual dicha enferma continuaba yendo á su consulta, en la que, á falta de matriz, se la seguían haciendo lavados vesicales, sustitutivo visceral al cual seguía refiriendo la enferma sus dolores. Punto importante en la historia patológica de esta enferma es que un mes después de la operación la intensidad de los cambios de la sensibilidad ha aumentado de modo considerable.

Obligada á precisar la forma y caracteres del dolor que aqueja, manifiesta que repentinamente, y como herida por el rayo, siente una punzada en el hipogastrio, que ella refería á la matriz y ahora á la vejiga. Esa punzada—como ella la llama—es de tal intensidad y conmueve tanto su espíritu, que al poco rato de sentirla entra en un período de actitudes de desesperación, insultando á su familia y provocando la rotura de una porción de objetos de valor.

El odio á su marido crece en estos momentos de angustiosa algia, por considerarle causante de ella; desde que la contusionó el periné anterior.

Yo, que fui llamado en uno de estos accesos, para estudiar mejor su contextura psicológica, me vi en los primeros momentos un tanto confuso para diagnosticar en este caso singular. Cerrada fuertemente en un cuarto de baño, realizaba agitaciones motrices destructoras para su casa y los objetos que tenía á su alcance, vociferaba sin parar, con alusiones mortificantes hacia su marido, principalmente. Llamé á la puerta de la habitación en que se escondía, y á pesar de invocarla mi condición de médico y asegurarla que la curaría los dolores que tanto la hacían sufrir, se negó en absoluto á franquearme la entrada; dispuse esperar en una habitación próxima, y al efecto, la madre y el marido me llevaron á una sala, cuyos muebles, lunas y cristales habían sido antes objeto, por parte de la enferma, de un verdadero acceso de furor maniaco; grandes cristales de las puertas, vitrinas, y una hermosa luna de espejo, estaban hechos añicos; por el piso alfombrado se hallaban diseminados, y en confuso montón, sillas rotas, objetos de bisutería, espejos de mano, abanicos y otra porción de objetos que decían claramente la fuerza impulsora y destructora que se apoderó de la enferma. Como ésta siguiese obstinada en no abrirme la puerta, determiné retirarme de la casa para volver aquella misma tarde. Así lo hice, en efecto, y cuando entré en la habitación continuaba la enferma cerrada en el cuarto de baño; tomé asiento en la sala—objeto de los destrozos arriba expresados—, y en uno de los momentos en que estaba hablando con la familia, vi por uno de los cristales rotos de la puerta, que daba

acceso á otro gabinete, una sombra que hacia mí se aproximaba; saqué repentinamente la cabeza por el hueco de dicha puerta, y me encontré con la enferma, que, silenciosamente y ocultando con su cuerpo algo que llevaba en la mano derecha, se echó hacia atrás, retrocediendo á la habitación próxima en vista de que la había sorprendido. La llamé repetidas veces, saliendo á su encuentro, en cuyo momento se aproximó á su marido, arrojándole dos grandes trozos de luna, uno de los cuales le hirió levemente en la cabeza. Huyó éste fuera de la casa, y aproveché su ausencia para convencerla de la necesidad de someterla á un tratamiento que corrigiera aquello que había empeorado el procedimiento operatorio. Ya con su asentimiento, nos fué fácil someterla á un interrogatorio, en presencia de su madre y hermana, sacando de él la consecuencia de que su padre—un distinguido jefe del ejército—murió, á los cuarenta y ocho años de edad, de un aneurisma de la aorta, que guarda estrecha relación con una infección lútica adquirida veinte años antes; la madre tiene actualmente cincuenta y ocho años—representando muchos más—, y aqueja constantes dolores reumáticos, que la impiden en distintos períodos del año abandonar el lecho. Tiene otros dos hermanos cuyas referencias patológicas no ilustran para nada la historia clínica de la enferma. Ésta, que es una mujer de extraordinaria belleza y de figura arrogante, expresa condiciones intelectuales muy deficientes y una incultura impropia de su rango y estirpe.

Su moralidad sexual—única forma de que tenemos referencia—corre parejas con la intelectual, habiendo perdido, ó mejor dicho, estando ausente el sentimiento de conveniencias sociales y el del pudor, al no haber tenido ningún inconveniente en unirse en íntimas relaciones con el que hoy es su marido, después de unas breves entrevistas sostenidas por ambos en una estancia accidental de verano. Este y otros detalles nos afirman en la idea de que por su nivel mental, muy bajo, su inmoralidad, por amoralidad, la inestabilidad de sus ideas y afectos—que oscilan con la línea quebrada de su alternante humor—y la ejecución de sus actos, obra exclusiva de ciegos impulsos por aquél determinados, nos hallamos frente á un ser degenerado psíquicamente, cuyos cambios cenestopáticos habían de influenciarse recíprocamente en la constitución y expresión sindrómica de sus accidentes exteriorizados. El examen somático más completo y repetidamente efectuado, no nos hizo ver en la enferma el más ligero síntoma de afección orgánica. Igual resultado nos dió un atento análisis de sus sentidos externos. La sensibilidad objetiva, superficial y profunda, no presentaba caracteres anormales, lo mismo que la motilidad: en cambio, los reflejos tendinosos son muy vivos y de gran amplitud. Las pupilas ligeramente dilatadas reaccionaban perfectamente á la luz y acomodación, y sus oscilaciones frecuentes de dilatación y estrechez durante la fijación de la mirada, implicaban la propia inestabilidad atencional de la enferma. Este síntoma que denominamos psicopupilar, observado por nosotros hace más de diez años, y que su pre-

sencia en los más variados enfermos de esta clase supone una correlación íntima con la inestabilidad mental, merece consignarse como dato precioso del análisis mental de la voluntad atencional. Fuera de esto, sus campos visuales nada ofrecían de particular, y las facultades de equilibrio y coordinación, para nada se separaban de su funcionamiento normal. Diversos fenómenos dolorosos enriquecen más todavía la historia morbosa de los cambios cenestopáticos. Fuera de lo que pudiéramos llamar el gran acceso, la enferma nos describe, con un lenguaje característico, las variadas molestias de que son asiento, la región occipital, la espina dorsal y la cara: en estos tres sitios se manifiestan por momentos unas sensaciones extrañas, como de compresión y estrujamiento, que le dificultan todas sus funciones, incluso la de respirar libremente. En su columna vertebral nota como una sensación rápidamente alternante de calor húmedo, semejante al que la produciría una sucesión de gotas de agua muy caliente, que cayesen sobre la misma desde una cierta altura, y, por último, en su cara siente por instantes igual sensación que la provocada por la compresión de un velo que fuese á ceñirse á la parte posterior de la cabeza. Estas descripciones originales las relata la enferma con un lenguaje tan propio y singular, que por sí solas son bastantes á caracterizar su afección, y ello se comprende si tenemos en cuenta que dichas sensaciones no corresponden á fenómenos sensoriales ordinarios; no son ni alucinaciones, ni hiperestesias de las diferentes sensibilidades, sino cambios cenestésicos, que por ausencia del lenguaje que les exprese concretamente, trata aquélla de establecer comparaciones, acudiendo á la fuente imaginativa para lograr de algún modo hacerse comprender del médico con imágenes aparentes que rindan cuenta de su contenido consciente. Esta es, en resumen, la historia patológica de una enferma, cuyas penalidades aumentaron á seguida de una intervención quirúrgica inoportuna de fatales consecuencias para ella y su familia, que ha dado lugar á un expediente de divorcio que se tramita en la actualidad. Este hecho, que no es sino uno de tantos observados en la clínica diaria del médico y del cirujano, nos mueve á exhortar la atención de este último, para que en casos de índole semejante no se decida á intervención alguna sin una activa cooperación de la especialidad correspondiente. Pero una vez hecho el diagnóstico de las distintas algias, conforme á los datos formulados precedentemente, aún nos quedan por definir dos extremos importantes que influirán en nuestra conducta cerca del enfermo. Primero: si del resultado de un minucioso análisis no podemos afirmar la existencia de una lesión orgánica, capaz de provocar el dolor psicopático, la abstención del cirujano debe ser absoluta: cualquier operación, real ó simulada, había de ser funesta, sobre todo si el origen del dolor es esencialmente paranoico, pues ella sería un nuevo alimento del delirio que serviría de punto de partida á próximas y eficientes interpretaciones. En este respecto se ha hecho una excepción para los dolores pitiáticos, considerando de utilidad manifiesta

en ellos cualquier intervención simulada. Aun cuando estos procedimientos en los histéricos no ofrezcan una fatal transcendencia, como en los delirantes paranoicos, es, á nuestro juicio, condenable acudir á estos medios en tales sujetos porque la finalidad del alienista en semejantes casos ha de consistir en avivar los lazos asociativos de las disociadas conciencias del histérico, y ello no se consigue con simulacros operatorios que arraiguen en el enfermo la idea que sus sufrimientos obedecían á un motivo real tal cual ellos lo habían imaginado, sino estimulando su inteligencia á la concreción de juicios, cuyos elementos sensoriales lleven el sello de garantía de una personalidad entera y consciente. Las simulaciones que son corroborantes en el paranoico, son también en el histérico fértiles incentivos de creaciones fantásticas, cuya inmediata consecuencia es mantener dislaceradas partes de conciencia que son la entraña misma de la génesis de su existencia. Por estas consideraciones no podemos menos de protestar de quienes en su actuación curativa hallan en la simulación el recurso exclusivo de su terapéutica.

El segundo extremo á que aludíamos precedentemente, y que es una condición de nuestra conducta, cerca del enfermo, es aquel que nos sugiere la existencia real de una lesión importante por cuya sola presencia la intervención operatoria estaría perfectamente indicada. En este caso, la operación es necesaria y debe realizarse porque seguramente con ella ha de mejorar, á la par, el estado psíquico y físico del paciente, no siendo extraño ver como suceso inmediato á la operación, una completa ausencia de manifestaciones psíquicas que desgraciadamente son de muy corta duración, pero ello no puede envolver ninguna censura para el cirujano que intervino por cuanto la operación era el único tratamiento evidentemente necesario á la conservación de la vida de la paciente, y en casos de esta índole no pueden ser obstáculo los cambios mentales del sujeto para inhibirse en una actuación que llena el cuadro de las indicaciones vitales.

Estos dos extremos son bastante fáciles de cumplir por cuanto su conocimiento puede precisarse de un modo matemático, pero no ocurre siempre lo propio, y son legión los casos intermediarios para los cuales la conducta á seguir es muy difícil de precisar; tal ocurre en aquellos en los que el dolor psicopático aparenta ligado á una lesión que por sí misma no exigiría una intervención, pero que sería necesaria y urgente si se supiera que con ella podría lograrse la desaparición de los fenómenos dolorosos. Estos casos difíciles se presentan con motivo de un cambio de lugar de nuestros órganos, intestino, riñón y útero principalmente, y la separación en ellos, de cuál es la parte que corresponde al psiquismo y cuál otra á la lesión, es empresa difícilísima y de una habilidad no de sencilla ejecución. Si el dolor es paranoico y está ligado á un delirio sistematizado, el acto operatorio no mejorará en nada el delirio, pues lo único que puede acontecer, es que las primitivas sensaciones penosas sean reemplazadas por otras idénticas, con lo cual el enfermo no saldrá ganando.

cioso en lo que corresponde á un resultado final. Pero hay otros casos en los que aun siendo el dolor de origen paranoico, no se halla ligado—como anteriormente—á un delirio sistematizado, sino á limitadas interpretaciones que no constituyen el núcleo esencial del mismo. Aquí la operación puede—por esa liberación de la espina irritante—dar lugar á la cesación de la algia, aunque la forma constitucional del delirio se expansionará seguramente en otras imágenes hipocondríacas. Por el contrario, en las formas neurósica, pitiática y aquellas otras en que la intervención es en sí necesaria, puede sin inconveniente llevarse á efecto siempre que á la acción quirúrgica vaya asociada la otra que corresponde á los trastornos mentales del enfermo. En resumen, por el caso singular que hemos expuesto y que ha dado motivo al presente artículo, sostenemos la perentoria y urgente necesidad, así como la grave responsabilidad en que incurren los cirujanos—ante enfermos de esta índole—en hacer omisión de un competente mentalista, considerándose suficientes para decidir por sí solos acerca de cuestiones, quizá las más trascendentales de la medicina y en las que seguramente carecen de educación científica apropiada.

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

FOR 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.

En el mismo día, 10 c. c. de suero antistreptocócico en inyección subcutánea (2). Al día siguiente, la temperatura es menor, los párpados están más flácidos y menos violáceos y el estado general ha mejorado; se le pone la segunda inyección de suero antistreptocócico de 10 c. c. Día 27 de Septiembre: tercera inyección de suero en la misma cantidad. Día 28: los párpados están flácidos, dejándose entreabrir fácilmente, y dejan escapar un exudado francamente purulento por la abertura palpebral; las córneas están infiltradas.

Se suspenden las inyecciones de suero, se hacen grandes lavados salinos al 14 por 100 para arrastrar los exudados y se instila solución de quinina al 1 por 1.000 y azul de metileno al $\frac{1}{2}$ por 100 á *larga manu*.

Día 20 de Septiembre: primera inyección de leche esterilizada de 2 c. c. subcutáneamente en el vientre. Día 1.º de Octubre: la infiltración de ambas córneas es menos manifiesta. Día 2 de Octubre: segunda inyección de leche de 1 c. c.; al día siguiente, la infiltración casi se ha reabsorbido y deja perfectamente limitada las pérdidas de substancia epitelial que se tiñen por el azul de metileno. Día 4: tercera inyección de un centímetro cúbico. Día 6: cuarta inyección; las ulceraciones corneales están revestidas de epitelio; se instila atropina.

(1) Véase el número anterior.

(2) Al interior, cloruro de calcio.

Día 8: quinta inyección de leche en la misma cantidad y sitio. Día 10: las lesiones de las córneas están perfectamente curadas, habiendo quedado una tenue cicatriz central en ambas, que después han de desaparecer.

Alta: día 14 de Octubre, prescribiéndosele pomada de óxido amarillo de mercurio para facilitar la reabsorción de los albugos.

III.—IRITIS, IRIDOCICLITIS Y COROIDITIS.

Observación 1.ª—Iritis sífilítica intensísima de recidivas ojo derecho, con abundante exudado ciclítico en la cámara anterior en una enferma en pleno período secundario, que hacía pocos meses había sufrido una coriorretinitis difusa doble y después iritis en ambos ojos y que había sido muy incompletamente tratada.

María B. M., de cuarenta años, casada, de Almería, fué contagiada por su esposo en el año de 1917, y asistida por nosotros en las lesiones oculares; acude á la consulta externa del Hospital Provincial á nuestro cargo el día 4 de Junio de 1918, con una fuerte recidiva de su iritis en el ojo derecho. Se le formula atropina para instilaciones cada dos horas.

Día 5 de Junio: ha pasado malísima noche, con dolores fuertísimos, la pupila está ligeramente dilatada y no se ha modificado el exudado ciclítico. Se le pone 2 c. c. de leche esterilizada en la nalga y se le suprime toda medicación ocular hasta la tarde; entonces la pupila está más dilatada, es menor el hipopión ciclítico y la temperatura es de 37°,3. Al día siguiente la mejoría es evidente; hay menos dolor y menos reacción ocular; la pupila está casi totalmente dilatada y no tiene adherencias; se le ordena continuar con las instilaciones de atropina.

Día 7 de Junio: segunda inyección de leche. Por la tarde ligera reacción febril, menos dolores por la noche. Día 8 de Junio: la pupila está casi totalmente dilatada, el hipopión ha desaparecido totalmente y el humor acuoso está transparente. Se continúa con la atropina, y la mejoría sigue. Día 10 de Junio: tercera inyección en la misma región y dosis. Día 17: cuarta inyección láctea. Sigue la mejoría. Día 19: quinta inyección. Día 25 de Junio: curación de todos los fenómenos inflamatorios de iris, y como tratamiento crónico de su enfermedad general (sífilis), se le prescribe la pomada mercurial doble en fricciones y después yoduro potásico.

Observación 2.ª—Iridociclitis plástica muy intensa ojo derecho, con abundante exudado ciclítico de la cámara anterior y de la pupila y sin visión.

José J. U. G., de diez y seis años, de Huércal-Overa, fué presentado por su papá el día 7 de Junio de 1918, presentando la sintomatología descrita, de diez días de fecha y sufriendo fuertes dolores; sin antecedentes patológicos y Wassermann negativo.

Tratamiento.—Seis sanguijuelas en la sien aquella misma tarde y una inyección intravenosa de cianuro de mercurio de $\frac{1}{2}$ c. c. é instilaciones de atropina y dionina al 1 por 100, una gota cada dos horas seguidas de fomentación caliente. Al día siguiente alguna mejoría; la pupila está ligeramente dilatada en la parte superior, los

exudados pupilares se han reabsorbido en parte y la visión es de dedos á 30 centímetros. Por la tarde: segunda inyección intravenosa de cianuro. Día 9 de Junio: la mejoría continúa aunque apenas perceptible y la pupila presenta un condiloma profundo en el borde papilar (1) y tres más pequeños y redondeados en la zona marginal. Las restantes porciones del iris no presentan ninguna neoformación; sin embargo, la cámara anterior y córnea están más claras en su porción superior que en el primer día y la visión ha aumentado hasta dedos á 1,50 metros.

En los días consecutivos continúa la mejoría, si bien por la noche aumentan los dolores, para lo que se le prescribe una pequeña dosis de aspirina y se continúa poniéndole una inyección intravenosa de cianuro de mercurio cada treinta y seis horas. Día 13 de Junio: la pupila continúa sin dilatar en su segmento inferoexterno, a pesar de continuar las instilaciones de midriático (ya de duboisina). En este día se le inyectan 2 c. c. de leche esterilizada en la región glútea. Por la tarde 37°,5, el ojo no le ha dolido y está más claro y la visión aumentada. La noche la pasa sin dolor y no necesita tomar la aspirina.

Día 14 de Junio: la mejoría es muy manifiesta, los exudados han disminuído y la midriasis es mayor. Con esta sola inyección de leche se ha obtenido mejor resultado que con las seis intravenosas de cianuro de mercurio; los dolores no han reaparecido, la visión es de dedos á 4,50 metros. Día 15 de Junio: segunda inyección de leche en la misma cantidad y región. Por la tarde, bastante mejoría y como con la primera, ha tenido tendencia al sueño durante el día, la temperatura es de 38°,1.

Día 17 de Junio: continúa mejor: tercera inyección, también de 2 c. c. Por la tarde, 38°. Día 19: cuarta inyección. Por la tarde, 37°,3; la visión es de $\frac{1}{10}$ y parece entrar el ojo en franca convalecencia.

Día 24 de Junio: han desaparecido los exudados y la infiltración del iris, y se observa en el segmento inferoexterno una gruesa adherencia y un aspecto muy curioso; existe un nódulo del tamaño de una cabeza de alfiler formado por la unión de otros dos más pequeños, de color grisáceo oscuro y en la periferia existen cuatro pequeñísimos nódulos puntiformes dispuestos verticalmente en hilera y de color gris claro, que resaltan sobre el fondo azul del iris.

Día 25 de Junio: está perfectamente curado el ojo, quedando solamente la gruesa sinequia posterior y se le formula elixir de guayacol al interior.

Alta el día 2 de Julio de 1918, recomendándole tome al interior jarabe iodotánico fosfatado por una temporada y que se instile dos gotas al día, durante veinte, del colirio de duboisina; habiendo quedado con agudeza visual normal por $\frac{1}{6}$; igual á la del otro ojo ($\frac{1}{6}$), y con el agujero estenopéico = $\frac{1}{4}$ en ambos.

Este niño tiene un astigmatismo hipermetrópico compuesto de 2,50 dioptrías en el ojo izquierdo y de 2 dioptrías en el ojo derecho cuyos meridianos de

mínima refringencia son de — 9 dioptrías y cuya prescripción esferocilíndrica se la había hecho por nosotros el día 9 de Diciembre de 1916.

Observación 3.^a—Iritis á frigori ojo izquierdo.

María B. B., de quince años, Arboleas, se presentó á consultarnos acompañada de sus padres el día 29 de Mayo de 1918, sufriendo una úlcera paracentral atónica de la córnea izquierda. Esta joven es de temperamento linfático.

Tratamiento.—General á base de tónicos y local á base de atropina, xeroformio y dionina, con vendaje oclusivo. Alta por curación el día 28 de Julio siguiente, mandándosele tome baños de mar, dada su permanencia en Almería.

Día 6 de Julio de 1918: vuelve á la consulta diciéndonos que ha sufrido grandes dolores durante la noche en su ojo izquierdo, que comenzaron al anochecer estando en el baño, que sintió frío, por haberse revolucionado el tiempo amenazando lluvia. Reconocido el ojo, encontramos una iritis de mediana intensidad.

Tratamiento.—Atropina, una gota cada dos horas. Día 8 de Julio: primera inyección de 2 c. c. de leche esterilizada en la región subescapular. Día 9: mejoría extraordinaria, no existiendo apenas inyección vascular periquerática, el humor acuoso está completamente transparente y la pupila dilatada al máximo; los dolores han desaparecido. Día 10: segunda inyección de leche en la misma dosis y región. Día 11 de Julio de 1918: alta por curación á los seis días de tratamiento.

Observación 4.^a—Violenta iridociclitis ojo izquierdo consecutiva á conjuntivitis de pneumococos, con visión = 0.

María H. Z., de diez y nueve años, Vicar, acudió á nuestra consulta el día 16 de Julio de 1918.

Tratamiento.—Localmente pomada de atropina y optoquina. Día 18 de Julio: primera inyección de 2 c. c. en la región subescapular, de leche esterilizada. Día 20: segunda inyección. Día 22: tercera inyección habiendo mejorado poco. Día 24: cuarta inyección en la misma cantidad y región, los dolores continúan. Día 25: ante la imposibilidad de que le pongan sanguijuelas, le damos una sangría. Día 26: quinta inyección láctea. Día 27: con la sangría y la última inyección de leche han desaparecido totalmente los dolores. Días 28 y 30: sexta y séptima inyección de leche; los dolores no han reaparecido y la visión es de dedos á 1,50 metros.

Alta por curación, con sólo seguir el tratamiento local, el día 15 de Agosto de 1918, con agudeza visual = $\frac{1}{8}$.

Observación 5.^a—Iridociclitis con atrofia incipiente, consecutiva á desprendimiento antiguo de la retina de origen miópico.

Nicolás M. P., de sesenta y cuatro años, de Berja. Se presentó á consultarnos aquejando dolores en su ojo izquierdo, sin visión desde hacía muchos años, el día 12 de Septiembre de 1918.

Tratamiento.—Localmente instilaciones de atropina y en el mismo día primera inyección de leche de 2 c. c. profundamente en la región glútea; la pupila se dilata poco por la atropina y el fondo del ojo es inexplorable á la luz oftalmoscópica. Al día siguiente los dolores

(1) Porción inferointerna.

han desaparecido, el ojo apenas si está inyectado, la tensión y el volumen han aumentado, la pupila está medianamente dilatada y el fondo del ojo es perfectamente transparente en toda su mitad superior (en la inferior la retina está desprendida); sin embargo, se le pone la segunda inyección de 2 c. c. de leche en la misma región y se le recomienda reposo y fomentación caliente sobre los párpados cerrados.

Día 14 de Septiembre: las molestias han desaparecido totalmente así como la congestión periquerática, y el ojo está del volumen y tensión normales, y lo que es más sorprendente, la retina está pegada a la coroides en toda su extensión observándose en este ojo un coloboma típico (inferointerno) de la coroides en un todo igual al presentado por el ojo derecho y, cosa notable, el enfermo ve los dedos a 30 centímetros. Se le pone la tercera inyección de leche.

Día 14: la retina se ha despegado en su mitad inferior, si bien los síntomas iridociclíticos no han reaparecido, sino que, por el contrario, han curado.

Día 15 de Septiembre: la retina está totalmente desprendida, la curación del ataque iridociclítico continúa. Alta en este día, a los cuatro de tratamiento.

Observación 6.^a—Iritis de pneumococos con abundante exudado pupilar, consecutiva ó conjuntivitis de la misma naturaleza.

Francisco F. L., de cuarenta y cuatro años, alcohólico, de Instinción, se presenta a ponerse en tratamiento el día 13 de Diciembre de 1918.

Tratamiento.—Local, atropina, y general, inyecciones de leche esterilizada de 2 c. c. en la región subescapular en días alternos. Mejoría desde la primera, especialmente los dolores que disminuyen desde la primera y desaparecen totalmente desde la tercera y del exudado que disminuye hasta quedar reducido a una tenue capa solamente perceptible con la luz oftalmoscópica y que impide, sin embargo, el que el sujeto, aun después de la curación y dilatación mediana de la pupila, alcance buena agudeza visual. Alta por curación el día 31 de Enero de 1919, con visión = dedos 4 metros.

Observación 7.^a—Uveitis serosa de predominio peripapilar é iridiano del ojo izquierdo de origen reumático.

José V., cuarenta y dos años, Barja, se presentó a consultarnos el día 19 de Agosto de 1918.

Tratamiento.—Inyecciones de leche esterilizada é instilaciones de atropina. Primera inyección, de 2 centímetros cúbicos, en el mismo día, en la región glútea. Al día siguiente mejoran la visión, los dolores y los síntomas oftalmoscópicos. Día 21: segunda inyección de leche en la misma dosis y sitio. Día 22: la mejoría es más acentuada, la pupila se dilata totalmente y la infiltración peripapilar apenas si es marcada. Día 23: tercera inyección. Día 24: el paciente está curado y se le da de alta, prescribiéndosele un plan antirreumático. La visión es igual a la del otro ojo, ambos miopes de 6 dioptrías.

IV. — INFECCIONES POSTOPERATORIAS Y HERIDAS DEL GLOBO OCULAR CON INFECCIÓN CONSECUTIVA.

Observación 1.^a—Infección pneumocócica consecutiva á extracción de catarata.

Antonio G., de sesenta y nueve años, Canjayar.

Antecedentes.—Hacia tres años que le diagnosticamos catarata incipiente del ojo derecho, estando ya madura en Septiembre de 1916; pero no decidió la operación hasta Agosto de 1918.

Acude á nosotros en esta última época con una doble conjuntivitis de poca reacción inflamatoria, á la que no daba importancia; sin embargo, el laboratorio denunció el pneumococo en el ligero exudado estando las vías lagrimales permeables.

Tratamiento.—Durante varios días con optoquina y estando en apariencia curada la conjuntivitis, decidimos la operación, que se lleva á cabo, sin el menor accidente, el día 21 de Agosto de 1918. Durante la noche, retención de orina, que reclama el cateterismo.

Día 22 de Agosto: el ojo operado presenta una abundante secreción mucopurulenta, con infiltración de los labios de la herida. Se le suprime el vendaje; se le hacen curas á base de atropina, optoquina y azul de metileno, y se le pone la primera inyección de leche esterilizada de 3 c. c. subcutáneamente en el vientre. Día 23: la infección no ha avanzado, pero no tiene tampoco tendencia á retroceder; se le pone la segunda inyección de leche en la misma cantidad y dosis. Día 24: la infección intraocular está estacionada; tercera inyección láctea. Día 25: la infección tiende á disminuir; cuarta inyección láctea. Día 26: apenas si quedan vestigios de pus dentro del ojo; se le pone la quinta inyección láctea en la misma cantidad y dosis (las mismas curas locales frecuentemente repetidas); la supuración conjuntival es menor; siendo digno de anotar que durante todos los días que han transcurrido de infección intraocular no ha habido el menor dolor (debido á las inyecciones lácteas).

Día 27 de Agosto: la supuración ha desaparecido totalmente y sólo quedan en la cámara anterior dos foquitos puntiformes en la parte supero-interna. El paciente distingue los movimientos de la mano á espaldas á la luz, se le pone la sexta inyección. Día 28: la visión es de dedos á 40 centímetros. Día 29: séptima inyección láctea. Días 1, 2, 3, 4 y 5 de Septiembre: se le ponen la 8.^a, 9.^a, 10.^a, 11.^a y 12.^a inyección láctea. Día 6 y sucesivos: la visión es de dedos á 60 centímetros y se le da de alta con esta visión el día 15 del mismo mes.

Nota.—Después, en el mes de Octubre con motivo de una bronquitis gripal, recidivó la iritis del ojo operado y cuando acudió á nosotros, los exudados habían obstruido completamente el campo pupilar, perdiendo la visión que con tanto trabajo había adquirido.

Observación 2.^a—Herida penetrante de la córnea, con catarata traumática, enclavamiento del iris é infección consecutiva de pneumococos.

José A. L., de doce años, de Turrillas, fué presentado por su padre en nuestra consulta privada el día 15 de Febrero de 1919, refiriéndonos que hacía cuarenta y ocho horas, cosiendo un tejido de esparto con una aguja muy gruesa llamada armarada, se le escapó y se la introdujo en el ojo izquierdo, perdiendo la vista en el mismo acto, y que la noche anterior la había pasado

en un grito á causa de los dolores que se habían presentado en el ojo.

Reconocido éste, encontramos las lesiones descritas, estando invadida toda la cámara anterior de pus.

(Continuará.)

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

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

FOR EL

DR. D. GREGORIO MARAÑÓN Y POSADILLO

Y CONTESTACIÓN

DEL

DR. D. GUSTAVO PITTALUGA

Posteriormente hemos probado nosotros que cuando la adrenalina se inyecta á un sujeto muy predispuesto á la emoción, no sólo se producen en él los trastornos físicos antes descritos, sino que, á veces, al percibirlos su cerebro, se emociona realmente; esto es, el factor psíquico se superpone al factor vegetativo, si bien por un mecanismo y con una cronología inversos que en la emoción normal, en la cual lo psíquico es lo primero y lo vegetativo viene después. En ocasiones esta reacción afectiva, secundaria ó centripeta, sobreviene espontáneamente: el sujeto inyectado, repentinamente, comienza á acongojarse y á llorar sin saber por qué; otras veces, para que la emoción estalle, es necesario provocarla, bastando con sugerirle, someramente, un recuerdo de suficiente contenido afectivo.

Ahora bien: esta *reacción emotiva* descrita por nosotros (2) requiere, como hemos indicado, para presentarse un estado de predisposición en el sujeto inyectado, y esta predisposición es, justamente, un estado de hipertiroidismo más ó menos intenso; las personas afectas de la enfermedad de Basedow, y aun las que sin ser enfermas presentan los signos del «temperamento hipertiroidico» — «hipertiroidismo fisiológico» de Boocks (3), — son las que reaccionan con mayor constancia á la adrenalina. Y es más, nosotros podemos lograr experimentalmente que un individuo resistente á los cambios vegetativos y afectivos determinados por la adrenalina adquiera esa sensibilidad, sin más que tratarle previamente, durante algún tiempo, por la opoterapia tiroidea. Todo esto nos demuestra cómo podemos nosotros actuar, dentro de una cierta medida, por medio de los fármacos opoterápicos, sobre una esfera de la actividad psíquica tan compleja é interesante como la emotividad; y esto, además, nos hace entrever una parte del mecanismo emotivo, puesto que, según se deduce de las observaciones clínicas y experimentales expuestas, *las hormonas tiroideas parecen sensibilizar el sistema nervioso vegetativo, aumentando su capacidad reaccional, que es desencadenada por la agresión brusca de la adrenalina*. Podríamos, pues, considerar la secreción tiroidea como «predisponente», y á la suprarrenal como «determinante» de la emoción. Sobre si hay otras glándulas que cooperen á esta reacción humoral del acto afectivo y sobre otros puntos de la génesis emocional aclarados por el conocimiento de este factor humoral, no podemos extendernos aquí.

(1) Véase el número anterior.

(2) Marañón, *La reacción emotiva de la adrenalina*, Medicina Ibero, Agosto, 1920. Véase también, sobre esta reacción, A. M. Sierra, *Estudio psicopatológico, referente á la emoción experimental*, Semana Médica de Buenos Aires, núm. 84, 1921.

(3) Brooks, *Physiological hyperthyroidism*, Endocrinology, March, 1921.

e) Leyendo los autores clásicos, á partir de Brown-Sequard, encontramos anotada como una de las funciones fundamentales de las glándulas de secreción interna *la acción defensiva que ejercen protegiendo al organismo contra las agresiones infecciosas y tóxicas*. Sobre todo, los autores franceses, siguiendo esta tradición, reforzada por los experimentos de Abelous y Langlois, han seguido manteniendo esta teoría, que nosotros también admitíamos plenamente en publicaciones anteriores. Todavía Gley (1), después de negar á las glándulas suprarrenales todas las funciones que tras pacientes trabajos se le habían asignado en el campo circulatorio y nervioso, admite su acción antitóxica y casi declara reducida á ella toda su actividad endocrina. Y, sin embargo, el *estado presente de nuestras ideas coloca en una posición dudosa esa pretendida acción defensiva específica de las glándulas de secreción interna*, correspondiendo á Pende el mérito de haber contribuido, en primer término, con su crítica certera, á este modo de pensar. Ya hacíamos notar nosotros, hace años, nuestra sorpresa al ver que, por ejemplo, los conejos á que habíamos tiroidectomizado no se infectaban fácilmente, como venían diciendo los autores, sino que á veces, resistían mejor que los testigos estados infecciosos epidémicos de los que con alguna frecuencia se desarrollan entre estos animales de laboratorio; y citábamos entonces experiencias de valor semejante de Oppenheim, que observó igual paradójica resistencia á infectarse en los conejos operados por él de extirpación unilateral de las glándulas suprarrenales.

Los experimentos, muy numerosos, llevados á cabo referentes á la atenuación del poder patógeno de ciertos microbios y toxinas mediante su contacto prolongado, *in vitro*, con diferentes productos endocrinos, nada demuestran, ya que el mecanismo de la defensa antiinfecciosa en el organismo vivo no puede equipararse á esta simplísima reacción en un tubo de ensayo. La mayor sensibilidad á ciertas infecciones é intoxicaciones que presentan algunos enfermos endocrinos, sobre todo los hipotiroideos y los addisonianos — y en ciertas condiciones algunos animales privados experimentalmente de sus glándulas —, tampoco nos demuestran la existencia de esa función defensiva específica, explicándose unas veces por el agotamiento profundo de las fuerzas defensivas generales del enfermo, como ocurre en los addisonianos; otras veces el fenómeno se explica por diversas condiciones anatómicas que acompañan á la lesión endocrina; por ejemplo, la insuficiencia tiroidea, y otros de estos estados patológicos suelen coincidir con hiperplasias difusas del sistema linfático, la cual hiperplasia es un factor predisponente de importancia, como es bien sabido, sobre todo para determinadas infecciones; la deficiente circulación periférica de los hipotiroideos é hipogenitales explica la aptitud de estos enfermos para adquirir diversas infecciones de la piel, como erisipelas, forúnculos, infecciones de heridas, tuberculides, etc.

En cuanto á otro grupo de argumentos que han servido también de apoyo á la teoría antitóxica, á saber: *la aparición de fenómenos de insuficiencia glandular y sobre todo de insuficiencia suprarrenal, en el curso de diversas infecciones*, nuestro criterio ha de ser también prudente. Yo he investigado cuidadosamente este punto en mi clínica de enfermedades infecciosas del Hospital General, de Madrid, y puedo decir ahora que, en efecto, en el transcurso de muchas infecciones agudas se presenta un síndrome clínico que se puede explicar por un estado de insuficiencia suprarrenal aguda:

(1) Gley, *The Problem of the Adrenals*, New York, Medical Journal, vol. CXIV.

en la tifoidea, en el tifus exantemático, en la escarlatina, en la difteria, en la gripe, hemos observado casos de este género en los que el enfermo, súbitamente, se hunde en un estado de depresión profunda, caracterizado por la hipotensión, sobre todo de la tensión mínima, por una astenia intensísima que impide hacer el menor movimiento, y por una indiferencia psíquica característica (1). Pero si se repasa el enorme material de enfermos de toda clase de infecciones que han desfilado por las clínicas en estos últimos diez años, habrá que confesar que los accidentes expuestos son fenómenos excepcionales. *Es preciso ser muy cauto, por otra parte, en el diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal aguda infecciosa, que clínicamente se parece demasiado á los accidentes debidos á desfallecimientos circulatorios de origen miocárdico.* Leyendo muchas historias clínicas publicadas bajo el título de *insuficiencia suprarrenal*, se recibe casi siempre la impresión de que ese factor miocárdico no estaba suficientemente descartado. Téngase en cuenta que, en realidad, *no hay ningún signo patognomónico de la insuficiencia suprarrenal aguda*, ya que faltan en ella con gran frecuencia las pigmentaciones tan típicas en las insuficiencias crónicas; y en cuanto á la hipotensión y a la astenia — síntomas de los que más arriba hemos hablado ya en el mismo sentido que ahora —, existen también en mayor ó menor grado en los estados de depresión miocárdica; la *línea blanca de Sergent*, á la que tanto valor se ha dado como característica de la insuficiencia suprarrenal, es, en efecto, un síntoma muy interesante cuando aparece con toda claridad; pero muy pocas veces ocurre así, presentándose casi siempre en forma muy equívoca, por lo que prácticamente apenas la concedemos valor. El conjunto de la sintomatología; el grado de intensidad de ciertas manifestaciones, como la hipotensión diastólica y la astenia; la ausencia, cuidadosamente comprobada, de trastornos cardíacos, y, por fin, el curso del accidente y su comportamiento ante la medicación instituida, serán, pues, la pauta del diagnóstico, y con ello se comprende cuántas dificultades presentará. En los casos en que existe, además, la pigmentación, claro es que el juicio clínico se facilita por completo, como ocurría en un caso de González Alvarez, que hemos examinado recientemente.

Creemos, en conclusión, que no puede negarse la existencia de casos de insuficiencia suprarrenal aguda en el transcurso de las infecciones, pero que estos casos son muy raros. Y tampoco son muy frecuentes las reacciones tiroideas de origen infeccioso, como, por ejemplo, la tiroidomegalia descrita por Vincent en el reumatismo poliarticular agudo, que sólo excepcionalmente hemos comprobado, así como los estados de insuficiencia tiroidea ó hipofisaria que á veces aparecen después de infecciones agudas ó crónicas. No podemos negar, claro está, el origen infeccioso que muchas veces tienen las enfermedades de las glándulas de secreción interna; pero nuestro punto de vista, que queremos dejar definitivamente aclarado, es que la rareza de estos accidentes, en relación con el enorme número de los casos de enfermedades infecciosas, nos indica que no se trata de intervenciones específicas del sistema endocrino en la defensa anti-infecciosa, sino de simples y eventuales lesiones, por la agresión infecciosa ó tóxica, de estos órganos como de cualesquiera otros de la economía.

He aquí el copioso reguero de indicios que el progreso de la Endocrinología ha ido dejando en el campo fisiológico. Apartemos las observaciones incompletas, los errores debidos á técnicas defectuosas ó á concepciones sin base: la crí-

tica, al aventar la historia de un problema ó de una doctrina, hace que el viento del olvido se lleve esos datos sin consistencia y recoge en un sedimento útil aquellos otros de suficiente densidad científica. Repásese, pues, cuanto hemos dicho, que no es sino el recuento de esa labor de selección; compárese nuestra actitud actual frente al problema del metabolismo, frente al misterio del crecimiento y de las leyes que rigen el desenvolvimiento de la vida sexual, frente á aspectos interesantes del funcionamiento del sistema nervioso, con la actitud indecisa de los fisiólogos de hace treinta años frente á estos mismos problemas, cuando se habían ya agotado las explicaciones de mecanismo nervioso que únicamente se concebían entonces. Y será preciso que hasta los más remisos reconozcan la exactitud de las palabras de Gley cuando afirma que «el concepto de las secreciones internas ha producido una verdadera revolución en la Fisiología» ().

IV.—LA CLÍNICA DE LAS SECRECIONES INTERNAS.

¿Qué progresos deben la Patología y la Terapéutica á esta doctrina cuya importancia fisiológica hemos hecho resaltar? Hemos de ser nosotros, que somos, sobre todo, clínicos, los que confesemos que ha sido efectivamente en el terreno de la clínica donde la ligereza de los autores ha llevado más allá, por el camino del error, el concepto de la Endocrinología. Y por ello mismo hemos de poner el máximo rigor en la crítica, al señalar hasta dónde llega el terreno firme que el médico puede pisar sin reservas; dónde comienza la zona de las hipótesis racionales por donde se debe avanzar ya con precaución, y dónde, en fin, principia el coto vedado que, en el estado actual de nuestros conocimientos, no podemos todavía trasponer.

Si recorremos las revistas profesionales de estos últimos años, nos será fácil comprobar, como decíamos al principio, hasta dónde ha llegado la exageración de los clínicos en la patología endocrina; no ha habido, en efecto, enfermedad ó síndrome de patogenia confusa ó desconocida que no se haya explicado, casi siempre gratuitamente, por una lesión glandular; y aun entre los procesos bien conocidos, apenas habrá algunos en los que el factor hormonal no se haya invocado para dar cuenta de este ó aquel de sus síntomas ó de sus modalidades patológicas. Y en el terreno terapéutico, las tentativas de curación opoterápica se han llevado á los rincones más apartados de las patologías médica y quirúrgica, ya con productos elaborados bajo auspicios científicos, ya con las más extrañas é infundadas drogas organoterápicas.

Todo esto es cierto. Pero, después de reconocerlo, hemos de confesar que no se trata, ciertamente, de un hecho insólito en la historia de la medicina; y aun podemos añadir que la intensidad de las exageraciones no ha superado en esta ocasión á otras que registran los anales de nuestra ciencia. Sin citar más que hechos de la historia contemporánea, recordemos, por ejemplo, los años que siguieron al conocimiento empírico del paludismo, en que todas las fiebres oscuras eran consideradas como palúdicas, y gran número de accidentes de progenie desconocida del sistema nervioso, del aparato circulatorio, ó del digestivo, como equivalentes palúdicos; y unos y otros, tratados, sin piedad, con la quinina; recordemos, ya en nuestros días, el número de cosas inexplicables que se han intentado explicar por la

(1) Marañón, *Insuficiencia suprarrenal de las enfermedades infecciosas*, Anales de la Academia Médico Quirúrgica, vol. V, 1917-18.

(1) La parte experimental de las investigaciones nuestras citadas en este capítulo ha sido realizada en el Laboratorio de Biología del Instituto de Medicina Legal, con la generosa facilidad de medios técnicos de que gozan cuantos allí laboran bajo los auspicios del profesor Maestro.

anafilaxia, de la cual ha dicho recientemente un maestro de la medicina francesa «que no ha habido concepto fisiológico del que más y más extravagantemente se haya usado»; recordemos también los criterios tan extendidos en estos últimos años en muchas escuelas de la medicina, principalmente alemanas, según las que apenas hay enfermo de los más diversos aparatos y sistemas que no sea un sifilítico y que pueda escapar, por lo tanto, á las curas mercuriales y arsenicales más violentas y peligrosas; ¿y las tuberculinas que, siguiendo ya hipótesis etiológicas más ó menos fundadas, ya simples concepciones empíricas, se aplican cada día á los cancerosos, á los reumáticos, á los parkinsonianos, á los hemipléjicos, á toda clase de neuróticos y de pacientes de dolencias desconocidas?; nada digamos de las audacias de concepto y de aplicación terapéutica á que ha conducido el éxito de los sueros y de las vacunas; y, en fin, para terminar esta enumeración, que se podría alargar cuanto se quisiera, citemos la doctrina de las vitaminas, recién llegada á la ciencia, y que cuenta ya con una bibliografía formidable, en la que se mezclan con los datos serios todo género de arbitrarias explicaciones para cuantas dificultades patológicas nos planteó la clínica, con sus tratamientos—y aun con sus específicos—correspondientes. Es, pues, la misma historia que se repite siempre. Un clínico contemporáneo, Pemberton, decía no ha mucho, y nosotros hacemos nuestras sus palabras, que «es una desgracia, pero una desgracia inevitable, que en Medicina cada descubrimiento nuevo vaya inmediata é invariablemente seguido de un cortejo de imprudencias y de exageraciones».

Y no hemos de extrañarnos de que ocurra así. Porque, dejando á un lado aquellos que deforman la verdad á sabiendas, por intereses extracientíficos, los médicos de buena fe tienen que caminar tantas veces en la penumbra, que cualquier concepción nueva ó descubrimiento de significación fisiológica amplia, es inmediatamente, y á veces prematuramente, recogido y aprovechado por el práctico. Y con la mejor intención se pretende que la luz nueva lleve su claridad á todas partes. Tal vez, en este sentido, la extensión de la base fisiológica de la doctrina de las secreciones internas y la difusión del modo de actuar los factores humorales, comparable, como hemos visto, á la actuación del sistema nervioso, la hayan hecho particularmente propicia para estas ilegítimas exageraciones. Mas, de estos atrevimientos sin raíces en la realidad, tanto en el campo de las secreciones internas como en los demás sectores de la patología, ¿qué queda al poco tiempo? Nada, ciertamente, que perjudique al progreso ulterior de la ciencia. Es inevitable, dado el modo actual de la elaboración científica, entregada á tantas manos, que cada hecho que se gana sea á costa de multitud de trabajo que se pierde. Y, por otra parte, muchas veces sería osado, hasta que el tiempo pase y los hechos, por virtud de su peso específico, se vayan sedimentando, señalar, en la producción contemporánea, que todavía no se puede juzgar con perspectiva, dónde acaba la verdad y dónde comienza el error. Podemos recordar, á este respecto, entre otros ejemplos, que hace unos años el empleo de los sueros antitóxicos en enfermedades distintas de la específica—como el antidiftérico en la neumonía—era considerado por los hombres de laboratorio y por los clínicos más atentos á las pautas científicas como un absurdo empirismo; pero al cabo de algún tiempo, estas pautas científicas cambian, y el empleo genérico de los sueros puede hacerse ya dentro de la más pura ortodoxia bacteriológica. Recuerdo que, no ha mucho, en las clínicas de una Universidad alemana, de donde salieron las más irónicas críticas contra el empleo inespecífico de los sueros, vi una sección de diftéricos tratados por las

inyecciones de suero normal de caballo. Pero sin salirnos de nuestros límites endocrinos, el mismo Brown-Sequard, que ahora es universalmente acatado como un vidente precursor de tantas verdades incommovibles. ¿no fué considerado como un charlatán ó como un loco por sus contemporáneos? Examinemos, pues, con prudente indulgencia la cuestión, tratando de señalar serenamente las causas de los errores cometidos, sin darles proporciones excesivas.

El clínico que de buena fe examina un enfermo de estos, tan frecuentes, que no sugieren una impresión diagnóstica neta y aprecia en él síntomas imputables á un trastorno de los órganos endocrinos, es frecuente que tienda, dada la boga que en los últimos años ha alcanzado este orden de conocimientos, á considerar esa supuesta lesión glandular como la causa de la enfermedad; y como, por otra parte, muchos de esos síntomas endocrinos tienen todavía una significación equívoca, he aquí que no raramente aparecen en las historias clínicas, diagnósticos de hiperfunciones, hipofunciones ó disfunciones, realmente deleznable ante la crítica menos vigorosa. Comencemos, pues, por fijar de una manera general la significación de estos signos.

Es preciso, ante todo, tener presente que el número de síntomas que tienen un valor seguramente endocrino es relativamente pequeño, y que son, asimismo, muy pocas las exploraciones y reacciones diagnósticas de utilidad efectiva en este sentido. En un libro que en la actualidad preparamos haremos la crítica de los signos clínicos que en el estado actual de nuestros conocimientos podemos referir con seguridad á las alteraciones de cada una de las glándulas de secreción interna. Ahora recordaremos sólo que al lado de esos signos peculiares—las deformidades acromegálicas, el bocio, la pigmentación addisoniana, la glucoeuria, las malformaciones de los caracteres sexuales, etc.—hay otros muchos de significación dudosa que sólo cuando aparecen en número suficiente y determinadamente combinados tienen valor clínico. Tal ocurre, por ejemplo, con la astenia, común á tantas enfermedades de la patología, y que, como ya antes hemos comentado, únicamente en el caso de ser muy intensa y de ir unida á otros síntomas (hipotensión, pigmentaciones, etc.) puede inducir al diagnóstico de una lesión suprarrenal. Otro tanto podría decirse de la hipotensión, de la taquicardia, de las sensaciones de frío, de los cambios de peso, de la somnolencia y el insomnio y de tantos más de los síntomas endocrinos usuales. Y son singularmente dignos de estas precauciones los llamados «pequeños síntomas», que justamente critica Gley, y que en Endocrinología—como en todas las ramas de la Patología—implican un tanto por ciento considerable de causas de error; recordemos, por ejemplo, los «pequeños síntomas» de la insuficiencia suprarrenal, apenas diferenciables de los de cualquier neurastenia ó estado anémico ó caquético incipiente; los del hipotiroidismo, tan semejantes á los de multitud de procesos tóxicos, autotóxicos ó nerviosos; los del basedowismo latente, que se presentan también en muchos neuróticos con excitabilidad vegetativa anormal, etc. Y claro es que todo esto no es exclusivo de la patología endocrina, sino que lo mismo ocurre con los pequeños síntomas de los trastornos hepáticos, de las nefritis, de la parálisis general, etc., etc. En unos y otros casos se trata sólo de puntos de apoyo equívocos, sin significación fija, sobre los que sólo puede tomar pie una intuición diagnóstica del práctico; pero nunca un diagnóstico reglamentado y académico.

Mas, aun después de comprobados aquellos síntomas notoriamente endocrinos, no debe olvidarse que su presencia puede significar una de estas tres cosas: a), la lesión de una determinada glándula responsable, en efecto, de la enfermedad



del paciente; b), un estado de reacción endocrina más ó menos relacionado con la verdadera enfermedad, pero no la causa de ésta, y c), una alteración endocrina independiente del estado patológico fundamental. Algunos ejemplos bastarán á justificar esta división.

a) En ocasiones, en efecto, la sintomatología del enfermo indica, con exclusión de todo otro diagnóstico, la existencia de uno de los síndromes endocrinos, bien conocidos en la actualidad; por ejemplo, un mixedema, una enfermedad de Basedow ó de Addison, una acromegalia, etc. Estos síndromes son pocos, en realidad; poco más de los enumerados; pero, á pesar de ello, tal vez todavía desconocidos por una parte considerable de los prácticos. Dice Anders que el 55 por 100 de los casos observados por él de mixedema—tal vez el síndrome mejor conocido de todos los endocrinos—habían pasado inadvertidos á los otros médicos consultados antes que él; y otro tanto podemos decir en España. Es cierto que todos vemos enfermos con diagnósticos de alteraciones endocrinas que se pueden calificar de fantásticos; pero no es menos cierto que son también muchos los que padeciendo, efectivamente, de una de estas lesiones glandulares bien definidas, son erróneamente clasificados en uno y otro consultorio. No ha llegado, pues, todavía la hora de cejar en el empeño de que los conocimientos endocrinos se difundan entre el público médico, en general mal instruido, á este respecto, en los Centros y por los textos oficiales.

b) El segundo grupo á que nos hemos referido está formado por un número considerable de enfermos que presentan, en efecto, alteraciones endocrinas, pero de categoría secundaria, generalmente relacionadas con la enfermedad principal, mas sin que, de ningún modo, deban ser consideradas como la causa de ésta. Estas alteraciones endocrinas secundarias representan unas veces un estado temperamental anterior, constitucional, que quizá sirve de terreno apropiado á la enfermedad fundamental para desarrollarse, y otras veces son indicio de una reacción por parte de ciertas glándulas ante dicha enfermedad fundamental. En la patología tiroidea encontramos singulares ejemplos de las alteraciones explicadas; en los primeros tiempos de un proceso tuberculoso juvenil es frecuente que el clínico aprecie, quizá con mayor notoriedad que los mismos síntomas infecciosos, manifestaciones hipertiroideas, que son indicio de una evidente reacción hipofuncional de la glándula, descrita por ciertos autores con el exacto nombre de «basedowismo tuberculoso». También en muchos enfermos neuróticos—neurasténicos, histéricos, etc.—es frecuente encontrar estas manifestaciones hipertiroideas, que á veces parecen dominar todo el cuadro clínico; y análogos hallazgos pueden hacerse en ciertos nefríticos crónicos, tabéticos, enfermos de adenopatía traqueobrónquica, etc. Otro tanto puede decirse del «síndrome hiposuprarrenal» de muchos tuberculosos («addisonismo tuberculoso»), de los pelagrosos, de muchos enfermos infecciosos, etc., y podrían citarse infinidad de casos más, semejantes á los expuestos. En todos ellos, ya se trate de estados constitucionales previos, ya de estados reaccionales consecutivos, la categoría de la alteración endocrina es secundaria, y será un grave error del médico el no apreciarlo así; hemos visto, por ejemplo, algunos casos enviados al hospital con el diagnóstico de hipertiroidismo, en los cuales el hipertiroidismo, que realmente existía, no era sino una reacción concomitante á esos procesos tuberculosos incipientes.

c) La tercera categoría de casos da un contingente también numeroso de falsas endocrinopatías. Puede haber, en efecto, enfermos de un determinado proceso patológico que presenten además, y con completa independencia de éste, una alteración endocrina concomitante, más ó menos manifiesta,

El caso más frecuente de los errores de diagnóstico á que esta coincidencia puede dar lugar lo proporciona el bocio simple. Gran número de personas, sobre todo mujeres multiparas, son portadoras de bocios simples, que salvo la deformidad topográfica no afectan en nada á la salud; también son muy numerosas las mujeres jóvenes afectas de la «hipertrofia tiroidea juvenil» que persiste durante toda la época del desarrollo; y en todos estos casos solemos ver que las afecciones más diversas, cuando no ofrecen una personalidad clínica marcada, son relacionadas por el médico con la supuesta perturbación del tiroides. En los países donde hay bocio endémico esta causa de error se comprende que será mucho mayor todavía. ¡Cuántas enfermedades de patogenia desconocida se han atribuido á una perturbación tiroidea no más que por haber reunido el autor algunos casos en los cuales dicha enfermedad coincidía con un bocio! Y el bocio por sí solo, sin ir acompañado de trastornos funcionales, no tiene, repitámoslo, apenas valor patológico—fuera del que pueda tener quirúrgicamente—. Son también muy frecuentes insuficiencias ováricas apenas reveladas más que por retrasos ó ausencias de la función menstrual, á las que se imputan los más diversos estados patológicos coincidentes. Y así podríamos añadir muchos casos semejantes á los expuestos.

(Continuará.)

Saneamiento é higienización de España ⁽¹⁾

POR EL

DR. LUIS MUÑOZ ANTUÑANO

PALUDISMO

I

«Mal andan las ciudades. ¡Pero cómo están los campos! La ley de 30 de Enero de 1900, encaminada á extinguir el paludismo, anuncia un proyecto de ley que aún no ha aparecido por las Cortes, con lo que la buena intención quedó frustrada. De otro modo procede el Estado italiano...»

J. CANALEJAS.

La fiebre palúdica, ese triste mal endémico en España, como en otros países, es quizá una de las cuestiones en la que con más dolorosa claridad se manifiesta nuestra proverbial y funesta incuria.

Y lo curioso es que, siendo españoles los que primeramente estudiaron la enfermedad, que es corriente en el país desde hace muchos años, y siendo también españoles los que introdujeron en Europa, trayéndolo de la América española, el medicamento específico de su curación, no hicieron nada después para que desapareciera esta terrible endemia, verdadera desolación de muchas comarcas de España.

En el año 1520 nació en Valladolid el insigne médico, que hubo de serlo después de Su Majestad Católica el Rey Felipe II y de su Corte, D. Luis Mercado, el cual, entre sus notables y numerosas obras, escribió un famoso «Tratado de fiebres» que obtuvo un gran éxito en su tiempo, en el cual dedicó atención especial á las intermitentes, que él llamaba perniciosas.

No es preciso ser muy erudito para conocer la anécdota que dió nombre á la quina, nombre que conservó durante muchos años, de «polvos de la Condesa», por ser la condesa de Chinchón la que la importó, y de cuyo medicamento la química farmacéutica extrajo más tarde la actual quinina.

A pesar de tan brillantes comienzos, no hace mucho

(1) Véase el número 3.563.

tiempo que se pudieron escribir, con gran razón, estas frases: «En España no pensamos lo mismo, y así han podido los americanos, después de apoderarse de Cuba, darnos la horrible lección de acabar en un año con la viruela, el vómito negro y el paludismo, que durante siglos han arrebatado á España la flor de su juventud.» (Del artículo «Cuestión nacional», publicado por J. Ruiz Jiménez en *El Imparcial* de 15 de Noviembre de 1903.)

Y en un año, como dice el ilustre articulista, claro es que no, pues tanto no estaba en sus manos, por peritos y expeditivos que fueran para conseguir el milagro; pero sí en muy pocos años, y todo cuanto dijéramos resultaría pálido ante lo que puede pensarse contemplando las cifras siguientes, que tienen mucha más elocuencia que todo cuanto pudiéramos describir.

GESTIONES COMPARADAS DE ESPAÑA Y DE LOS ESTADOS UNIDOS EN LA CIUDAD DE LA HABANA

Casos de paludismo en la Habana.

ESPAÑA		ESTADOS UNIDOS	
Años.	Casos.	Años.	Casos.
1890	170	1900	325
1891	203	1901	151
1892	202	1902	87
1893	240	1903	51
1894	201	1904	44
1895	207	1905	32
1896	450	1906	26
1897	811	1907	23
1898	910	1908	19
1899	909	1909	2

No del todo, sin embargo, son culpables los españoles. Para dejar las cosas en su justo lugar hay que decir que las medidas tomadas por los americanos habían sido ya propuestas muchas de ellas, desecaciones de terrenos, drenajes, etc., por médicos é ingenieros españoles; pero, siguiendo nuestro clásico sistema, se había procurado conservar siempre atados los expedientes y Memorias con nuestro tradicional balduque, lo cual fué sin duda una fortuna, porque, apenas incautados de nuestros archivos los expeditivos yanquis, los libraron de su prisión y los pusieron en práctica, consiguiéndose los resultados de que hoy, con justo motivo, se alaban y regocijan.

A otra nación más suspicaz que la nuestra, mejor dicho, con un concepto de internacionalidad de que aquí carecemos, le hubiera bastado este ejemplo para ocuparse de la extinción del paludismo en España, que también es muy crecido, como veremos; pero nosotros ni nos picamos ni nos enteramos; y más bien creemos que esto último habrá ocurrido, porque hasta hace muy poco tiempo á España y á su capital, centro natural de nuestra política, llegaban las más candentes agitaciones europeas, y sonaban como un eco lejano que sólo algún ilustre escritor de libros y de revistas recogía.

Hoy, hasta en Siam el Gobierno se ocupa y se preocupa del paludismo y reparte gratis quinina del Estado á sus palúdicos pobres.

Científicamente son varios los médicos que se han ocupado de los modernos estudios y etiología del paludismo con referencia al de España, no siendo nuestro objeto profundizar en la materia, pues no sería pertinente en un trabajo como el presente. Quien quiera conocer más á fondo el asunto puede recurrir en consulta á las excelentes obras de los ilustres doctores Mac Donald, Pittaluga, Pi y Suñer, Gabriel

Carrió, etc., entre los que primeramente se ocuparon en España de la cuestión, y en otros tratados de otros autores que, en el extranjero antes, y aquí posteriormente lo hicieron.

II

EL PALUDISMO EN ESPAÑA

En estos modernos tiempos de positivismo, el hombre se capitaliza exactamente igual que otro objeto. Los ingleses calculan en 130 libras esterlinas cada habitante de su nación, y en 200 un obrero trabajador; 3.500 dólares adjudican los yanquis de valor á sus compatriotas; 6.000 francos representa para el Estado un francés; y en 5.000 pesetas tasán los economistas españoles al obrero de nuestra patria.

Con estos datos, calcúlese la cantidad de responsabilidad y de dinero que representan los dos mil y pico individuos que por fiebres palúdicas (enfermedad evitable) mueren cada año en nuestro país.

Calcúlese, además, el valor que representan los terrenos incultos y palúdicos que existen en muchas provincias españolas.

Añádanse á ello los días de trabajo perdidos por causa de tal enfermedad; y todo ello, sumado en cantidades heterogéneas, pero enormes y aterradoras, dirán elocuentemente lo que el Estado español y los gobernantes tienen sobre sus conciencias, por no haber hecho absolutamente nada á fin de que tal situación deje de existir.

Las cifras de Italia y otros Estados grandes y pequeños, son reveladoras de una consoladora consecuencia: es la siguiente: ¡El paludismo es evitable!; el paludismo deja de ser una plaga en cuanto un Gobierno consciente de sus deberes pone en manos de los infelices obreros del campo la quinina gratis, ó, por lo menos, á precios baratísimos, y mejora las condiciones de la que expenden industriales sin conciencia en las comarcas palúdicas.

Italia, Grecia, Austria, Inglaterra, Alemania, Japón, Bulgaria, todas las naciones, grandes ó pequeñas, se ocupan ya del problema; solamente España es una lamentable y dolorosa excepción.

El 30 de Enero de 1900, suscrita por el entonces ministro de la Gobernación D. Eduardo Dato, se promulgó una ley encaminada al estudio del paludismo, para, después de su informe, dictar otras leyes á fin de extinguirle. Y esta ley fué letra muerta, pues no se hizo nada por cumplirla en diez años.

En 1910 se creó en el Ministerio de Fomento una Inspección para el saneamiento del campo, y entre los primeros deberes encomendados á su gestión, fué el del paludismo de pueblos, campos y líneas ferroviarias; y esta Inspección, en el primer año de su existencia, publicó el primer avance del *Inventario del paludismo en España*, que en los años sucesivos ha ampliado y rectificado, hasta el de 1918, en que publicó un folleto con datos interesantes acerca de este asunto, detallado, por provincias y regiones, la extensión é intensidad de este padecimiento, con datos y estudios parciales numerosos é ilustrados con mapas, gráficos, croquis, etcétera, del cual copiamos los siguientes extremos y cifras que se refieren á la totalidad:

Paludismo de España.—Totales generales

Número de términos municipales en España.	9.261
Idem de id. id. palúdicos de idem.....	1.818
Dimensiones de los focos en hectáreas.....	313.200
Valor actual de los terrenos palúdicos, pesetas.	24.518.750
Coste aproximado de las obras para sanearlos, pesetas.....	50.682.500
Valor aproximado que tendrían saneados, pesetas.....	124.864.000

Morbilidad anual.....	301.360
Mortalidad ídem.....	2.192
Consumo anual de quinina, gramos.....	2.783.250
Valor de la quinina consumida al año, pesetas.....	2.783.250
Días de trabajo perdidos por la enfermedad, á razón de quince días.....	4.520.400
Valor de los jornales perdidos, á razón de dos pesetas uno.....	9.040.800
Valor de las vidas perdidas, á 5.000 pesetas una.....	10.960.000
Total de pérdidas para la Economía nacional, al año, por esta causa, pesetas.....	72.000.800

(Continuará.)

Periodicos médicos.

PSIQUIATRIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La frenoscopia de los psicópatas, por MM. Laig-nel-Larastine y G. Maingot.**—La frenoscopia—del griego *phreen*, diafragma, y *skopein*, examinar—es el examen radiológico del gesto respiratorio y por extensión la observación de los movimientos torácicos tal y como se manifiestan sobre la pantalla.

Estos gestos internos tienen un valor interpretativo análogo al de los gestos externos. Existe una fisonomía interna, radioscóica, que para el iniciado revela al individuo mejor que la fisonomía externa.

En efecto, los gestos externos son inspeccionados, educados y corregidos, mientras que el movimiento respiratorio del diafragma es espontáneo y subconsciente. Al nacer el niño saca ya entre los recursos de su instinto la *praxia* respiratoria, lo que prueba que esta praxia ó técnica respiratoria difiere según los diversos matices instintivos, es decir, según los individuos, no habiendo dos individuos cuyo movimiento respiratorio sea idéntico.

No hay que olvidar que el diafragma es un músculo estriado y por consecuencia sometido á la voluntad, pero que depende también del sistema nervioso involuntario simpático que regula la vida vegetativa y subconsciente.

La iniciación frenoscópica es fácil y accesible á todos los observadores dotados de alguna sensibilidad psicológica.

La interpretación frenoscópica que dimana de la observación meticulosa del gesto respiratorio, se hace: primero, comparando el gesto respiratorio á todos los otros gestos é induciendo las particularidades del carácter; segundo, comparando las particularidades frenoscópicas de un gran número de individuos bien estudiados, por ejemplo: el gesto de la ansiedad (sacudidas espiratorias); el gesto genital (expansión de las costillas medianas); tercero, interpretando ciertas reacciones fisiológicas, cuya expresión nos es ya conocida, como la taquicardia emotiva y la expansión sistólica del cayado de la aorta.

De estas consideraciones se deduce que la frenoscopia es un método de análisis individual digno de atención desde el punto de vista psicológico. ¿Pero es posible encontrar en los psicópatas signos frenoscópicos que permitan una clasificación análoga á la clasificación clínica habitual?

A priori es dudoso, puesto que se trata, ante todo, de un análisis individual; pero como ciertas psicosis determinan modificaciones constantes del carácter, ó no son más que la exageración de éste, se debe con la frenoscopia reconocer estas modificaciones ó esta exageración, y, por consiguiente, tendremos en el tipo frenoscópico alguna cosa que esté en armonía con el síndrome clínico.

Nosotros hemos examinado el gesto respiratorio en un

centenar de psicópatas, de cuyo estudio creemos poder sacar algunas conclusiones.

En ocho *paralíticos generales* con gran déficit mental, hemos notado desde luego un cierto número de signos, inspiración superficial, no prolongada, no deformada, que traducen la pobreza intelectual. Hay, además, respuesta débil y torpe á la orden de respirar fuerte, produciéndose casi siempre en este momento movimientos absolutamente incoherentes, enorme difusión sobre las costillas y movimientos diafragmáticos imposibles de prever; algunas respiraciones profundas se producen brutalmente, en relámpago. Estos hechos pueden interpretarse como traduciendo las reacciones absurdas, incoherentes, discordantes, contradictorias y brutales de los paralíticos generales. La taquicardia emotiva no se observa apenas en los paralíticos generales.

En 15 *melancólicos* hemos apreciado, sobre todo, la débil amplitud y la monotonía del gesto diafragmático. El diafragma parece no moverse sino con gran pesar. La orden de respirar fuerte no modifica más que un instante el tipo respiratorio. El signo de la ansiedad (sacudidas respiratorias) se encuentra con una gran frecuencia; siete veces sobre ocho sujetos en los cuales la ansiedad era un síntoma de primera línea. Este signo no existía más que en un solo caso entre otros siete melancólicos que no presentaban manifestaciones exteriores de ansiedad.

Hemos examinado también cuatro *dementes precoces*. En dos casos de la forma simple, tipo Horel, la respiración era extremadamente débil; después de un período de apnea prolongada, sobrevenían inopinadamente grandes inspiraciones de comienzo brusco, en relámpago, traducción de actos impulsivos, imprevisibles, capaces de estallar en el curso de un período de inactividad casi absoluta. En un tercer caso, forma hebefrenocatónica, que había comenzado por una fase de ansiedad, existían numerosas sacudidas respiratorias características de la ansiedad. Además, la respiración era irregular y desordenada, tan pronto costal como diafragmática. En el cuarto caso, demencia paranoide, la respiración adoptaba un tipo de una incoherencia sumamente extraordinaria.

En 13 *histéricos* hemos observado tipos respiratorios diversos; muy frecuentemente signos que expresan la debilidad mental: pequeños movimientos diafragmáticos sin deformación del contorno frénico y monotonía. En un número de casos bastante grande hemos notado una especie de contraste entre la ausencia de la expansión sistólica de la aorta (signo de emotividad profunda) y la aceleración considerable de los latidos cardíacos (signo de emotividad superficial). La emoción del sujeto que estaba detrás de la pantalla era superficial, diplomática; la subconsciencia no estaba afectada. Esto es la confirmación óptica de la distinción tan justa hecha ya hace largo tiempo por Babinski en las histéricas.

No queremos señalar hoy que estos primeros resultados concuerdan con la clínica en una gran proporción, añadiendo solamente que nos parece que el método frenoscópico merece entrar en la práctica y contribuir al diagnóstico psiquiátrico. (Comunicación á la Académie de Médecine, 22 de Noviembre, *Le Courrier Médical*, 4 de Diciembre de 1921, núm. 40.)—T. R. Y.

MEDICINA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un caso de exocardia, por Vahram Torkomian, de Constantinopla.**—Entre las múltiples anomalías congénitas del corazón, la conocida con el nombre de exocardia es considerada como la más rara.

El autor, en su ya larga práctica profesional, no ha tenido ocasión de observar más que este caso, del que ha dado cuenta á la Academia de Medicina de París en una de sus últimas sesiones.

Se trata de un muchachito de tres años de edad, nacido en Pera, inteligente y bien desarrollado, en cuya familia no se ha encontrado ninguna deformidad ni tara patológica. Vino al mundo en parto gemelar, después de un embarazo que evolucionó normalmente (el tercero de su madre) y un cuarto de hora más tarde que una niña viva y sana.

La niña salió de cabeza y el niño en presentación de nalgas, y al intentar la comadrona deshacer dos circulares, que traía alrededor del bajo vientre, se desprendió bruscamente el cuerpo y la cabeza, rompiéndose el cordón á unos cinco centímetros de su inserción fetal.

No se pudo hacer la ligadura clásica, porque el cordón tenía en su base una anchura tal que hubiese permitido introducir cómodamente cuatro dedos en la cavidad abdominal del recién nacido, por lo que la comadrona se limitó á cubrir el cordón roto con una espesa capa de algodón hidrófilo, mandando llamar á un médico, no sólo por esto, sino porque además observó que el niño presentaba en la región epigástrica un tumor movable, muy accesible al tacto. El médico se pronunció por una malformación torácica, recomendando una almohadilla contentiva.

Tales son los antecedentes del caso; veamos ahora el estado actual.

Por inspección se ve que la cicatriz umbilical se halla reemplazada por un tejido cicatricial delgado que se asemeja al de las quemaduras.

Por encima, y sobre la línea media, se ven dos tumores superpuestos; el inferior muy blando, reductible, que se pierde en la cavidad abdominal á la menor presión y reaparece en cuanto se quitan los dedos; el superior tiene su asiento en la región sub-esternal, es palpable y se acompaña de latidos isócronos con el pulso.

Sin ningún género de duda, el primer tumor es una voluminosa hernia umbilical, mientras que el segundo (el superior) no es otra cosa que el corazón desplazado.

Examinando el esternón se ve que hacia su parte media se divide en dos ramas, que se pierden sobre los lados, formando así una vasta hendidura, recubierta de una piel muy delgada y casi transparente, en cuyo espacio se encuentra el corazón del niño formando prominencia y dejando ver distintamente los movimientos de sístole y diástole.

La auscultación revela un soplo sistólico, estando el niño de pie, que se va acentuando cada vez más desde la punta á la base y que adquiere su mayor intensidad sobre el cayado de la aorta, con irradiaciones en los vasos del cuello. El Dr. V. considera este soplo como indicador de una estrechez aórtica, consecuencia probable del estiramiento que el corazón se ve obligado á infligir, sin cesar, á la aorta, en esta situación anormal; este soplo sistólico pierde sensiblemente su intensidad cuando el sujeto se encuentra en decúbito dorsal y más todavía cuando se le coloca en plano inclinado con la cabeza baja.

El pulso es pequeño y el niño, no obstante este estado del corazón, no presenta ningún ahogo ni dificultad respiratoria; come bien, duerme bien, corre sin sentir molestia y juega con sus camaradas; pero no puede soportar la menor presión sobre la región cardíaca.

El examen radioscópico demuestra, en efecto, que el corazón late fuera de su sitio habitual, hallándose en el mediastino anterior. El hígado está en su lugar, pero el diafragma parece privado de sus pilares anteriores y los músculos rectos anteriores del abdomen se hallan ampliamente

separados en sus inserciones costales; el examen radioscópico no ha podido revelar la presencia de pericardio, pero vistos los movimientos libres rítmicos y no dificultados del corazón, el autor supone que debe hallarse recubierto de una especie de pericardio. No se han podido obtener trazados esfigmográficos ni medir la tensión arterial á causa de la indocilidad del sujeto.

El Dr. V. termina solicitando una línea de conducta y preguntando á los cirujanos franceses si no habría posibilidad de recubrir el corazón de este niño por autoplastia para evitar los muchos peligros á que se halla expuesto por su situación casi subcutánea. (*Bull. de L'Academie de Medecine*, núm. 2, 10 de Enero de 1922).—T. R. Y.

HISTOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Un fijador decalcificante y deshidratante, por C. E. Jenkins.—Los dos reactivos decalcificantes más ordinariamente empleados, son el ácido pícrico y el nítrico; pero presentan tres inconvenientes: el tejido adquiere un color amarillo que es muy difícil de hacer desaparecer, á pesar de un lavado abundante; la segunda objeción es más seria; la hematoxilina, que es el colorante nuclear más empleado, cuando se aplica á los tejidos decalcificados proporciona resultados mediocres ó indiferentes, permaneciendo los núcleos rojos, ó apenas teñidos, á pesar de la acción previa de los vapores de amoníaco; por lo tanto, es evidente que el ácido está íntimamente combinado con la cromatina nuclear; en tercer lugar, los abundantes lavados suponen una gran pérdida de tiempo antes de poder trabajar la pieza. Para evitar estos inconvenientes, el autor recomienda la siguiente fórmula:

Acido clorhídrico.....	4
Acido acético glacial.....	3
Cloroformo.....	10
Agua.....	10
Alcohol absoluto.....	73

El tejido debe sumergirse en 100 veces su volumen de solución. Esta fórmula se deriva de la del líquido de Carnoy, que no posee propiedades decalcificantes. El agua asegura la solución de las sales disueltas por la decalcificación. El aumento del alcohol y la disminución del cloroformo, comparados con las cantidades del líquido de Carnoy (fijador y al mismo tiempo deshidratante) son necesarios por la presencia de agua, que de otro modo no se mezclaría con el cloroformo. El exceso de alcohol permite la adición de más agua al líquido, si fuera necesario, sin separar el cloroformo. Los tejidos colocados en este líquido no experimentan la más ligera decoloración. La decalcificación es rápida; un trozo de costilla de unas dos pulgadas, quedó completamente blanda en cuarenta y ocho horas. Una vez terminada la decalcificación el lavado no es necesario, pudiendo pasar directamente el tejido al alcohol absoluto para completar su deshidratación y separar el ácido; conviene cambiar el alcohol una ó dos veces; una pieza de un centímetro cuadrado por 4 mm. de espesor, necesitará ocho horas en alcohol absoluto y después se pasa al cloroformo y se incluye en parafina. Los tejidos fijados de esta manera toman la hematoxilina ácida de Ehrlich, lo mismo que los tejidos no óseos fijados con formalina. (*The Journ. of Pathol. and Bacteriology*, Abril, 1921, vol. XXIV, núm. 2, pág. 166).—LUENGO.

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El temblor del iris, por A. Cantonnet.—El iris, en estado normal, no tiembla cuando el ojo se mueve, porque está sostenido por detrás por el cristalino, sobre el cual se

apoya. Por tanto, cuando se extrae el cristalino en la operación de la catarata, debiera producirse siempre un temblor del iris, y sin embargo, la clínica enseña que no sucede así generalmente; la causa de ello, es que en la operación de la catarata no se separa la totalidad del cristalino, sino solamente el cuerpo de la lente ó tejido propio, dejando en su sitio el saco del cristalino ó cristaloides que forma un plano resistente sobre el que el iris puede encontrar un apoyo. Cuando se extrae el cristalino en su totalidad, como en ciertos procedimientos operatorios excepcionales (el de Elliot, el de Barraquer), el iris temblará. Lo mismo sucederá en los casos de luxación del cristalino, sea ésta por traumatismo, sea por alteración del sistema suspensor, como, por ejemplo, á consecuencia de inflamaciones crónicas que hayan provocado iridociclitis y reblandecimiento del globo. Los traumatismos pueden producir una luxación anterior del cristalino, movilizándolo hasta la cámara anterior, pero entonces no hay temblor del iris. Más frecuentemente la luxación es posterior, desapareciendo el cristalino en el cuerpo vítreo y en este caso es donde el temblor del iris alcanza su máximo. Cuando la luxación es incompleta (subluxación), el iris queda sostenido solamente en un determinado sector, estando el resto sin apoyo; se observa entonces un temblor parcial que tiene una gran importancia para el diagnóstico de las luxaciones parciales del cristalino. Por tanto, el temblor del iris es casi siempre sinónimo de luxación, total ó parcial, del cristalino, las cuales, á su vez, reconocen en la mayoría de los casos un origen traumático, pero otras veces son espontáneas, por reblandecimiento post-iridociclítico del globo; en estos ojos blandos, el cristalino puede opacificarse, pero estos caracteres no deban señalarlos imperiosamente la necesidad de la operación, porque con frecuencia la retina está desprendida. Cuando el temblor del iris acompaña á una catarata, constituye casi siempre (no siempre en absoluto) una contraindicación de la operación. Para observar el temblor, se ilumina bien el ojo, sea delante de una ventana, ó mejor en la cámara oscura, con iluminación oblicua; se hace mirar al enfermo alternativamente á las orejas del médico, porque son necesarios movimientos del globo de una cierta amplitud, pero limitada, sin embargo. (*Journ. des Praticiens*, núm. 1, 1.º de Enero de 1922).—LUENGO.

BACTERIOLOGIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Un nuevo método de coloración de los flagelos de las bacterias, por H. G. Plimmer y S. G. Paine.**—El colorante se compone de ácido tánico, 10 gramos; cloruro de aluminio (hidratado), 18 gramos; cloruro de zinc, 10 gramos; hidrocloreto de rosanilina, 1,5 gramos; alcohol al 60 por 100, 40 c. c. Se colocan todos los sólidos juntos en un mortero y, de una vez, ó sea antes de que se produzca deliquesencia, se trituran con el alcohol; de éste se emplean primero 10 c. c., mezclando la masa perfectamente, teniendo cuidado de triturar todo el cloruro de zinc; en este punto se obtendrá una pasta homogénea de un color amarillo-parduzco; el resto del alcohol se va añadiendo lentamente y la masa se va tornando poco á poco en una solución viscosa de color rojo intenso. En este estado el colorante parece permanecer inalterable durante varios años. Para su empleo se diluye con agua, produciéndose una precipitación casi completa, permaneciendo solamente en solución una pequeña cantidad, evidentemente como un coloide en equilibrio, que, cuando se aplica á los frotos, es atraído por los flagelos y la periferia del organismo. No es necesario ningún tratamiento ulterior; pero es conveniente teñir el cuerpo del germen con fuchina ó azul de metileno.

Método de aplicación.—1.º Cultivo de diez y ocho á vein-

te horas, á 20° C. Emulsión en agua. 2.º Portas rigurosamente limpias. La mejor limpieza se consigue con ácido crómico y calentando después el porta-objetos, que se deja enfriar hasta una temperatura de 37° próximamente; entonces se pone una gota de la emulsión bacterica y se extiende mediante movimientos del porta; parece ser muy importante que la extensión se seque rápidamente, por lo que se recomienda hacerla sobre porta-objetos ó cubre-objetos calientes. 3.º El mordiente se aplica á la película, sin fijar, como sigue: una parte del colorante (por ejemplo, 0,5 c. c.) se mezcla con cuatro partes de agua (2 c. c.) en un pequeño tubo de ensayo con tapón de corcho. Después de invertir el tubo tres ó cuatro veces, se deja vertical durante un minuto y después se filtra sobre el porta-objetos, dejándolo actuar otro minuto, hasta que resulte visible en la superficie una capa ligeramente bronceada. Lavado rápido al chorro de la fuente. 4.º Fuchina fenicada en frío cinco minutos; lavar, secar y examinar; pueden conservarse las preparaciones montadas en bálsamo del Canadá, sin que se decoloren gran cosa. Las ventajas de este método sobre los demás, son: la relativa superioridad en el número de preparaciones positivas obtenidas; la posibilidad de ser practicado por los estudiantes principiantes con la confianza de no quedar desilusionados. Otras ventajas son: la relativa limpieza del fondo de la preparación, siendo posible obtenerla absolutamente libre de colorante. Los flagelos quedan uniformemente teñidos, sin las imágenes de un depósito granuloso y sin aumento de las ondulaciones. El mordiente es, á la vez, solución colorante y puede conservarse mucho tiempo, estando siempre dispuesto para el uso. Los materiales para la coloración son relativamente económicos, si se comparan con los de otros métodos, que emplean el ácido ósmico como fijador. (*The Journ. of Pathol. and Bacteriology*, Julio, 1921).—LUENGO.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La evolución normal del saco y del canal endolinfático en el hombre, por G. Portmann.**—El saco, el canal endolinfático y el sáculo, constituyen, en realidad, tres porciones de un solo órgano, que el autor llama *vestíbulo-craneano*, formado por una parte media estrechada: el canal endolinfático y de dos extremidades progresivamente dilatadas, una intracraneal: el saco endolinfático, y otra vestibular: el sáculo. Del sáculo es de donde parten casi al mismo nivel dos canalículos extremadamente finos que establecen la comunicación entre el utrículo por una parte y el canal coclear por otra.

El órgano vestibulo craneano conserva bien su individualidad en los diferentes períodos de la vida humana, y esto puede hacer suponer su importancia fisiológica y patológica.

Pero el hecho más digno de interés, es la atrofia progresiva que sufre la porción intracraneal, el saco endolinfático, á medida que avanza la edad del individuo. Esta esclerosis progresiva, determina cambios en las relaciones, y así, mientras en el niño y en el adulto sanos, el saco, en contacto con el seno lateral, extendido entre las meninges cerebrales y el cerebelo, de una parte, y la cara posterior del peñasco, de otra, sufre las modificaciones de presión debidas al estado fisiológico ó patológico de aquellos diversos órganos, en los ancianos, por el hecho mismo de su atrofia, queda aislado, independiente; es probable que la incapacidad funcional que de ello resulta, permitirá explicar bastantes trastornos auriculares que parecen hasta ahora muy oscuros. (*XXVII Congreso de la Sociedad belga de Otorrinolaringología*, Bruselas, 10 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.

El escándalo del domingo. —La delegación de médicos franceses.

Sin entrar en apreciaciones ni juicios que sólo competen á los tribunales que juzgan unas oposiciones, ante el escándalo vergonzoso producido por elementos que no queremos creer pertenezcan á nuestra profesión, nos vemos obligados á protestar ante la opinión y ante la clase en defensa del procedimiento de oposición que se ha aplicado, se aplica y debe aplicarse como el más ajeno á influencias y á coacciones, si los que más le encomian y predicán no fuesen sus primeras víctimas y sus mayores enemigos. Por muchas manifestaciones de desagravio que después del escándalo se quieran realizar, el mal está hecho, y no sólo alcanza á los miembros del tribunal injuriado, sino al sistema, que puede degenerar en una reacción perjudicial á la independencia de los jueces ó en la supresión de las convocatorias para dar las cátedras al que más méritos se le supongan ó al que más influencias pueda reunir.

No es el primer caso que conocemos el ocurrido el domingo en la Facultad, y nos duele, tanto más, cuanto que los precedentes se han producido en el mismo local del Colegio de San Carlos.

Repetimos que no sólo no vamos á examinar el juicio dado por un tribunal de oposiciones, ni siquiera á reseñar los hechos; nos limitamos á lamentar, en nombre de lo que representamos, lo ocurrido, y á desear que no se repita por bien de todos.

Por de pronto, lo que cualquiera que sea la interpretación y aun las explicaciones que se den al hecho, lo cierto é innegable es que la autonomía produce los frutos anunciados y que cualquiera no cegado por incomprensibles exclusivismos debiera haber previsto.

El inaudito escándalo se ha producido ante un tribunal compuesto *more autonómica*, por catedráticos únicamente y la autoridad que ellos tienen ante los alumnos, está vista; además la entrada de la policía, que había sido motivo de las tradicionales protestas de San Daniel y Santa Isabel, ha querido ahora ser utilizada, como no lo hicieron ni Zafra, ni Pisa Pajares, por creerse impotente la autoridad universitaria para mantener el orden y el respeto á los maestros en el seno mismo de la Universidad.

Pero está claro: ¿cómo se ha de sostener este respeto hacia maestros de quienes se dice á los alumnos que comienzan por no reconocerse otros deberes que los de dar sesenta horas de enseñanza al año y por proponer el nombramiento sin oposición ni concurso á sus alumnos favorecidos ó á sus parientes para puestos que hasta ahora se reservaban á las pruebas del mérito?

Quien siembra vientos...

Acerca de este asunto leemos en *La Voz* del día 26, la siguiente carta que para nosotros es definitiva:

«Señor director de *La Voz*.

Mi ilustre amigo: Habiéndose difundido en los corros estudiantiles y parte de la Prensa, con motivo de la votación de la cátedra de Anatomía de Madrid, algunos supuestos inexactos ó exagerados, me dirijo á la gentileza é imparcialidad de usted para hacer constar:

Primero. Que durante el tumulto subsiguiente á la votación, ni el presidente ni los vocales sufrieron lesión alguna, aun cuando, según ocurre en este linaje de fogosas expansiones escolares, se desarrollaran algunos incidentes desagradables.

Segundo. Que, contra la costumbre, y á causa del formidable alboroto, no pudo hacerse inmediatamente la proclamación del catedrático y la redacción y firma del acta, trámites aplazados para momentos de mayor serenidad.

Tercero. Que mis compañeros de Tribunal votaron á don Julián de la Villa, convencidos de la superioridad de los conocimientos de este opositor, opinión que yo mismo comparto. En este punto, sin embargo, considérome harto falible por escasamente competente, toda vez que desde hace treinta y cinco años no explico la asignatura. Ni hay que olvidar que yo presidía el Tribunal sólo á título de consejero de Instrucción Pública.

Cuarto. Que durante los ejercicios, y al cambiar los jueces impresiones sobre aquéllos, nada me hizo sospechar que mis compañeros se hayan doblegado ante presiones políticas.

Quinto. Que mi abstención en el momento de emitir el voto no implica apreciación desfavorable acerca de la suficiencia y aplicación de los opositores, sino que responde á un criterio, quizá excesivamente severo ó prematuro, dado el estado actual de la enseñanza en España. Es mi opinión, manifestada en libros y folletos, que si hemos de renovar seriamente nuestro profesorado superior urge escoger, antes que á los candidatos singularmente memoriosos y atiborrados de textos, á los aspirantes, quizá menos caudalosos de erudición y de palabra, pero que hayan trabajado en el Extranjero al lado de maestros ilustres y posean, en grado por lo menos estimable, aptitud y vocación por la investigación científica; cualidades éstas que sólo apuntan, sin florecer plenamente, en uno ó dos de los opositores. Huelga decir que no niego á nadie, y menos á los jóvenes, capacidad de evolución ni plasticidad adaptativa á ese tipo genérico de profesor á la alemana de que andamos harto necesitados en España.

Y después de pedirle perdón por la molestia y de agra-

decerle sinceramente la inserción de estas líneas, le reitera la expresión de su cordial amistad y rendida admiración, *S. Ramón y Cajal.*

En los primeros días de esta semana ha tenido lugar, como compensación agradable del anterior acontecimiento, uno por demás simpático y alentador; varios profesores franceses, presididos por el decano de la Facultad de Medicina de París, Mr. Roger, han llegado á Madrid después de visitar Barcelona y Valencia, y entusiasmados por las acogidas cariñosas que especialmente en la última hermosa ciudad les han tributado.

A la llegada, en la estación de Atocha, eran esperados por el decano de la Facultad de Madrid, varios catedráticos y médicos de los más conocidos. Después de corteses mutuas saluciones, dirigieron los franceses y sus bellas y distinguidas consortes al Hotel de París, donde tenían preparado conveniente alojamiento, y tras breve descanso se dirigieron al Colegio de San Carlos en visita oficial, siendo recibidos por el claustro de profesores, y cambiándose los naturales plácemes y saludos por parte de ambos decanos á nombre de las respectivas corporaciones.

Forman parte de esta dignísima representación médica el profesor Forgue, de la Facultad de Montpellier, que también viene acompañado por su esposa; los profesores Marcel Labbé, de París; Mouriguardes, de la Facultad de Medicina de Lyon, con su señora; Mauriac, de Burdeos; Ricubaud, de Montpellier; Cannyt, de Estrasburgo; Devé, de Ruen; Chiray, de París, con su señora; Savy, de Lyon, con su señora; Weil-Hallé, de París, con su esposa; Genevriér, del Hospital de San José, con su señora; Clement-Simon, del Hospital de San Lázaro, con su señora; doctora señora Jievet; doctores Cuedriet y señora, Llimelier, Mazeran y Santier.

A las seis de la tarde se celebró la recepción de la Comisión en el Círculo Francés, á la que acudieron representaciones de la Academia, del Colegio de Médicos y de otras corporaciones.

La colonia francesa, muy numerosa, se hallaba presidida por el embajador, Sr. De France; asistieron á la recepción bastantes damas.

El Sr. De Sainte-Marie, presidente de la Asociación de Beneficencia Francesa, leyó un hermoso discurso saludando á la Comisión que acababa de llegar y dando las gracias á los médicos españoles, que tan efusivamente habían acogido la presencia de sus compañeros. Hizo votos por el afianzamiento de los lazos de confraternidad existentes entre Francia y España y por la prosperidad de ambas naciones.

A continuación el Dr. Cortezo improvisó un

bellísimo discurso. Dijo que entre Francia y España, por lo que respecta á la difusión de la ciencia médica, no habían existido nunca Pirineos. Espiritualmente los médicos de uno y otro país vivían sobre la misma idealidad científica, á base de profesar identidad de doctrinas y de similares criterios.

Dió la más cordial bienvenida á los compañeros franceses, y les aseguró que sus colegas españoles se sentían hondamente satisfechos por la visita de la Comisión integrada por representantes tan preclaros de la Medicina francesa.

Seguidamente hizo uso de la palabra el profesor Roger, manifestando que se hallaba maravillado después de la visita que había hecho á la Facultad de Medicina. Entre las cosas que le habían sorprendido, hizo hincapié en el laboratorio de Cajal, que le recordaba al de Claudio Bernard.

Terminó su discurso el decano de la Facultad de Medicina de París, diciendo que entre Francia y España no existían Pirineos, y prueba de ello es que la Comisión que preside no viene á estrechar lazos de unión entre los médicos de ambos países, porque éstos hacía mucho tiempo que existen con solidez inquebrantable. El objeto de la visita es invitar á los médicos españoles á trabajar juntos, á unificar el esfuerzo para mayor gloria y enaltecimiento de la ciencia.

Terminado este acto, la Comisión, acompañada de sus colegas españoles, se trasladó á la Real Academia de Medicina, donde se celebró una sesión en homenaje de los médicos franceses.

Hablaron el profesor Roger y los Dres. Pulido y Recasens; se cambiaron frases de cordial afecto entre los oradores.

Todos fueron efusivamente aplaudidos.

De los demás actos daremos cuenta en el número próximo.

DECIO CARLAN.

HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
<i>Suma anterior</i>	2.050,50
Dr. D. Luis Marco.....	10,00
Excmo. Sr. D. José Codina.....	25,00
Dr. D. B. Navarro Canovas.....	15,00
Excmo. Sr. D. Antonio Espina.....	25,00
Dr. D. Ramiro Arroyo, de Béjar.....	5,00
<i>Estación Sanitaria del Puerto del Ferrol:</i>	
D. Enrique Quintero, director.....	25,00
D. Gonzalo Meirás, secretario.....	15,00
D. Fernando Santamaría, maquinista.....	10,00
D. Juan Mosquera, patrón.....	10,00
D. Francisco Núñez, marinero.....	5,00
D. Martín Cervantes, ídem.....	5,00
D. Juan Fajardo, fogonero.....	5,00
TOTAL	2.205,50

(Se continuará.)

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

Madrid, 20 de Abril de 1922.

Sr. Dr. Carlos María Cortezo, presidente de la Junta organizadora del homenaje a Cajal.

Respetado señor: La Federación Hispano-Americana constituida por todos los estudiantes de la América española que residen en Madrid, acordó de una manera unánime adherirse en la forma más cordial y efusiva, al homenaje proyectado en honor de D. Santiago Ramón y Cajal, con motivo de su jubilación profesional.

Es para mí infinitamente satisfactorio y altamente honroso cumplir, como presidente de la Federación, con el deber de poner en conocimiento de esa respetable Junta lo acordado en nuestra Sociedad. Y es porque todos nosotros tenemos el íntimo convencimiento de que no es España sola la que tiene una deuda impagable con el biólogo eximio. En este homenaje que se proyecta debe oírse en un solo acorde la voz agradecida de todos los hijos de la Raza, a la que Cajal ha dado lustre imperecedero.

Los que hemos sido sus discípulos, tenemos como un hecho fausto de nuestra vida el paso por las cátedras del glorioso maestro; y llevaremos siempre, entre los gratos recuerdos de España, en el lugar más sagrado de nuestro ser, el de las horas pasadas oyendo las sabias disertaciones de Cajal. A través de su personalidad vigorosa hemos visto en España la persistencia de potencialidad mental jamás extinguida; y decir España, en este caso, es aludir directamente a la España de Ultramar, a nuestra Patria americana.

Es por un imperativo de la sangre como nace en nosotros la necesidad de decir todo el fervor, todo el cariño y toda la gratitud que guardamos hacia el viejo profesor de cuya actividad pudimos disfrutar directamente—por un favor del destino—los primeros estudiantes americanos que llegamos a España. Sea usted, Sr. Dr. Cortezo, digno vocero ante el maestro y ante España entera de estos sentimientos nuestros, emitidos con toda sinceridad.

También es grato comunicar a usted, que a fin de contribuir a los propósitos de la Comisión, la Federación ha abierto una suscripción entre los estudiantes americanos, para engrosar los fondos que se colectan para la Fundación Cajal.

Quedamos esperando las gratas órdenes de la Junta organizadora que usted preside tan acertadamente.

Me suscribo de usted, atto. y s. s., q. e. s. m., por la Federación Universitaria Hispano-Americana,

ARTURO ROBLEDO,
Presidente.

Madrid, 21 de Abril de 1922.

Sr. D. Arturo Robledo, presidente de la Federación Universitaria Hispano-Americana.

Con verdadera emoción recibo y leo, mi querido amigo, la comunicación entusiasta y cordial, que usted

me envía adhiriéndose en nombre de esa Federación que dignamente preside al homenaje que proyectamos rendir en honor del insigne sabio D. Santiago de Ramón y Cajal. Habla usted en ella como generoso corazón de joven, con entusiasta inteligencia de discípulo y como descendiente y factor representante de halagüeñas esperanzas de esta Raza hispana, que cansada de conquistar, civilizar y luchar fuera y dentro de sí, ha tenido un momento de descanso, que nosotros no podemos interpretar como de aniquilamiento ni de marasmo.

Gracias mil en nombre de Cajal, de España y de esta Junta organizadora que sin duda ha encontrado en mí el mayor entusiasta del gran maestro, cuando, sin otras condiciones, me ha llevado a su Presidencia.

Reciba personalmente la expresión de mi cordial afecto que le ruego transmita a sus jóvenes compañeros de Federación,

C. M.^a CORTEZO.

Con especial complacencia tengo el honor de comunicar a esa dignísima Comisión organizadora, que el Ayuntamiento de Baquerín de Campos de esta provincia, y el de la capital de la misma, han acordado por unanimidad otorgar el nombre de nuestro gran Ramón y Cajal a respectivas calles importantes de ambas poblaciones, confiando en que diversos municipios han de continuar prodigando tan patrióticas y espirituales normas.

Dios guarde a V. E. muchos años.—Palencia, 12 de Abril de 1922.

LUIS M. ISTÚRIZ.

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Vitoria, 4 de Abril de 1922.

Sr. D. C. María Cortezo, Madrid.

Mi distinguido amigo: La Junta de Gobierno de este Colegio se ha enterado con gran detenimiento de la carta en que le da usted cuenta, como presidente, de haberse organizado en esa Corte una Junta para solemnizar la jubilación de D. Santiago Ramón Cajal.

Muy conformes con lo que se propone, pues todo es poco para tan gran personalidad, nos asociamos a los acuerdos tomados y hemos publicado en la revista de usted y declarado abierta la suscripción. De su resultado, que deseo sea brillante, tendré la satisfacción de ir dándole cuenta oportunamente.

Queda suyo afectísimo compañero y amigo.

El presidente,

F. SUCAETA.

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Mi distinguido amigo: Acepto su invitación para formar parte de la Junta que bajo la digna presidencia de usted ha de organizar los trabajos para el homenaje a Cajal, quedándole muy agradecido por la colaboración que ello supone de este Museo, en el tributo de admiración que se prepara al primero de los naturalistas españoles.

Me reitero de usted con la mayor consideración,
su afectísimo seguro servidor y amigo q. e. s. m.,

IGNACIO BOLIVAR.

16 de Marzo de 1922.

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Muy señor mío y muy venerable compañero: El Colegio de Médicos de la provincia de Zamora se asocia con el más entusiasta fervor al homenaje que se proyecta rendir á D. Santiago Ramón y Cajal, gloriosa figura de la Medicina patria y excelso español, que tanto ha sabido enaltecer el nombre de nuestra amada España.

Todos los médicos zamoranos, sin excepción, han de honrarse contribuyendo á ese justísimo homenaje como se les indique, y estén seguros los organizadores de encontrar en este humilísimo rincón castellano, la cooperación espiritual y material que necesiten. Y nosotros, los que tenemos como el más preciado galardón llamarnos discípulos del genial maestro, pedimos tan sólo que se nos ordene el medio de aportar á tan plausible empresa, nuestra voluntad y nuestros bonísimos deseos.

Quedamos, pues, esperando las indicaciones de la Junta organizadora y anhelamos tan sólo que el homenaje sea digno de Cajal; es decir, peca por innecesaria la explicación, que rogamos no se escatime nada en honor del sabio maestro.

Se reitera de usted su afectísimo seguro servidor,
q. e. s. m.,

DACIO CRESPO ALVAREZ.

Marzo 22 1922.

Madrid, 20 de Marzo de 1922

Excmos. Sres. D. Carlos María Cortezo, D. José Rodríguez Carracido y D. Sebastián Recasens, Miembros de la Junta organizadora del homenaje á Cajal.

Distinguidos amigos y admirados maestros: He tenido el gusto de recibir su patriótica carta, y les agradezco que se hayan acordado de mi modesta persona para que figure en la «Junta Nacional», organizadora del homenaje al ilustre Cajal, gloria legítima de la España moderna. Acepto reconocido la proposición, y cuenten con mi concurso para servirles en el lugar que me señalen.

España entera debe rendirle homenaje á quien tan alto ha sabido colocar su nombre, vertiendo un torrente de luz sobre los caminos de la ciencia.

Pueden disponer de su afectísimo amigo y devoto admirador que l. e. l. m.,

IGNACIO BAUER.

28 de Marzo de 1922.

Excmo. Sr. D. Carlos M.^a Cortezo.

Mi querido amigo: Recibo su carta fecha 24, invitiéndome para una reunión de esta tarde, á las seis y media, en la Real Academia Nacional de Medicina, cuando ya ha pasado dicha hora y dicho día.

En todo cuanto ustedes me crean útil para perpetuar la memoria de Cajal ténganme por adherido, y celebraré mucho que mi concurso sea de alguna utilidad para tal fin.

Suyo afectísimo amigo q. e. s. m.,

G. BUGALLAL.

Tres semanas de investigaciones biológicas experimentales.

El profesor Maurice Arthus, del Instituto de Fisiología de Lausanne, se propone reunir en su laboratorio personal, durante el verano de 1922, desde el lunes 24 de Julio hasta el sábado 12 de Agosto, inclusive, á jóvenes de buena voluntad, que piensen seguir una carrera biológica experimental; con el excelente propósito, digno de todo encomio, de hacerlos vivir una vida de laboratorio, extremadamente intensa, que les permita seguir paso á paso la evolución de un estudio puramente experimental.

Nos parece inútil insistir sobre la importancia de estas enseñanzas, realizadas del modo que promete el profesor Arthus. En la época presente, en la que de todas partes se quejan de que las carreras científicas puras se vean abandonadas por los jóvenes y que solamente estén encumbradas las carreras prácticas, capaces de conducir rápidamente á la fortuna y al poderío, es preciso revivir bajo una forma adaptada á las condiciones actuales, aquella enseñanza que en su tiempo practicaba Claudio Bernard, en la que los alumnos vivían la vida de laboratorio del maestro; con él, establecían la cuestión y definían los términos del problema; con él enuncian hipótesis, imaginaban experiencias, observaban hechos nuevos, proponiendo una interpretación que sometían á una rigurosa crítica, y que comprobaban ó refutaban mediante nuevas experiencias, para reunir finalmente un cierto número de verdades científicas y agruparlas en un cuerpo de doctrina.

Esto es lo que se propone el profesor Maurice Arthus.

Caro está, que el ideal consistiría en sentar un problema completamente nuevo y en hacer su estudio, en colaboración con los participantes. Pero todo experimentador sabe que una investigación de laboratorio ocasiona paradas, errores por lo menos temporales, dudas también, y que es imposible fijar de antemano la duración de un estudio y el desarrollo que puede alcanzar, aunque fuera sólo aproximadamente. Realmente, es necesario volver á emprender un estudio ya hecho, pero procediendo (v. un experimentador dueño de sí puede hacerlo sin gran esfuerzo), como si no lo estuviera.

De esta suerte, se gana tiempo y se puede hacer en tres semanas, con gran provecho, lo que de otro modo exigiría tres meses, ya que no tres años ó más.

El profesor Arthus tiene la intención, en estas *Tres semanas de investigaciones biológicas experimentales*, hechas en colaboración muy íntima con los jóvenes que quieran ir á meditar, experimentar y deducir conclusiones bajo su dirección, emprender de nuevo investigaciones sobre las *Anafilaxias*, las *Proteotoxias*, las *Anafilaxias venenosas*, las *Anafilaxias inmunidades*, etc. El punto de partida será: *Estudiar experimentalmente el veneno del cobra*, estudio cuyo desarrollo conduce muy rápidamente á los problemas de anafilaxia y de inmunidad. Arthus supondrá al principio, que no se conoce nada sobre estas cuestiones, como sucedía hace veinte años, y en tres semanas hará recorrer todo un ciclo de estudios que han necesitado varios años para verse termina-

dos. La obra que se propone realizar es verdaderamente una obra de apostolado científico y no un negocio comercial; por lo tanto, los participantes admitidos á estos trabajos, no tendrán que satisfacer ninguna contribución pecuniaria, será completamente gratuita. Y no solo eso, sino que además, la Sociedad de Hoteles de Lausanne Ouchy hará una rebaja del 10 por 100 sobre el precio de la pensión á los asistentes á las investigaciones biológicas experimentales.

Los jóvenes que deseen asistir, deben notificarlo al profesor Arthus antes del 15 de Junio de 1922 y, por otra parte, lo más pronto posible, indicándole su nacionalidad, enviándole un pequeño *curriculum vitae*, y eventualmente, referencias científicas. El número de los admitidos será limitado á causa de las modestas dimensiones de los locales en donde se verificarán los trabajos y á causa también del decidido empeño del profesor en colaborar íntimamente con todos los participantes y de permitirlos ver claramente las experiencias muy numerosas, que serán hechas cada día. No se trata, pues, de un curso teórico, ó de una exposición verbal de experiencias; se trata de una investigación experimental, tal como se realiza en un laboratorio, llevando consigo evidentemente la reflexión, la meditación, el enunciado de las hipótesis, la crítica de los resultados experimentales, pero ante todo, por encima de todo, la experiencia, la maestra soberana de las ciencias de la vida.

Para todos los detalles, dirigirse á M. Maurice Arthus, profesor de la Universidad, Instituto de Fisiología, Champ-de-l'Air, Lausanne.

E. L.

NOTAS DE UN VIAJE

POR

J. FRANCO RODRÍGUEZ

LA SALUD

En Buenos Aires, sólo con ver las instalaciones purificadoras de las aguas que utiliza la población se convence el más rebacio de que la higiene constituye una preocupación nacional. Así debe ser; la sanidad representa el elemento primario en la vida de los pueblos; si soportan, descuidados é inermes, el bloqueo de los enemigos de la salud, ¿qué esperanzas pueden tener en los demás aspectos de la vida humana? Si no hay hombre fuerte, ¿cómo pueden existir el pensamiento que le encumbra, la riqueza que aumenta los esplendores de su vida, el poderío por el cual tanto clama y se debate? Contra la muerte existen recursos varios; contra los males, medios que los derrotan. Resignarse con estúpido fatalismo á lo que haya de suceder, no es rendirse á la voluntad de Dios, porque Él nos consiente y aun nos exige que no descansen, labrando siempre la piedra de nuestra vida con los esfuerzos del ingenio y de la actividad.

Los hombres y los países por ellos formados tienen la obligación de poner en práctica cuantos recursos dictan la Ciencia, el estudio, la práctica, para hacer inmunes los cuerpos contra los asaltos de las enfermedades evitables. La muerte ha de llegar cuando la carne cumpla el plazo que le marcó su resistencia; pero si antes sucumbe por abandono, ignorancia ó temeridad, se comete un desafuero que agravia á la justicia divina y á la humana.

No olvidemos tampoco que los humildes, los pobres, están más expuestos que los poderosos á sufrir las iras de los gérmenes disueltos en las aguas, en los aires, en los alimentos. Si una sociedad descuida la higiene, compromete la vida de cuantos la constituyen, de todos; pero especialmente de aquellos indefensos, no porque carezcan de voluntad para resistir, sino porque les faltan recursos de lucha contra los enemigos que les acechan.

La República Argentina cuida con tesón y eficacia la salud de su país. Hay un departamento nacional de Higiene, la acción del cual secundan elementos valiosos, entre los cuales pueden enumerarse la asistencia pública, que acude á lo urgente, á lo imprevisto, al remedio instantáneo; la Sociedad de Beneficencia, á cargo de la cual corren hospitales—hay muchos y magníficos,—dispensarios, hospicios, etc., y el Cuerpo médico escolar que vigila técnicamente á la niñez, es decir, atiende al árbol cuando empieza á elevar el tronco sobre la tierra que le sustenta.

El departamento nacional de Higiene de la Argentina ha fundado en las provincias estaciones sanitarias que funcionan con la independencia conveniente, pero siempre bajo la dirección central. Pedir instituciones sanitarias, locales aislados, autónomos, es un desatino; la Sanidad no puede ser exclusivamente municipal, provincial, regional, ni siquiera nacional; ha de ser internacional, mundial, dicho sea en más precisos términos. Las estaciones sanitarias de las provincias argentinas están provistas de elementos profilácticos completos; unos, en instalaciones fijas; otros, portátiles, siempre en disposición de acudir con prontitud donde sea necesario. Hay en cada una de las estaciones el personal técnico necesario, los laboratorios precisos, oficinas de desinfección bien dispuestas y dispensarios antipalúdicos en parajes donde, como en algunos de nuestro país, hace profundos estragos la malaria.

Pero lo que mayor impresión me produjo en Buenos Aires, cuando examiné sus aspectos sanitarios, fué el Instituto Bacteriológico Nacional. Trátase de un soberbio establecimiento, recientemente implantado, digno de ostentarse junto á los que en Europa llevan por glorioso nombre los de Pasteur, Koch y Ehrlich. El Instituto Bacteriológico argentino tiene por aposento un verdadero palacio. El año 1913, ano antes de la guerra mundial, el Gobierno de la gran República sudamericana llamó al profesor alemán Kraus para encargarle de la organización y dirección del Instituto. Hasta entonces, en la República Argentina había sólo un laboratorio que satisfacía las necesidades nacionales de la higiene pública. El Dr. Kraus pidió recursos con que cumplir su cometido, y se le dieron cuantos quiso; con ellos arrojó la obra resumida en estos dos propósitos: Primero, producción de remedios terapéuticos y profilácticos contra las enfermedades infecciosas del hombre y de los animales. Segundo, creación de una verdadera escuela para que en ella se especializaran los médicos encargados de menesteres sanitarios.

Está en marcha la producción de remedios de preservación y terapéuticos contra las infecciones. ¡Con-

qué generosidad se satisfacen estas atenciones en el Instituto, donde menudean los bien provistos laboratorios! Las cuadras, donde se hallan centenares de caballos para producir sueros, son verdaderamente modelos; existen en el establecimiento, entre otras cosas notables, un departamento muy completo é interesante de ofidios, y todo atendido con rigor científico y con justificada largueza. Acaso el aspecto industrial del Instituto—venta de sueros y vacunas—se halla excesivamente explotado; pero cuantos recursos necesitan los hospitales de la nación, cuantos se reclaman para combatir males que apenas estallan deben ser atajados, los facilita el Centro Bacteriológico á que aludo.

En él lo que más importa es haberle constituido en centro de enseñanza; el Dr. Kraus, que por cierto me prodigó infinitas atenciones el día que consagré al estudio de su departamento, creo que ya no le rige; pero deja constituido un plantel de higienistas conocedores de la bacteriología, versados en los problemas sanitarios, capaces de dar á ese aspecto de la vida oficial toda la eficacia que necesita.

En España poseemos bastantes medios sanitarios; pero no los suficientes para la lucha contra las enfermedades evitables. La República Argentina apenas cuenta nueve millones de habitantes, y nosotros pasamos de los veintiuno, y, sin embargo, nuestros dispensarios para Sanidad son inferiores á los de la nación filial. Afortunadamente, en la juventud médica española hay individualidades que pueden competir con las mejores preparadas para cumplir las tareas de la higiene pública, pues no en balde pasó el Dr. Cajal por el Instituto Alfonso XIII; pero es necesario que mirando al trascendental asunto aumentemos la atención, apercibiendo además la bolsa del dinero, para no regatearle con mezquindades que constituyen un peligro.

En esto pensaba yo mientras con la grata compañía de los Dres. Avelino Gutiérrez y Kraus, recorrí el palacio donde se halla instalado el Instituto Bacteriológico argentino. ¡Un palacio dedicado á la Sanidad pública! ¿Y á qué entidad con mayor motivo? En la Moncloa tenemos uno, pero no basta con haberle edificado; se necesita proveerle con esplendidez. Los Poderes públicos han de preocuparse, continua y profundamente, de que desaparezcan males que cunden por culpa de los hombres, por sus torpezas, por sus incurias, por sus abandonos, por sus egoísmos.

Y ahora que discutimos presupuestos, tenemos las Cortes abiertas y á diario nos enteramos de noticias referentes á estallidos epidémicos de tifus, de viruela, de estragos que se pueden conjurar, bueno es que nuestros partidos políticos se concierten con el único fin de ofrecer á la Sanidad pública española el necesario apoyo; para tal obra no habrá ni discusiones, ni discrepancias, ni cosa que lo valga. Los de la derecha y los de la izquierda, los exaltados y los pacíficos, los extremos de la revolución y los del quietismo, confundirán sus votos en uno, resuelto y contundente. Pero ¡que sea de veras, positivo! No suceda lo que en cierta ocasión, cuando aprobamos la actual ley económica.

Pedí en el Congreso que se señalara una partida de 50.000 pesetas destinada á los estudios del recurso F; rían contra la tuberculosis, y después de conseguido lo propuesto, resultó que de lo dicho sólo había una combinación, que ha hecho ineficaz el acuerdo. Consideren quienes influyen sobre nuestro Parlamento, que hoy por hoy, lo inexcusable, lo urgente, es satisfacer dos necesidades que claman por verse bien atendidas: las de la cultura y las de la salud pública. En vano será que levantemos el ánimo buscando amplitudes para el espíritu, mientras estén desatendidos los cuerpos que le cobijan.

(De A B C.)

Sociedades Científicas.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

SESIÓN LITERARIA DEL DÍA 28 DE MAYO DE 1921 (1)

La psiconeurosis en la infancia.

El Dr. FERNÁNDEZ SANZ se ocupa de este importante tema de psiquiatría, basándose en un caso clínico de psicastenia extraordinariamente precoz, en un niño de catorce años de edad, pero que desde que tenía dos años, viene manifestando unos trastornos con los síntomas que actualmente presenta, y que caben dentro del marco de psicastenia impulsiva. Mas antes de entrar en detalles, el Dr. Fernández Sanz expone algunas consideraciones generales sobre la psiconeurosis de la infancia, fijándose en uno de los caracteres más importantes, cual es, la simplicidad sindrómica de sus cuadros clínicos.

El niño de que se trata tiene una herencia patológica bastante recargada, sobre todo en herencia directa, pues su madre es también psicasténica y padece la fobia de los alfileres, hasta el punto de que los anda buscando por la acera de la calle para no tropezar con ellos. El enfermo tiene una mentalidad verdaderamente extraordinaria; llama la atención por el despejo, la facundia y la elocuencia con que se expresa, por la abundancia de su léxico, con un vocabulario ajustado á los conceptos que expresa y hasta con una mímica animada y tan adecuada á los sentimientos y á la expresión de lo que quiere decir, como pudiera hacerlo el adulto de inteligencia más despejada; tiene al mismo tiempo una memoria privilegiada y una imaginación de una actividad sorprendente. Baste decir, que desde la edad de siete años este muchacho escribía comedias y dramas que no eran peores que muchos de los que se representan por ahí en los teatros con general aplauso, y desde entonces viene siempre dedicándose á esta producción literaria; escribe novelas, argumentos de películas y hace también ejercicios de ingenio, jeroglíficos logogrifos, charadas, adivinanzas, etc., que revelan verdaderamente un ingenio muy por encima del nivel medio ordinario, y además de esto, estudia y ocupa los primeros puestos de su colegio en las asignaturas del bachillerato, con notas brillantísimas, si bien sus padres dicen que es poco aplicado, pues dedica escaso tiempo á los libros de texto, y contesta que le basta pasar la vista por ellos para hacer una labor mucho más útil que sus compañeros, que estudian horas y horas.

Cuando tenía dos años, empezó á padecer impulsos psicasténicos; arrojaba por el balcón cuanto alcanzaba con sus manos, sabía que obraba mal, y llamaba á la niñera y á sus

(1) Última del curso académico.

padres para evitarlo, y entonces caía en un estado de agitación, y cuya impulsión consciente procuraba luchar con la misma mediante su voluntad. Esta impulsión no la ha dejado en su vida. El muchacho es consciente, del carácter patológico, del carácter anormal de estas impulsiones, que es uno de los rasgos diferenciales más importantes de la obsesión psicasténica. Tiene momentos de una emotividad extraordinaria; cambia de unos saltos de humor, de una jovialidad bulliciosa, á un estado de melancolía profunda, en que con actitudes dramáticas sería capaz de conmovier al público con el acento de su inspiración y por los ademanes trágicos que adopta; como su madre es psicasténica, resulta que en el presente caso clínico obran dos factores: el hereditario y el contagio psíquico, sobre todo la imitación. Se trata, por lo tanto, de una psicastenia impulsiva en un sujeto con anormalidad psíquica en el sentido de la superioridad.

Es un muchacho cuya evolución sexual está retardada, á pesar de sus catorce años de edad; que los testículos están incompletamente descendidos; que el desarrollo somático es también inferior al normal, de estatura de un niño de diez años, y en conjunto, por su conformación orgánica, recuerda la forma llamada infantilismo de Lorain.

El Dr. Fernández Sanz, indica que el pronóstico no compromete en nada la vida del enfermo, y en cuanto á la salud mental del mismo, es de esperar que, sometido á un régimen educativo prolongado y aislándolo de su familia, se conseguirá encauzar estas excepcionales aptitudes; que respecto al tratamiento, la psicoterapia; la psicoanálisis no la cree necesaria en este muchacho; dará mejores resultados un régimen educativo rígido y riguroso, con aislamiento de los parientes con toda severidad, para realizar en él un verdadero cambio psíquico.

Bradicardia congénita con bloqueo cardíaco intermitente.

El Dr. CALANDRE dice que estos casos, sin ser frecuentes, no son extraordinariamente raros; en su práctica cuenta con siete casos. Es un hecho perfectamente demostrado por la anatomía, por los experimentos fisiológicos y por la comprobación clínica, que el fascículo de His es el único puente neuromuscular que enlaza las aurículas con los ventrículos; á lo largo de él han de pasar las excitaciones contráctiles. Cuando esta vía se encuentra totalmente interrumpida, ya no pueden pasar las ondas de excitación desde las aurículas á los ventrículos, y entonces éstos adoptan una regulación propia, automática, independiente de las aurículas. Este nuevo ritmo ventricular es siempre muy lento, oscilando su frecuencia alrededor de 30 pulsaciones por minuto. Las aurículas, en tanto, continúan latiendo con la frecuencia de su ritmo ordinario. Lo que más caracteriza desde el punto de vista fisiopatológico es la pronunciadísima bradicardia ventricular y la absoluta falta de correspondencia entre las contracciones auriculares y ventriculares, disociación fácil de revelar por el examen gráfico del pulso venoso y por el electrocardiograma; y lo que más sobresale es la extremada lentitud de las pulsaciones, ritmo que se mantiene casi invariable, é insensible ante los esfuerzos, las emociones, etc.

Añade el Dr. Calandre que en muchos casos el proceso patológico que ha lesionado al fascículo de His, lesiona también á otras porciones más ó menos extensas del miocardio (fenómenos de impotencia cardíaca); opresión, disnea, edemas, etc. Las causas que con más frecuencia lesionan á dicho hacecillo son; en el adulto, la sífilis, y en las personas de edad avanzada, alteraciones miocárdica, degenerativa ó escleróticas. El pronóstico del automatismo ventricular es

casi siempre serio, sucumben bruscamente en algunas de sus crisis de mayor bradicardia. Estos rasgos fundamentales no son extraordinariamente raros, la rareza está en los casos de bloqueo cardíaco congénito.

El Dr. Calandre cita varias observaciones publicadas por Morquio, Van den Heuvel, Volhard, Fulton, Jubson, Norris, Tausing, Gil, Juif, Massari y Lian, D'Espine y Mademoiselle Cotin, Murray Bass y Calvin Smith. A estos casos añade uno de su clínica particular. Se trata de un joven de veintiún años, bien desarrollado, de aspecto normal, que ofrece de ordinario 40 pulsaciones, y que sabe, por haberle oído á su padre que desde que nació ofrecía una lentitud análoga en los latidos cardíacos. Su madre tenía también pulso lento permanente. Vivió sin acusar molestias especiales por el lado de su aparato circulatorio, y á los veinticinco años murió de tuberculosis pulmonar. Explorado el individuo, acusa corazón normal, tonos normales, rítmicos, muy espaciados, coincidiendo con las pulsaciones radiales, y asegurando, por tanto, que la lentitud del pulso se debe á bradicardia verdadera. La presión arterial máxima es 130 Riva Roci, y mínima, 50 Pachon.

En el aparato de proyecciones presenta el Dr. Calandre varios electrocardiogramas: el primero muestra claramente la existencia de un bloqueo cardíaco completo con disociación auriculoventricular; en el segundo puede apreciarse que las aurículas laten también con igual lentitud que los ventrículos; en el tercero puede verse que, bajo la acción del nitrito de amilo, las aurículas se aceleran, permaneciendo, en cambio, muy poco alterada la frecuencia de los latidos ventriculares, y manifestando entonces el bloqueo y la disociación auriculoventricular.

De todo lo cual, el Dr. Calandre supone que en este sujeto existe un rebajamiento de la excitabilidad de su corazón; una especie de alargamiento anormal del período refractario; esta interpretación explicaría: el origen congénito; la asociación de la bradicardia auricular, no explicable por lesión del fascículo de His, y las variaciones moderadas en la frecuencia de los latidos ventriculares. Y termina diciendo: Las particularidades que ofrece este caso y que coinciden con las de los observados por algunos autores, permiten conjeturar la posibilidad de que al lado de los casos de bloqueo auriculoventricular adquirido, debidos á una lesión del fascículo de His, exista una modalidad, rebasando apenas los linderos de la fisiología, en la cual la disociación auriculoventricular se debiese á una disposición congénita y acaso hereditaria, caracterizadas por un rebajamiento en la capacidad de responder los distintos compartimientos cardíacos á los estímulos excitadores. Es decir, que pudiera haber un bloqueo producido, no por un trastorno de conductibilidad, sino por un trastorno de excitabilidad.

El Dr. ESPINA al intervenir en este asunto dice que en una conferencia que dió sobre cardiología, insistió de una manera bastante acentuada acerca de la necesidad indispensable de un estudio de las modificaciones hereditarias del corazón, de las lesiones congénitas cardíacas. Que en la bibliografía citada por el Sr. Calandre, falta un dato importantísimo, que es la herencia de algunas enfermedades y de algunas lesiones de la sífilis hereditaria, y desearía conocer si hay posibilidad de encontrar datos anamnésicos de una sífilis hereditaria, de una sífilis congénita del corazón, ya que este órgano es el de elección de la sífilis congénita. Cita el caso de un niño de nueve años con bradicardia infantil que se presentó en su consulta.

El Dr. SIMONENA expone algunas observaciones sobre lo dicho por el Sr. Calandre respecto á la explicación que ha dado del mecanismo de las modificaciones del ritmo que

presentaba su caso interesante de bradicardia congénita. Cree que es susceptible de una explicación más lógica y sencilla que la propuesta por dicho señor, que admite dos trastornos: uno de conductibilidad para el ritmo corriente bradicárdico aurículoventricular de su enfermo, y otro de inexcitabilidad del ventrículo, para los momentos en que por reacciones mecánicas, térmicas ó farmacológica, se hace más frecuente el pulso auricular, permaneciendo enrarecida la contracción ventricular. Que la excitación permanente del núcleo del pneumogástrico puede producir pulso raro permanente, está probado por el interesantísimo caso de Brissaud, en que el trastorno del ritmo iba asociado á una parálisis facial, hallándose en la autopsia lesión en el origen del pneumogástrico, así como el análogo de Nabbiás, citado por el mismo autor. Pero además, añade, y desde el punto de vista miogénico, el caso del Sr. Calandre se puede explicar más sencilla y lógicamente, sin necesidad de suponer los dos trastornos que admite: uno de conductibilidad, positivo, y otro de excitabilidad, supuesto. Admitido el trastorno primero, por las razones expuestas por el comunicante, se puede explicar el resultado paradójico, al parecer, obtenido en el sujeto en cuestión por la acción del nitrito de amilo, si se supone, y hay razones para ello, que dicha conductibilidad es más difícil en el caso clínico en cuestión desde el nódulo de Tawara á los músculos papilares, que desde el seno venoso á este nódulo.

El DR. BRAVO FRÍAS, corresponsal, asienta que en el caso expuesto sospecha que exista alguna causa hereditaria y, sobre todo, de origen sifilítico; que la bradicardia del joven pudiera explicarse por una disminución funcional del fascículo de His, por consecuencia de un trastorno ya específico de las fibras musculares que lo constituyen.

El DR. CALANDRE, al rectificar, dice que la madre era bradicárdica, lo que da á este caso un carácter de familia; que respecto á bibliografía sobre influencias hereditarias, ninguna indicación expresa ha encontrado, y que respecto á la explicación dada por el Sr. Simonena sobre bradicardia de origen nervioso, vagotónico, no se explica, pues de ser así, el pulso lento se hubiera acelerado al practicar la prueba del nitrito de amilo, desapareciendo todo trastorno, cuando, por el contrario, lo que ocurría con ello es que se acentuaba más, ó hasta se provocaba la disociación aurículoventricular, cosa que nunca ocurre con las bradicardias vagotónicas.

Aneurisma de la carótida primitiva derecha, curada médicamente.

El DR. LÓPEZ ELIZAGARAY, al ocuparse de esta comunicación, expuesta por el Sr. Simonena, dice que este señor formula la conclusión de que, en vista de la gravedad de los accidentes de la aplicación del salvarsán y siendo más inocente el tratamiento mercurial, debía adoptarse en primer término este tratamiento, á lo sumo un tratamiento mixto. A lo que el Sr. Elizagaray manifiesta que, por la experiencia que tiene de estas cosas, ha podido establecer el paralelo comparativo entre los efectos del mercurio y los del salvarsán y los tratamientos mixtos, y establecer las indicaciones y contraindicaciones que se deben seguir en estos enfermos. Que en lo referente á la comparación de los efectos del salvarsán y del mercurio, no es de opinión de los que creen que son idénticos los efectos, pues considera al primero una superioridad mucho mayor que al mercurio, y se funda en que ha visto muchos enfermos que ya á la primera inyección de salvarsán, sobre todo en aortitis sifilíticas, obedecen de una manera extraordinaria. Cita un caso de un enfermo de su sala del Hospital General, que pensaba presentarlo á

la Academia, con un aneurisma del cayado de la aorta, tratado por el *silbersalvarsán*, y ha sido tal la acción de este preparado, que á la segunda inyección desaparecieron por completo los dolores. Por consiguiente, ya sólo con esto basta para decir que es un recurso que debe tenerse muy en cuenta como tratamiento de las aortitis, y hasta para la desaparición del dolor en las anginas de pecho secundarias á estas aortitis, por lo que, para semejantes casos, aconseja el salvarsán, seguido del tratamiento mixto con las inyecciones de cianuro mercurioso, con lo que obtiene resultados favorables.

Termina con las siguientes conclusiones: Que el dolor se calma inmediatamente; que las mejorías son evidentes y los trastornos funcionales casi desaparecen; que el enfermo á los cuatro meses debe repetir el tratamiento; que hay que puntualizar bien las contraindicaciones del salvarsán, que son las que se refieren á la insuficiencia cardíaca, asma cardíaco, disnea, pulso lento, alterante, é hipertensión.

DR. CESALDO

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

SESIÓN DEL 7 DE MARZO DE 1922

Presidiendo el Excmo. Sr. D. Angel Fernández Caro, y leída por el secretario general el acta de la anterior, fué aprobada.

El Dr. Lasbennes continúa su discurso, comenzando con un ligero resumen de su disertación en la sesión anterior y afirmando que las epidemias de fiebre tifoidea, los primeros casos que aparecen, él opina que son endógenos, en que una causa cualquiera, una simbiosis, hace que la flora intestinal se convierta en patógena.

Con frecuencia se observan casos aislados del género tífico, en adolescentes muy estudiosos, influyendo así el exceso de trabajo, como otras muchas causas, en colocar al individuo en un estado de indefensión orgánica que determina una facilidad mayor para el desarrollo y desenvolvimiento de cualquier germen.

La gripe es un efecto de aquello que antes se llamaba constitución médica reinante, que se ha olvidado demasiado. Las antiguas epidemias catarrales eran eso mismo. Las endemias tienen subidas y bajadas que se observan perfectamente en las estadísticas y cuyas causas hay que estudiar.

Cuatro vectores intervienen en el desarrollo de las epidemias tíficas: el hídrico, el humano, la tierra y los alimentos.

Opina en virtud de sus observaciones, que los derrumbamientos de tierras coinciden con el aumento de casos. La leche debe incluirse en el vector hídrico. La exacerbación de la epidemia tífica que ha sufrido Madrid, no ha sido de origen hídrico, porque las aguas que de aquí van á otros pueblos, no han determinado en ellos la invasión de la enfermedad.

Nuestros antepasados eran muy sucios; en épocas modernas, la limpieza individual es un factor muy importante que ha hecho desaparecer muchas epidemias de enfermedades de la piel. El día que además de mucha agua, tengamos un buen alcantarillado, automáticamente desaparecerán las endemias.

Los antiguos viajes de Madrid están derruidos, debe hacerse un estudio de la cantidad de agua que pueden aportar y del gasto que produciría las obras de reconstrucción, y si esto no tiene cuenta, que se traigan las aguas del Jarama.

Otra cosa muy importante que debe hacerse, es perfeccionar el sistema de limpieza de la población.

El Dr. Mariscal une sus aplausos á los muy merecidos que se han tributado al Dr. Lasbennes. Contestando á lo dicho por el Dr. Decref en la última sesión, en la que se mostró muy entusiasta de unas aguas, y en cambio trató muy mal á los viajes antiguos, que éstas han tenido fama en todos los tiempos y aun la conservan.

Al Dr. Lasbennes, únicamente le dice que cree que algunos gérmenes se pueden transmitir por el aire. Recuerda el proverbio popular, que dice: «Madrid sobre agua fundado y de fuego cercado», refiriéndose ésto último á la gran cantidad de pedernal que tenían sus murallas. Dice que se podían hacer en Madrid varios pozos artesianos que serían un rico venero de agua, y estima que no son de origen hídrico las exacerbaciones de las endemias tíficas.

El Dr. Espina, en representación de la Real Academia de Medicina, tiene la satisfacción de participar al Sr. Nicolau, que ha estimado en todo su valor las afirmaciones de su brillante discurso, por el que además personalmente le felicita.

También al Dr. Yagües le dirige unas palabras de parabien por su intervención en el asunto que se discute, y dice que, en efecto, el Sanatorio de Valdelatas se surte de agua del Canal de Santillana, y que allí no ha habido nunca ninguna epidemia porque se observa una gran higiene, gracias á la buena dirección del mismo, y si en todas las casas se hiciera así, desaparecerían las endemias, como ocurre en los hospitales, que no hay epidemias internas.

En Valdelatas se filtran las aguas á alta presión y se sanean. Aboga por los campos de depuración de las aguas residuales de Madrid. Sabiendo las condiciones del agua que viene, se sabe el modo de depurarla. Afirmo que en Madrid hay 300 litros diarios de agua por habitante.

El Padre Redondo interviene en el debate para insistir en sus opiniones sustentadas en la última sesión, y censurando la calidad de las aguas de Santillana, en lo que se refiere al abastecimiento de Valdelatas, lo que da lugar á un diálogo entre el orador y el Dr. Espina, que termina la presidencia levantando la sesión por haber pasado las horas de reglamento.

SOCIEDAD GINECOLOGICA ESPAÑOLA

Acta de la sesión celebrada el 21 de Diciembre de 1921, bajo la presidencia del Dr. Moreno.

El secretario de actas lee la de la sesión anterior que es aprobada.

Discusión de la comunicación del Dr. Navarro Blasco sobre «Casos de úteros fibromatosos grávidos».

Dr. Mendiguchía. — Después de felicitar al Dr. Navarro Blasco, se muestra partidario de la radioterapia en los miomas, ya que con la miomectomía no obtenemos una curación completa y la histerectomía conduce á la anulación de la maternidad, si bien él, como los Dres. Luque y Torre Blanco, deja algún ovario, siempre que puede. Cita casos de fenómenos menopáusicos muy desagradables. Así, pues, cree que los rayos X se deben ensayar en casi todos los miomas, salvo en las degeneraciones calcáreas y algunas otras contraindicaciones. Cita la opinión de un autor argentino, que piensa que todos los miomas son de origen sífilítico, por lo cual propone á los académicos que empleen el tratamiento específico.

Dr. Recasens (L.) — Cree que las contraindicaciones de la radioterapia en los miomas son sobre todo la existencia de lesiones anexas inflamatorias. Dice que ha visto muchas castradas quirúrgicamente y que nunca ha observa-

do fenómenos graves, afirmando, pues, en contra de lo que casi todo el mundo dice hoy día, que á la menor sospecha de que un ovario está enfermo, debe practicarse también la extirpación de los anejos. Cuando se opere después de emplear la radioterapia, deberemos no incindir en la piel irradiada, pues la herida operatoria cicatrizará muy mal.

Dr. Torre Blanco. — Se levanta para combatir el cierto desprecio con que el Dr. Recasens habla de la secreción interna del ovario, y afirma que los fenómenos de insuficiencia ovárica en las operadas pueden ser sumamente molestos, tales como los sofocos, enfermedades de la piel, fenómenos psíquicos, etc.

Además, es necesario tener en cuenta, por lo que pudiera haber de verdad, los trabajos de Liepmann sobre extirpación total del útero y rejuvenecimiento.

Dr. Udaeta. — Hay casos de embarazadas irradiadas á las que no les ha ocurrido nada y casos también de enfermas irradiadas que han concebido después perfectamente. Así, pues, la acción castradora de los rayos X no es una cosa definitiva.

Dr. Recasens (L.) — Siempre que se quiera con los rayos X se puede castrar á una enferma con absoluta seguridad.

Dr. Udaeta. — Ha querido decir que con los rayos X se puede llegar á la curación del fibroma sin obtener la castración completa. Cita el caso de una enferma asistida por él en el parto, que hubo de terminar con una aplicación de fórceps por no servir de nada la pituitrina. Se trataba de un caso de útero fibromatoso.

Dr. Luque. — Después de las opiniones expuestas no sabe si se deben operar ó irradiar todos los miomas. Cree que en los casos en que los ovarios estén enfermos, como ocurre casi siempre, deben ser extirpados en la operación. Cita el caso de una enferma operada por él después de algunos meses de haber sido irradiada sin más resultados que alteraciones pigmentarias de la piel y que á pesar de incindir en plena zona de irradiación, la herida cicatrizó perfectamente.

Dr. Recasens (L.) — Se explica esto último por haber transcurrido bastante tiempo entre la irradiación y la operación.

Dr. Roe. — Hoy día parece que lo que se busca con la radioterapia es una dosis que, sin lesionar el ovario, actúe sobre el fibroma. Protesta de las frases del Dr. Recasens por lo que á la función ovárica se refiere, y cita las opiniones de Jayle y de los hermanos Mayo, afirmando éstos últimos que las enfermas á las que se han quitado ambos ovarios mejoran de los fenómenos menopáusicos con dosis muy altas de ovarina (4 á 8 gramos), pero que al cabo de cinco ó seis años vuelven á tener molestias, y en cambio, la acción de la ovarina es más eficaz en las enfermas en las que se han dejado un ovario. Cita el caso de una enferma operada por el doctor Recasens hace quince años y que hoy tiene una diabetes producida por la falta de función ovárica, ya que sólo ha mejorado algo con altas dosis de ovarina.

Dr. Recasens (L.) — Ruego á S. S. que cuando hable de esta manera traiga pruebas y concrete más.

Dr. Roe. — Se trata de la mujer de un compañero nuestro que, como digo, fué operada hace quince años. Termina citando los trabajos que Jayle ha hecho sobre las relaciones entre el vitiligo y la insuficiencia ovárica.

Dr. Mendiguchía. — No ha querido decir que se irradien todos los miomas, sino únicamente los indicados, y si á los tres ó cuatro meses de radioterapia no curan, aconseja la intervención, en la cual, á ser posible, se debe dejar algún ovario.

Dr. Botella. — Los trastornos menopáusicos son positivos

siendo, desde luego, más marcados en las mujeres jóvenes que en las viejas. En la actualidad tiene dos casos en tratamiento, en los cuales estos fenómenos de insuficiencia ovárica son altamente molestos.

Dr. Navarro Blasco (Rectificación).—Se alegra de que su comunicación haya suscitado una discusión tan interesante. Casi todos los casos por él citados eran de fibromas subserosos en los cuales era preferible el tratamiento operatorio. Cree que hoy día se abusa del empleo de los rayos X, en los fibromas, cuando existen multitud de contraindicaciones, pero como quiera que, en esto influye mucho la experiencia de cada uno, ruega al Dr. Recasens que, como más experimentado en este asunto, traiga á la Academia una comunicación sobre el mismo.

Por ser las ocho de la noche se levanta la sesión, dándose por terminado el curso de 1921.

El secretario de actas, *F. Torre Blanco*.

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,3, ídem mínima, 704,5; temperatura máxima, 19°,4; ídem mínima, 2°,3; vientos dominantes, NO. O.

La modificación meteorológica favorable observada durante la semana se ha hecho notar en el número é índole de los padecimientos presentados. Han disminuido los catarros de los órganos respiratorios y sigue en la proporción anterior las congestiones bronquiales y cerebrales, las hemorragias, hemoptisis, hemiplejias y hemorroides.

En los niños continúa no registrándose ningún padecimiento de carácter epidémico.

Crónicas.

El Asilo de Vallehermoso.—El gobernador civil manifestó el día 25 á los periodistas que la Junta de Protección á la Infancia se reúne con frecuencia para organizar lo antes posible el tribunal para niños y reformar el Asilo de Vallehermoso.

Añadió que se proponía visitar las cabezas de partido para enterarse personalmente de las necesidades que tengan.

Por último, anunció el Sr. Bullón que en breve visitará el Hospicio, para inspeccionar las obras verificadas recientemente.

Homenaje al Dr. Espina.—La Comisión provincial de la Diputación de Madrid ha acordado adherirse al homenaje que se organiza en honor del Dr. Espina y Capo, y contribuir al mismo con la cantidad de 250 pesetas.

También acordó autorizar la colocación de una lápida y el busto del Dr. Espina en la sala del Hospital Provincial, donde prestó sus servicios como médico.

Médicos forenses.—El ministro de Gracia y Justicia ha firmado las siguientes Reales órdenes de personal:

Nombrando médico forense y de la Prisión del Juzgado de Utrera á D. Clemente Serna, que servía la del de Arnedo.

Ídem íd. sustituto del de La Almunia á D. Ramón Ostavio de Toledo.

Ídem íd. del de Lorca á D. Eugenio Parra Barberán.

Concediendo la excedencia que había solicitado D. Tomás Toranzo, médico forense del Juzgado de Amurrio.

Curso de conferencias de Electrología y Radiología.

—La Real Academia de Electrología y Radiología Médicas inauguró el día 25 la serie de conferencias de este curso.

El Dr. Riera Vaquer, de Barcelona, disertó sobre «Valoración clínica de la roentgenterapia profunda en el tratamiento del cáncer».

Ayudado del aparato de proyecciones, expuso el proceso del tratamiento en diferentes enfermos y la técnica empleada con éxitos sorprendentes.

La conferencia siguiente estará á cargo del Dr. Velasco Pajares.

Notas municipales.—Un té en honor de los médicos franceses.—El alcalde propondrá en la sesión próxima del Ayuntamiento que esta Corporación ofrezca un té en la casa de la

Villa á los médicos franceses que se encuentran en Madrid, entre los que se halla el director de la Facultad de Medicina de París.

La salud pública.—El conde del Valle de Suchil visitó, en unión del Sr. García Cortés y del teniente de alcalde del distrito correspondiente, el arroyo de Cantarranas, que cruza por una barriada compuesta de más de setenta mil vecinos.

Como es un foco de infección, ha acordado que se continúe la construcción del colector, cuyas obras fueron suspendidas por cuestiones electorales.

Federación Universitaria Hispano-Americana.—La Junta directiva ha quedado constituida así: *presidente*, don Arturo Robledo (colombiano); *vicepresidente*, D. Gustavo Corso Macías (peruano); *secretario general*, D. César A. Naveda (ecuatoriano); *secretario segundo*, D. Lorenzo Domínguez Villar (chileno); *tesorera*, Señorita María Bardán (española); *contador*, D. José Mediano (mejicano); *vocales*, D. Fernando Díaz Aguirreche (español), D. Tomás Lérica Bianchi (argentino), Señorita Concepción Revueltas (venezolana) y D. Tomás Iglesias (mejicano).

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

BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPA

MAJOR L., y Estaño coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.

ESTERILIZADOR DE AGUA POR EL OZONO

Radiozono

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

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

SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con CREOSOTAL

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

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

PEPTOYODAL ROBERT
YODO ORGÁNICO
EN LÍQUIDO E INYECTABLE
PREPARADO POR
JOSÉ ROBERT Y SOLER
INGENIERO QUÍMICO Y FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT
LAURIA 74
BARCELONA
MARCA REG.

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

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